



**EXTRAIT DU REGISTRE DES DELIBERATIONS
DU CONSEIL MUNICIPAL**

Conseillers en exercice : 45

Votants : 41

Convocation du Conseil municipal :
le 16/09/2025

Publication :
le 26/09/2025

SEANCE DU 22 SEPTEMBRE 2025

Délibération n° D-2025-262

Protection sociale complémentaire des agents - Risque
prévoyance - Choix du prestataire

Président :

Monsieur Dominique SIX

Présents :

Monsieur Jérôme BALOGE, Monsieur Dominique SIX, Madame Rose-Marie NIETO, Madame Christelle CHASSAGNE, Monsieur Nicolas VIDEAU, Madame Jeanine BARBOTIN, Monsieur Lucien-Jean LAHOUSSE, Madame Anne-Lydie LARRIBAU, Monsieur Elmano MARTINS, Madame Florence VILLES, Monsieur Philippe TERRASSIN, Madame Valérie VOLLAND, Monsieur Thibault HEBRARD, Madame Marie-Paule MILLASSEAU, Madame Lydia ZANATTA, Monsieur Eric PERSAIS, Madame Yvonne VACKER, Monsieur Guillaume JUIN, Madame Aline DI MEGLIO, Madame Sophie BOUTRIT, Monsieur Florent SIMMONET, Monsieur Hervé GERARD, Madame Aurore NADAL, Monsieur François GUYON, Madame Stéphanie ANTIGNY, Madame Yamina BOUDAHMANI, Monsieur Karl BRETEAU, Monsieur Romain DUPEYROU, Madame Noémie FERREIRA, Monsieur Nicolas ROBIN, Madame Mélina TACHE, Madame Fatima PEREIRA, Madame Ségolène BARDET, Monsieur François GIBERT, Madame Cathy GIRARDIN, Monsieur Sébastien MATHIEU, Madame Véronique ROUILLE-SURAUULT, Monsieur Hugo PASQUET--MAULINARD, Madame Julia FALSE.

Secrétaire de séance : Madame ZANATTA Lydia

Excusés ayant donné pouvoir :

Monsieur Michel PAILLEY, ayant donné pouvoir à Monsieur Thibault HEBRARD, Monsieur Gerard LEFEVRE, ayant donné pouvoir à Monsieur Dominique SIX, Madame Véronique BONNET-LECLERC, ayant donné pouvoir à Monsieur Sébastien MATHIEU, Madame Elsa FORTAGE, ayant donné pouvoir à Madame Julia FALSE

Excusés :

Monsieur Bastien MARCHIVE, Monsieur Baptiste DAVID.

Direction Ressources Humaines

**Protection sociale complémentaire des agents -
Risque prévoyance - Choix du prestataire**

Madame Anne-Lydie LARRIBAU, Adjointe au Maire expose :

Mesdames et Messieurs,

Vu le Code général des collectivités territoriales ;

Vu le Code général de la fonction publique, notamment ses articles L. 827-4 à L. 827-12 ;

Vu 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 et ses quatre arrêtés d'application du 8 novembre 2011 ;

Vu le décret n°2022-581 du 20 avril 2022 relatif aux garanties de protection sociale complémentaire et à la participation obligatoire des collectivités territoriales et de leurs établissements publics à leur financement ;

Vu les avis du comité social territorial des 18 mars et 9 septembre 2025 ;

Vu la délibération du Conseil municipal n°D-2025-68 du 31 mars 2025 ;

Par délibération du 31 mars 2025, le Conseil municipal a décidé d'engager une procédure de mise en concurrence en vue de conclure une convention de participation avec un opérateur pour le risque prévoyance. Il a également donné mandat à la Communauté d'Agglomération du Niortais pour coordonner le groupement de commande. La Ville, le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS), et la Communauté d'Agglomération du Niortais (CAN) ont ainsi collaboré pour conduire ensemble les démarches de lancement de la consultation.

Il est précisé que les partenaires sociaux ont été associés à toutes les étapes de cette consultation (de l'analyse des besoins, relecture du cahier des charges, consultation des rapports d'analyse des offres, avis).

A l'issue de cette procédure, 4 offres ont été réceptionnées. Les candidats sont :

- Mutuelle Nationale Territoriale ;
- ALLIANZ Vie représentée par Collecteam ;
- INTERIALE représentée par RELYENS SPS ;
- Territoria Mutuelle.

Les candidatures ont rempli les conditions requises par l'article 18 du décret n°2011-1474 au regard de l'examen des garanties professionnelles, financières et prudentielles présentées par les candidats ainsi qu'aux critères de solidarité visés aux articles 27, 30 et 31 du décret n°2011-1474.

Les offres ont été présentées sur la base des garanties suivantes :

- Garanties minimales obligatoires :
 - Incapacité de travail ;
 - Invalidité permanente.
- Garanties optionnelles :
 - Perte de retraite ;
 - Décès toutes causes.

Pour l'étude des offres, plusieurs critères ont été retenus :

- rapport entre la qualité des garanties et le tarif proposé ;
- degré effectif de solidarité entre les adhérents ;

- maîtrise financière du dispositif ;
- moyens destinés à assurer une couverture effective des plus âgés et des plus exposés aux risques ;
- qualité de gestion du contrat et des services.

Après analyse des offres initiales, l'organisme d'assurance Mutuelle Nationale Territoriale (MNT) arrive en tête du classement des offres.

Les caractéristiques du contrat à adhésion facultative sont les suivantes :

Risques garantis	Taux de cotisation	Niveau de garanties	Type de garantie
Incapacité	2,87%	90% du revenu net	Minimale obligatoire
Invalidité permanente		90% du revenu net < 90% du revenu net (taux d'invalidité inférieur à 50%)	Minimale obligatoire
Décès	0,28%	100% du revenu annuel brut	Optionnelle
Perte de retraite	0,64%	50% PMSS par année d'invalidité	Optionnelle

Le contrat collectif d'assurance serait conclu pour une période de 6 ans, du 1er janvier 2026 au 31 décembre 2032. Il pourra être prorogé pour des motifs d'intérêt général, pour une durée ne pouvant excéder un an. Il sera à adhésion facultative et concernera les agents stagiaires, titulaires, contractuels de droit privé ou public, les retraités et leurs ayants droits.

Il est demandé au Conseil municipal de bien vouloir :

- opter pour la convention de participation au titre du risque prévoyance ;
- retenir l'organisme d'assurance Mutuelle Nationale Territoriale (MNT) (siège social : 4 rue d'Athènes - 75009 PARIS) et conclure avec celui-ci une convention de participation au titre du risque prévoyance aux conditions présentées dans l'offre, accompagnée du contrat collectif d'assurance ;
- approuver la convention de participation jointe en annexe avec la MNT, accompagnée du contrat collectif d'assurance et autoriser sa signature ainsi que du contrat collectif d'assurance.

Messieurs Jérôme BALOGE et Michel PAILLEY, ayant donné pouvoir à Monsieur Thibault HEBRARD, n'ayant pas pris part à la délibération.

LE CONSEIL ADOpte

Pour : 41
Contre : 0
Abstention : 0
Non participé : 2
Excusé : 2

Le Secrétaire de séance

Le Président de séance

Lydia ZANATTA

Dominique SIX

Commune de Niort
Contrat collectif d'assurance prévoyance
Convention de participation

La **convention de participation** est conclue entre le **Souscripteur** et l'**Assureur** :

	Souscripteur	Assureur
Raison sociale :	Commune de Niort	MNT
Siège social :	MAIRIE 1 PLACE MARTIN BASTARD 79000 NIORT France	4 rue d'Athènes - 75009 Paris
SIRET :	217 901 917 00013	775 678 584 03070
Représenté par :	Son Maire	Frédéric SAUVAGE
En qualité de :	Maire	Directeur Général Adjoint
Qualité juridique :		
Raison sociale :		...
SIRET n° :		...
Siège social :		...

Si l'Assureur est représenté par son mandataire, il doit indiquer son représentant (nom, prénom, qualité) de celui-ci, ainsi que sa qualité juridique (courtier en assurance, mutuelle...), sa raison sociale, son SIRET et son siège social.

Contenu

1	Préambule	2
2	Obligations de l'Assureur	2
3	Obligation des Employeurs.....	3
4	Pilotage de la convention	3
5	Résiliation	4
6	Annexes	4

1 Préambule

1.1 Objet de la convention

La convention est un document de subventionnement destiné à régler les relations financières entre le Souscripteur et l'Assureur, en application des dispositions issues :

- Des articles L827-1 à L827-12 du code général de la fonction publique,
- Du 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,
- Du décret n° 2022-581 du 20 avril 2022 relatif aux garanties de protection sociale complémentaire et à la participation obligatoire des collectivités territoriales et de leurs établissements publics à leur financement.

La convention peut être modifiée par voie d'avenant signé par l'Assureur et le Souscripteur, et est accompagnée du contrat collectif d'assurance qui définit les engagements de l'Assureur à l'égard des Bénéficiaires.

1.2 Effet et durée de la convention

La convention prend effet au **01.01.2026**.

Elle est conclue pour une période de six ans, et peut être prorogée pour des motifs d'intérêt général pour une durée ne pouvant excéder un an.

Elle peut être résiliée dans les conditions prévues dans la présente convention.

1.3 Bénéficiaires

Les Bénéficiaires sont les agents dans l'effectif de l'Employeur, ayant adhéré au contrat collectif d'assurance à adhésion facultative, et bénéficiant de la qualité de fonctionnaires et d'agents contractuels de droit public ou de droit privé.

1.4 Nature des garanties

Les garanties accordées par l'Assureur portent sur le risque de prévoyance. Les garanties, la base de l'assurance et les niveaux de prestations sont mentionnés dans le contrat collectif d'assurance.

2 Obligations de l'Assureur

2.1 Obligation générale d'exécution

L'Assureur délivre aux Bénéficiaires les garanties et les services selon les conditions tarifaires du contrat collectif d'assurance.

L'Assureur s'engage à offrir aux Bénéficiaires, pendant toute la durée de la convention, l'ensemble des options prévues au titre des garanties mentionnées au contrat collectif d'assurance, notamment celles permettant de financer la perte du revenu des Bénéficiaires en cas d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité ou perte de retraite suite à invalidité, et de verser un capital aux ayants-droit des Bénéficiaires en cas de décès.

2.2 Obligation générale d'information

L'Assureur est tenu à la délivrance des informations suivantes aux Bénéficiaires :

- Un bulletin d'adhésion mentionnant très clairement le ou les Bénéficiaires, les garanties proposées, les options, le montant de la cotisation annuelle, les modalités de paiement et le mode de fractionnement, les conditions et la durée de rétractation de l'assuré. Sont également indiquées la date d'effet de l'adhésion, la durée de l'adhésion et les conditions de résiliation.
- La notice d'information du contrat collectif, ainsi que les conditions d'intervention des garanties d'assistance.

2.3 Respect des principes de solidarité

L'Assureur doit respecter les principes de solidarité suivants :

- Les garanties proposées sont à minima celles prévues aux articles 3 et 4 du décret n°2022-581,
- La cotisation est au même taux pour tous les agents affiliés. Elle est exprimée en pourcentage de la rémunération brute,
- L'adhésion des agents ne peut être conditionnée par leur âge ou leur état de santé. Les agents qui ne sont pas en arrêt de travail à la date d'effet du contrat collectif et qui ne sont pas inscrits à celui-ci peuvent y adhérer sous réserve que leur adhésion intervienne pendant les six premiers mois qui suivent la date de prise d'effet du contrat collectif. Les agents embauchés postérieurement à la date de prise d'effet du contrat peuvent y adhérer sous réserve que leur adhésion intervienne dans les six premiers mois qui suivent la date d'embauche. Les agents en arrêt de travail peuvent adhérer au contrat collectif dans les conditions prévues par celui-ci. Passé ce délai de six mois suivant la date de prise d'effet du contrat collectif, ou la date d'embauche, l'adhésion est conditionnée aux conditions du contrat collectif à adhésion facultative.

2.4 Informations à communiquer au cours de la convention

L'Assureur communique au Souscripteur au titre du suivi et chaque année les informations et les données précisées à l'annexe économique aux conditions particulières du contrat collectif d'assurance.

L'Assureur produit au Souscripteur au terme de la période de trois ans, et de la convention, un rapport retraçant les opérations réalisées au vu des critères des 2° et 4° de l'article 18 du décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011. Si ces critères ne sont pas satisfaits, le Souscripteur peut résilier la convention de participation.

3 Obligation du Souscripteur

Le Souscripteur s'engage à verser chaque année pendant la durée de la convention une participation dans les conditions prévues au titre III du décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 et du décret n°2022-581. La participation constitue une aide à la personne, et son montant ne peut excéder le montant de la cotisation qui serait dû en l'absence d'aide.

4 Pilotage de la convention

4.1 Information délivrée par le Souscripteur

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

- Faciliter l'information des Bénéficiaires afin de permettre leur adhésion, dans le cadre du plan de développement prévu par l'Assureur,
- Informer les Bénéficiaires de la signature de la convention, des caractéristiques du contrat au titre duquel elle est conclue, et ses modalités d'adhésion,

- Communiquer aux Bénéficiaires la notice d'information du contrat collectif d'assurance.

4.2 Comité de suivi

Chaque partie veille à la mise en œuvre de la convention de participation et à faciliter les adhésions et la gestion du contrat collectif d'assurance.

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

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

5 Résiliation

Par application de l'article 21 du décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011, si le Souscripteur constate que l'Assureur ne respecte pas les dispositions de ce décret et de la présente convention, il résilie la convention de participation et le contrat collectif d'assurance selon la procédure suivante :

- Le Souscripteur adresse une lettre recommandée avec accusé de réception à l'Assureur, lui notifiant sa volonté de résilier et lui indique qu'il peut se faire assister par un conseil ou représenter par un mandataire de son choix,
- Puis le Souscripteur recueille les observations écrites et, le cas échéant, sur sa demande, orales de l'Assureur qui doivent être produites dans les 30 jours à compter de la réception de la lettre recommandée avec accusé de réception,
- A la réception des observations, le Souscripteur adresse une lettre recommandée avec accusé de réception à l'Assureur, lui notifiant la résiliation de la convention de participation avec mention de la date d'effet de la résiliation.

6 Annexes

A la présente convention sont annexés les documents composant le contrat collectif d'assurance que sont :

- Les conditions particulières du contrat collectif d'assurance et ses deux annexes,
- Les conventions spéciales du contrat collectif d'assurance,
- Les conditions générales du contrat collectif d'assurance,
- La notice d'information de la garantie d'assistance.

Signature de la convention de participation	
Fait à : Paris	Le : 27/05/2025
Pour l'Assureur Prénom / Nom : Frédéric SAUVAGE Qualité : Directeur Général Adjoint Signature :	Pour le Souscripteur Prénom / Nom : Qualité : Signature :

Commune de Niort
Contrat collectif d'assurance prévoyance
Conditions particulières
Version du 24 avril 2025

Le **contrat collectif à adhésion facultative** est conclu entre le **Souscripteur** et **l'Assureur** au titre de la convention de participation :

	Souscripteur	Assureur
Raison sociale :	Commune de Niort	MNT
SIRET n° :	21790191700013	4 rue d'Athènes - 75009 Paris
Siège social :	MAIRIE 1 PLACE MARTIN BASTARD 79000 NIORT France	775 678 584 03070
Représenté par :	Son Maire	Frédéric SAUVAGE
En qualité de :	Maire	Directeur Général Adjoint
Qualité juridique :		
Raison sociale :		...
SIRET n° :		...
Siège social :		...

Si l'Assureur est représenté par son mandataire, il doit indiquer son représentant (nom, prénom, qualité) de celui-ci, ainsi que sa qualité juridique (courtier en assurance, mutuelle...), sa raison sociale, son SIRET et son siège social.

Contenu

1.	Dispositions générales.....	2
2.	Modalités d'adhésion des agents.....	3
3.	Garanties d'assurance	4
4.	Cotisations d'assurance.....	6
5.	Réserves	10
6.	Formation du contrat	11

1. Dispositions générales

Objet du contrat

Le contrat collectif d'assurance a pour objet le versement aux Assurés par l'Assureur de prestations de prévoyance complémentaire en relais et en complément, ou en reconstitution dans le cas du régime indemnitaire, de leur protection sociale de base, soit le régime spécial de la fonction publique territoriale pour les agents affiliés à la CNRACL, soit le régime de l'Assurance maladie et/ou de l'Employeur pour les agents affiliés à l'IRCANTEC.

Le contrat est régi par la législation sur les opérations d'assurance et comprend, **par ordre de priorité** :

1. Les conditions particulières et ses annexes,
2. Les conventions spéciales,
3. Les conditions générales de l'Assureur.

Le contrat est régi par le droit français et notamment les dispositions suivantes :

- **Loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 modifiée dite « Loi Evin »** renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques,
- **Articles L 827-1 à L 827-12 du code général de la fonction publique,**
- **Décret n°2022-581 du 20 avril 2022** relatif aux garanties de protection sociale complémentaire et à la participation obligatoire des collectivités territoriales et de leurs établissements publics à leur financement.
- **Décret n°2011-1474** relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents.

Parties prenantes au contrat

Assurés. Fonctionnaires (agents au statut de la fonction publique territoriale, hospitalière ou d'Etat) et agents contractuels de droit public et de droit privé, y compris les agents détachés auprès de l'Employeur ou mis à la disposition de celui-ci, et les agents détachés ou mis à la disposition par l'Employeur auprès d'un autre employeur public.

Assureur. Société d'assurance régie par le code des assurances, ou mutuelle ou union de mutuelles régie par le Livre II du code de la mutualité, ou institution de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale dûment agréé pour pratiquer les opérations d'assurance du risque prévoyance. L'Assureur peut être représenté par un intermédiaire d'assurance enregistré à l'ORIAS.

Souscripteur. Entité ayant qualité pour souscrire le présent contrat collectif d'assurance à adhésion facultative des Assurés.

Effet et durée du contrat

Date d'effet. 01.01.2026.

Echéance. 1^{er} janvier.

Durée. Annuelle avec reconduction automatique chaque année à la date d'échéance, avec une durée limite de (6) années, soit du 1^{er} janvier 2026 au 31 décembre 2031, prorogeable une (1) année.

Résiliation du contrat. Toute demande de résiliation du contrat est effectuée par lettre recommandée avec accusé de réception. Le contrat peut être résilié par :

- **Le Souscripteur**, moyennant un préavis de **deux (2) mois** avant l'échéance,
- **L'Assureur**, moyennant un préavis de **six (6) mois** avant l'échéance.

Résiliation de l'adhésion. Toute demande de résiliation de l'adhésion est effectuée par lettre recommandée avec accusé de réception. L'adhésion peut être résiliée par :

- **L'Assuré**, moyennant un préavis de **deux (2) mois** avant la date d'échéance.

2. Modalités d'adhésion des agents

Adhésion des agents :

Les agents dans l'effectif de l'Employeur peuvent adhérer au présent contrat aux conditions précisées à l'article 1 des conventions spéciales.

Bénéficiaires des garanties :

Les bénéficiaires des garanties sont :

- Les **agents fonctionnaires et contractuels de droit public et de droit privé** dans l'effectif de l'employeur, même à temps non-complet, y compris :
 - o Les fonctionnaires momentanément privés d'emploi (FMPE),
 - o Les agents détachés,
 - o Les agents mis à disposition, selon les termes de la convention prévue à cet effet. A défaut de convention, ces agents ont bien la qualité de bénéficiaires,
- Les **ayants-droits des agents** au titre du bénéfice de la garantie décès, désignés par l'agent adhérent, au bulletin d'adhésion ou, en l'absence de désignation dans le bulletin d'adhésion, définis au contrat collectif d'assurance (conjoint ou concubin ou personne liée par un pacte civil de solidarité et enfants).

Caractère collectif et facultatif du contrat :

Caractère collectif du contrat. Tous les agents fonctionnaires et contractuels de droit public et de droit privé dans l'effectif de l'employeur sont bénéficiaires des garanties sans exception ni réserve, ni condition d'ancienneté.

Caractère facultatif du contrat. Tous les agents fonctionnaires et contractuels de droit public et de droit privé dans l'effectif de l'employeur peuvent adhérer au régime.

3. Garanties d'assurance

Tableau des garanties d'assurance. Les garanties délivrées par l'Assureur sont les suivantes :

Garanties minimales obligatoires	
Incapacité de travail	
Versement d' indemnités journalières à compter : - du passage à demi-traitement (agents fonctionnaires), - du versement d'indemnités journalières versées par la Sécurité sociale et/ou du maintien du revenu par l'Employeur quelle que soit l'ancienneté de l'Assuré, à l'issue d'une franchise de 3 jours (agents autres que fonctionnaires)	90% du revenu net
Versement d' indemnités journalières pour reconstituer le régime indemnitaire en périodes de plein traitement en cas de placement en congés de maladie ordinaire, après une franchise de 30 jours en année glissante.	90% du revenu net
Versement d' indemnités journalières pour reconstituer le régime indemnitaire en périodes de plein traitement en cas de placement en congés de longue maladie, longue durée et grave maladie	90% du revenu net
Invalidité permanente	
Versement d'une rente mensuelle en cas de reconnaissance d'état en invalidité à la suite de maladie ou accident d'origine vie privée ou professionnelle (consécutif à un accident de service ou de travail ou de maladie professionnelle ou contractée en service) :	
- Agents affiliés à la CNRACL bénéficiaires d'un taux d'invalidité supérieur ou égal à 50%	90% du revenu net
- Agents affiliés à la CNRACL bénéficiaires d'un taux d'invalidité inférieur à 50% : le montant de la rente est calculé comme suit : $M = R \times I / 50\%$ (<i>M : montant de la rente à verser, R : montant de la rente pour un pourcentage d'invalidité retenu par la CNRACL d'au moins 50%, I : pourcentage d'invalidité retenu par la CNRACL qui est inférieur à 50%</i>)	< 90% du revenu net
- Autres agents classés en invalidité vie privée de 2ème ou de 3ème catégorie, ou bénéficiaires d'un taux d'incapacité permanente supérieur ou égal à 66% en cas de classement en invalidité vie professionnelle	90% du revenu net
Garanties optionnelles (L'agent peut souscrire à une ou plusieurs garanties)	
Perte de retraite	
Versement d'un capital pour compenser la perte de droit à la retraite qui est constatée au cours de la période d'invalidité applicable pour les seuls agents qui sont affiliés à la CNRACL	50% PMSS par année d'invalidité
Décès toutes causes	
Versement d'un capital décès, consécutif à accident ou maladie de l'agent assuré, aux bénéficiaires de celui-ci ou à ce dernier en cas de perte totale et irréversible d'autonomie	100% du revenu annuel brut
Remarque : - L'Assureur intervient en cas de maintien <u>ou</u> de suspension du régime indemnitaire. - Les plafonds d'indemnisation sont à considérer en net des prélèvements sociaux (CSG et CRDS), c'est-à-dire que l'Assureur doit verser à l'Assuré le pourcentage de prestation indiqué dans le tableau des garanties.	

Situation du régime indemnitaire. Le régime indemnitaire est maintenu à due proportion du traitement, ou suspendu selon les situations suivantes :

Situation du régime indemnitaire Maintenu à due proportion du traitement, ou suspendu		
Congé	RIFSEEP	Autres primes
Maladie ordinaire	Suspendu	Suspendu
Longue maladie	Suspendu	Suspendu
Longue durée	Suspendu	Suspendu
Grave maladie	Suspendu	Suspendu
Temps partiel thérapeutique	Suspendu	Suspendu
Disponibilité d'office pour raison de santé	Suspendu	Suspendu
Maintien en attente de l'avis du conseil médical	Suspendu	Suspendu

4. Cotisations d'assurance

Assiette de cotisation :

Le **revenu** constitue l'assiette des cotisations en brut, des prestations d'incapacité et d'invalidité en net, et de la garantie décès en brut. Le revenu est composé comme suit :

Pour les agents fonctionnaires et contractuels de droit public :

- Du traitement indiciaire (TI), y compris le complément de traitement Indiciaire (CTI) et l'indemnité compensatrice de la CSG et l'abattement de la mesure dite du « transfert primes/points » (décret n° 2016-588 du 11 mai 2016),
- De la nouvelle bonification indiciaire (NBI),
- Du régime indemnitaire (RI), **à l'exception des primes et indemnités suivantes :**
 - o Les primes et indemnités qui ont le caractère de remboursement de frais,
 - o Les primes et indemnités liées à l'organisation du travail,
 - o Les avantages en nature,
 - o Les indemnités d'enseignement ou de jury et autres indemnités non directement liées à l'emploi,
 - o La part ou l'intégralité des primes et indemnités dont la modulation est fonction des résultats et de la manière de servir, notamment le complément indemnitaire annuel (CIA),
 - o Les versements exceptionnels ou occasionnels de primes et indemnités correspondant à un fait générateur unique,
 - o La prise en charge partielle du prix des titres d'abonnement correspondant aux déplacements effectués par les agents publics entre leur résidence habituelle et leur lieu de travail.

Pour les agents contractuels de droit privé :

- Du revenu brut soumis à cotisations des organismes de Sécurité sociale et des prélèvements sociaux.

Sort de l'assiette au regard des événements garantis au présent contrat :

Assiette des cotisations selon les situations d'événements garantis par le présent contrat	
Situations	Assiette
Situations de congés pour raison de santé	
- Maladie ordinaire	Revenu brut maintenu
- Longue maladie	Revenu brut maintenu
- Longue durée	Revenu brut maintenu
- Grave maladie	Revenu brut maintenu
Situations d'attente	
- Disponibilité d'office pour raison de santé	Revenu brut maintenu
- Maintien en attente de l'avis du conseil médical	Revenu brut maintenu
Situations d'arrêts de travail	
- Arrêt de travail sans traitement avec versement d'IJ	Sans assiette
- Arrêt de travail sans traitement avec versement d'IJ subrogées	Indemnités journalières
Temps partiel thérapeutique	
- Temps partiel thérapeutique	Revenu brut maintenu
Le revenu brut maintenu est entendu comme le revenu correspondant à la situation de l'agent selon l'événement garanti.	
Exemple : l'assiette s'élève à 100% du revenu brut maintenu pendant les périodes de plein traitement, et à 50% pour le traitement (et ses éléments annexes indiqués en amont) complété du pourcentage indiqué dans la délibération de l'employeur pour le régime indemnitaire pour les périodes de demi-traitement.	

Taux de cotisation :

Les taux de cotisation sont exprimés en pourcentage du revenu des Assurés, et sont identiques pour tous les adhérents (article 31 du décret n°2011-1474).

Garanties	Taux de cotisation TTC			
	Taux planchers	Ensemble des agents		
Garanties minimales obligatoires				
Incapacité de travail	/	1,76%		
Invalidité permanente	/	1,11%		
Total	2,50%	2,87%		
Garanties complémentaires à adhésion facultative				
Perte de retraite	/	0,64%		
Décès toutes causes	/	0,28%		
Remarque : L'Assureur ne peut proposer des taux de cotisation inférieurs aux taux planchers (si mentionnés) au regard de la nature des risques à assurer.				

Dans le cas d'une transposition normative de l'accord collectif national portant réforme de la protection sociale complémentaire des agents publics territoriaux du 11 juillet 2023 qui rendrait obligatoire l'adhésion des agents aux garanties minimales, l'Assureur indique dans le tableau ci-dessous les taux de cotisation qui seraient applicables au 1^{er} janvier 2027 :

Garanties	Taux de cotisation TTC			
	Taux planchers	Ensemble des agents		
Garanties minimales obligatoires				
Incapacité de travail	/	1,52%		
Invalidité permanente	/	0,87%		
Total	..%	2,39%		
Garanties complémentaires à adhésion facultative				
Perte de retraite	/	0,59%		
Décès toutes causes	/	0,28%		
Remarque : L'Assureur ne peut proposer des taux de cotisation inférieurs aux taux planchers au regard de la nature des risques à assurer. La garantie de reprise du passif connu (encours) sera tarifée en complément ultérieurement sur la base de la disposition issue de la transposition normative de l'accord collectif national du 11 juillet 2023.				

Taux des taxes spéciales sur les conventions spéciales d'assurance (TSCA) applicables aux garanties minimales obligatoires en cas d'adhésion obligatoire

Garanties	Taux de taxes	Référence au CGI
Incapacité de travail	7%	Article 995 du CGI et L.862.4 du Code de la Sécurité sociale
Invalidité permanente	0%	Article 998 du CGI

Evolution des taux de cotisation :**Motifs d'évolution :**

L'évolution exceptionnelle des cotisations est limitée selon l'article 20 du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011. Ainsi, le dépassement des limites tarifaires, prévues au titre de l'évolution annuelle des cotisations, n'est possible que dans les cas ci-après, et si le changement revêt un caractère significatif :

- Aggravation de la sinistralité,
- Variation du nombre d'agents adhérents,
- Evolutions démographiques,
- Modifications de la réglementation.

Cas de l'aggravation de la sinistralité :

L'aggravation de la sinistralité doit être constatée par l'Assureur par garantie sur la base :

- D'au moins deux exercices consécutifs et **par cumul des exercices**,
- Du compte de résultat technique, calculé par différence entre :
 - Les cotisations, par ailleurs minorées de la contribution prévue au I de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale et de la dotation à la provision pour cotisations non acquises, puis majorées de la reprise sur cette même provision,
 - Et :
 - Les prestations, par ailleurs majorées des dotations aux provisions techniques correspondantes, et minorées des reprises sur ces mêmes provisions,
 - Les frais de gestion.

Dans ce cas, les cotisations peuvent être majorées dans le respect des taux d'augmentation maximum à compléter dans le tableau ci-après, la borne maximum ne pouvant être dépassée. **L'Assureur complète le tableau ci-après et ne peut indiquer de taux supérieur correspondant à la tranche de P/C > 130% :**

TABLEAU D'EVOLUTION DES TAUX DE COTISATION (à compléter par l'Assureur)		
Périodes	Ratio P/C net de frais (Prestations sur cotisations HT)	Taux de majoration
Année 1	/	0%
Année 2	/	3%
Année 3	/	3%
Années 4 et suivantes	P/C < 100%	0%
	P/C < 110%	8%
	P/C < 120%	12%
	P/C < 130%	15%
	P/C > 130%	15%
Le P/C s'apprécie sur la base du compte de résultat cumulé depuis la date d'effet du contrat		

Cas des modifications de la réglementation :

La modification des garanties proposée par l'Assureur visant à les mettre en conformité avec les règles fixées par les articles L827-1 à L827-11 du code général de la fonction publique, aux dispositions des décrets n°2022-581 et n°2011-1474, et à toutes autres évolutions législatives ou réglementaires, est réputée acceptée à défaut d'opposition du Souscripteur.

L'Assureur informe préalablement par écrit le Souscripteur des nouvelles dispositions issues de la réglementation et des conséquences juridiques, sociales, fiscales et tarifaires qui résultent de ce choix. Les parties au présent contrat conviennent d'un calendrier de négociation et d'échanges afin de permettre l'analyse de ces conséquences et des modalités de mise en conformité par le Souscripteur.

Les modifications acceptées entrent en application dans un délai compatible avec les obligations du Souscripteur et de l'Employeur afin de prendre en compte la délibération des élus en assemblée ou en conseil, et le respect des obligations légales et conventionnelles d'information des Assurés par l'Employeur.

Ce dispositif s'applique notamment pour le traitement de la transposition normative à venir de l'accord collectif national (ACN) du 11 juillet 2023 portant réforme de la protection sociale complémentaire des agents territoriaux.

Après présentation des conséquences contractuelles puis échanges entre le Souscripteur et l'Assureur, un avenant au présent contrat devra formaliser le dispositif suivant (liste non limitative) :

- **Le périmètre des bénéficiaires par application des facultés de dispense de nature législative ou conventionnelle,**
- **L'intégration (ou non) de la garantie décès au titre des garanties minimales,**
- **La définition précise de la garantie de la prise en charge des états pathologiques antérieurs à l'adhésion des agents (reprise du passif connu) à appliquer (selon les dispositions transposées de l'article 2.6.4 de l'ACN du 11 juillet 2023 ou de la loi n°1009-89 modifiée renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques),**
- **La réévaluation du prévisionnel au titre de la maîtrise financière du dispositif,**
- **La fiscalité applicable aux taux de cotisation,**
- **Les modifications nécessaires à intégrer aux conventions spéciales et aux conditions générales afin de prendre en compte l'ensemble des impacts de nature juridique et économique.**

Cadre à respecter :

Lorsque l'Assureur souhaite modifier les cotisations à la date d'échéance de l'année suivante en cas d'aggravation de la sinistralité, de la variation du nombre d'agents adhérents ou encore des évolutions démographiques, il adresse sa demande au Souscripteur 180 jours au plus tard à compter de la date d'échéance.

Cette demande doit être accompagnée d'une étude documentée justifiant qu'au moins un des cas de majoration précités nécessite de modifier les taux de cotisations pour préserver l'équilibre du contrat d'assurance. L'Assureur indique dès lors pour chacune des garanties les nouveaux taux de cotisation qu'il entend appliquer.

Le Souscripteur étudie la proposition :

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

5. Réserves

Les réserves de l'Assureur aux conditions particulières et aux conventions spéciales doivent faire l'objet d'une énumération précise et exhaustive, être obligatoirement numérotées, faire référence aux articles des conventions spéciales concernées, **et être limitées à 3 :**

Numéro de la réserve	Articles des conventions spéciales	Réserves
1	1	1. Conventions Spéciales Prévoyance : Cessation de l'adhésion et cessation des prestations Afin de pouvoir maîtriser l'engagement de la Mutuelle Nationale Territoriale et de déterminer la tarification appropriée, il est nécessaire que le terme du bénéfice des garanties ainsi que le terme du versement des prestations soient clairement définis. Cela permet également aux adhérents de connaître de façon précise les limites du bénéfice des garanties et de la durée du versement des prestations. Cela nous amène à émettre les réserves suivantes : Garanties Indemnités journalières et Décès toutes causes : Les garanties cessent de produire effet au 67ème anniversaire du membre participant. Garanties Invalidité et Perte totale et irréversible d'autonomie : Les garanties cessent de produire effet au 64ème anniversaire du membre participant.
2		
3		

6. Formation du contrat

Formation et signature du contrat collectif d'assurance

La signature des présentes conditions particulières vaut acceptation de l'ensemble des documents qui composent le contrat collectif d'assurance que sont, dans l'ordre d'application préférentielle :

- Les présentes conditions particulières et les deux annexes,
- Les conventions spéciales,
- Les conditions générales de l'Assureur.

Seuls ces documents forment le contrat collectif d'assurance qui engage les parties.

L'Assureur rédige la notice d'information du contrat d'assurance en respectant scrupuleusement les dispositions des présentes conditions particulières et des conventions spéciales, qu'il adresse au Souscripteur pour validation préalable avant diffusion auprès des Assurés.



L'assureur s'engage à appliquer les dispositions contractuelles issues des documents précités, et à ne pas les réécrire ou les modifier tant sur la forme que sur le fond, et attribue un numéro de contrat dès l'acceptation par le Souscripteur.

Fait à : Paris

Le : 27/05/2025

Pour l'Assureur

Prénom / Nom : Frédéric SAUVAGE

Qualité : Directeur Général Adjoint

Signature :

Pour le Souscripteur

Prénom / Nom :

Qualité :

Signature :

N° de contrat :

Commune de Niort
CCAS de Niort
Communauté d'agglomération du Niortais
Contrat collectif d'assurance prévoyance
Conventions spéciales

Contenu

1	Adhésion des agents.....	2
2	Cotisations	4
3	Garanties	5
3.1	Garantie incapacité temporaire de travail	5
3.2	Garantie invalidité permanente	7
3.3	Garantie perte de retraite	8
3.4	Garantie décès toutes causes et perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)	9
4	Dispositifs de maintien et de renfort des garanties	11
5	Dispositions communes aux garanties	13

1 Adhésion des agents

Absence de limite d'âge à l'adhésion

Aucune limite d'âge n'est appliquée à l'adhésion par l'Assureur.

Formalisation de l'adhésion

Les adhésions sont formalisées par un bulletin d'adhésion remis par l'Assureur. Avec le bulletin d'adhésion, l'Assureur remet la **notice d'information** du contrat collectif d'assurance et le **document d'information sur le produit d'assurance** à l'Assuré. L'adhésion est formée dès l'émission du certificat d'adhésion par l'Assureur qui est obligatoirement remis à l'Assuré.

Droit de renonciation à l'adhésion

L'Assuré peut renoncer à son adhésion dans les 30 jours à compter de la confirmation par l'Assureur de son adhésion. L'Assuré adresse par lettre recommandée avec accusé de réception au siège social de l'Assureur sa demande de renonciation. L'Assureur restitue dans ce cas à l'Assuré l'intégralité de la cotisation déjà versée, dans un délai de 30 jours calendaires à compter de la réception de la lettre recommandée. L'Assuré qui a renoncé à son adhésion ne peut plus adhérer par la suite au contrat collectif.

La lettre de renonciation de l'Assuré sera rédigée en les termes suivants : « *Je soussigné(e) (prénom, nom) demeurant à (adresse complète), déclare renoncer à mon adhésion au contrat n°..... et entend recevoir dans un délai de 30 jours calendaire la restitution de ma cotisation versée pour un montant de Euros. Date et signature :* ».

Durée de l'adhésion

L'adhésion est annuelle. Elle est tacitement reconduite chaque année, à la date d'échéance du contrat, sauf résiliation par l'Assuré deux mois au moins avant cette date par lettre recommandée avec accusé de réception.

Lorsque des modifications contractuelles sont apportées, l'Assureur doit communiquer la nouvelle version de la notice d'information trois mois au minimum avant la date d'entrée en vigueur de ces modifications.

L'Assuré peut résilier son adhésion à réception de cette nouvelle version du fait de ces modifications, par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception à l'Assureur. La résiliation prend effet au premier jour du mois qui suit la réception de la demande de résiliation par l'Assureur.

La résiliation de l'adhésion entraîne la cessation des garanties.

Demande et date d'effet de l'adhésion

Si l'agent **demande son adhésion au plus tard dans les 6 mois à compter de la date d'effet du contrat collectif d'assurance ou de sa date d'embauche**, et se trouve dans l'une des situations suivantes à cette date d'effet :

Activité normale de service :	L'adhésion est effective à la demande de l'Assuré avec un effet au plus tôt à la date d'effet du présent contrat ou de sa date d'embauche.
Temps partiel thérapeutique :	L'adhésion est effective à la demande de l'Assuré avec un effet au plus tôt à la date d'effet du présent contrat ou de sa date d'embauche.
Arrêt de travail :	L'adhésion est effective à l'issue d'une période de 30 jours continus de reprise d'activité normal de service si l'agent ne peut justifier de l'adhésion préalable auprès d'un organisme d'assurance pour des garanties équivalentes, ou du jour de la reprise effective d'activité si l'agent justifie de l'adhésion préalable auprès d'un organisme d'assurance pour des garanties équivalentes, et sous réserve que la résiliation de son ancien contrat et son adhésion au contrat collectif soient simultanées. La période de 30 jours n'est pas applicable pour les agents en situation de congé de longue maladie (CLM), de congé de longue durée (CLD) ou de congé de grave maladie (CGM) pris de

	manière fractionnée, Il faut comprendre par arrêt de travail, autre que le temps partiel thérapeutique, les événements définis à l'article 3.1 « Garantie incapacité temporaire de travail ».
Si l'agent demande son adhésion après les 6 mois à compter de la date d'effet du contrat collectif d'assurance ou de sa date d'embauche ou, ayant déjà adhéré au contrat, demande à être garanti à l'une des garanties facultatives , et se trouve dans l'une des situations suivantes à cette date d'effet :	
Activité normale de service :	L'adhésion est effective à la date d'effet indiquée au bulletin d'adhésion avec application d'un délai de stage de 6 mois.
Temps partiel thérapeutique :	L'adhésion est effective à la date d'effet indiquée au bulletin d'adhésion avec application d'un délai de stage de 6 mois.
Arrêt de travail :	L'adhésion est effective à l'issue d'une période de reprise en activité normale de service de 30 jours consécutifs et avec application d'un délai de stage de 6 mois. Il faut comprendre par arrêt de travail, autre que le temps partiel thérapeutique, les événements définis à l'article 3.1 « Garantie incapacité temporaire de travail ».
Le délai de stage est une période de 6 mois pendant laquelle les garanties incapacité de travail, invalidité et complément retraite ne s'appliquent pas, c'est-à-dire que les événements survenus pendant cette période ne sont pas indemnisés, bien que l'Assuré cotise. La garantie décès et les événements consécutifs à un accident ne sont pas soumis au délai de stage. L'adhésion ne peut être conditionnée à un questionnaire ou examen médical.	

Cessation de l'adhésion

L'adhésion cesse de produire leur effet :

- A la date à laquelle l'Assuré cesse de bénéficier de la qualité d'agent,
- A la date d'effet de la résiliation ou de la renonciation de l'adhésion par l'Assuré,
- En cas de non-paiement de la cotisation par l'Assuré,
- A la date d'entrée en jouissance de la pension de retraite servie par le régime de base de l'Assuré,
- Au décès de l'Assuré,
- A la date d'effet de la résiliation du contrat par le Souscripteur.

2 Cotisations

Base des cotisations

Les garanties sont accordées par l'Assureur moyennant le paiement d'une cotisation par l'Assuré calculée à partir des taux de cotisations toutes taxes comprises applicables au salaire de référence défini aux conditions particulières.

Mode de paiement des cotisations

Le paiement des cotisations est effectué par l'Employeur par précompte mensuel auprès des Assurés. Dans ce cas, l'Employeur est le seul responsable du paiement à l'Assureur de la totalité des cotisations prélevées sur les feuilles de paie des Assurés.

La périodicité des paiements de la cotisation est mensuelle.

Le défaut de paiement des cotisations est régi par la réglementation sur les assurances.

Exonération de cotisations

En cas de versement par l'Assureur de la rente d'invalidité permanente, les Assurés bénéficient d'une exonération de cotisation.

3 Garanties

3.1 Garantie incapacité temporaire de travail

Définition

La garantie incapacité temporaire de travail a pour objet le versement **d'indemnités journalières** par l'Assureur aux Assurés qui :

- Se trouvent momentanément dans l'impossibilité médicalement constatée d'exercer leur activité professionnelle par la suite d'une **maladie ou d'un accident de la vie privée**, ou en cas d'aménagement du temps de travail, se trouvent en temps partiel thérapeutique. La garantie est étendue aux conséquences d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle pour les Assurés affiliés à l'IRCANTEC,
- Et perçoivent un demi-traitement, ou une indemnité de coordination, versés par leur Employeur et/ou des indemnités journalières de la Sécurité sociale.

La garantie est délivrée par l'Assureur sans remise en cause par celui-ci des décisions de l'Employeur au regard de la situation de l'Assuré, ni de décision préalable de son médecin conseil.

Assurés	Selon le statut de l'Assuré, les événements garantis sont :
Fonctionnaires CNRACL ou fonctionnaires détachés de l'Etat	- Congé de maladie ordinaire (CMO), - Congé de longue maladie (CLM), - Congé de longue durée (CLD), - Maintien du demi-traitement dans l'attente d'une décision de reprise de service, de reclassement, de mise en disponibilité ou d'admission à la retraite selon les dispositions des articles 17 et 37 du décret n°87-602 du 30 juillet 1987, - Disponibilité d'office (DO) pour raison de santé prévue à l'article 19 du décret n°86-68 du 13 janvier 1986, avec versement des indemnités journalières de coordination (article 4 du décret n° 60-58 du 11 janvier 1960) ou versement de l'AIT (article 6 du décret n° 60-58 du 11 janvier 1960), y compris la période d'instruction de la demande, - Temps partiel pour raison thérapeutique (régime indemnitaire uniquement).
Fonctionnaires 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, de reclassement, de mise en disponibilité ou d'admission à la retraite selon les dispositions des articles 17 et 37 du décret n°87-602 du 30 juillet 1987, - Disponibilité d'office (DO) pour raison de santé prévue à l'article 19 du décret n°86-68 du 13 janvier 1986, avec versement des indemnités journalières de coordination (article 4 du décret n° 60-58 du 11 janvier 1960), - Accident du travail et maladie professionnelle, - Temps partiel pour motif thérapeutique.
Contractuels de droit public IRCANTEC Assistants familiaux et maternelles	- Congé de maladie ordinaire (CMO) - Congé de grave maladie (CGM), - Arrêt de travail pour maladie et accident, - Accident du travail et maladie professionnelle, - Temps partiel pour motif thérapeutique.
Contractuels de droit privé	- Arrêt de travail pour maladie et accident, - Accident du travail et maladie professionnelle, - Temps partiel pour motif thérapeutique.

Base de l'assurance

Le montant de l'**indemnité journalière** est calculé en fonction du taux de prestation indiqué dans le tableau des garanties, multiplié par la Base de l'assurance, puis divisé par le nombre de jours correspondants. A ce montant est déduit le traitement journalier versé par l'Employeur et/ou la Sécurité sociale. Les indemnités journalières sont versées mensuellement à terme échu.

La Base de l'assurance est composée comme suit :

Fonctionnaires CNRACL ou fonctionnaires détachés de l'Etat	Revenu net que l'Assuré aurait perçu s'il n'avait pas été en arrêt de travail. Les avancements d'échelons et de grades sont à prendre en compte. En cas de fin du temps partiel de droit ou sur autorisation, l'indemnisation de l'assureur est réévaluée sur la base du salaire de l'agent.
Fonctionnaires IRCANTEC	Revenu net que l'Assuré aurait perçu s'il n'avait pas été en arrêt de travail. Les avancements d'échelons et de grades sont à prendre en compte. En cas de fin du temps partiel de droit ou sur autorisation, l'indemnisation de l'assureur est réévaluée sur la base du salaire de l'agent.
Contractuels de droit public IRCANTEC Assistants familiales et maternelles	Revenu net, que l'Assuré aurait perçu s'il n'avait pas été en arrêt de travail. Les changements d'indice sont à prendre en compte. En cas de fin du temps partiel de droit ou sur autorisation, l'indemnisation de l'assureur est réévaluée sur la base du salaire de l'agent. Pour les assistants familiaux, moyenne des salaires net des 12 derniers mois qui précèdent l'arrêt de travail, hors primes diverses liés à l'entretien des enfants. Si l'Assuré ne dispose pas de 12 mois de rémunération, la base de l'assurance est la moyenne des salaires nets qui précèdent l'arrêt de travail.
Contractuels de droit privé	Revenu net, que l'Assuré aurait perçu s'il n'avait pas été en arrêt de travail. En cas de fin du temps partiel de droit ou sur autorisation, l'indemnisation de l'assureur est réévaluée sur la base du salaire de l'agent.

Période indemnisée

L'Assureur intervient après une période de franchise et pour une durée d'indemnisation maximum telles qu'indiquées ci-après :

Assurés	Franchise	Durée d'indemnisation
Fonctionnaires CNRACL et détachés de l'Etat	Période de plein traitement selon les congés pour raison de santé, et franchise de 90 jours pour le congé de maladie ordinaire.	1 095 indemnités journalières versées par l'Assureur.
Fonctionnaires IRCANTEC	Période de plein traitement selon les congés pour raison de santé, et franchise de 90 jours pour le congé de maladie ordinaire.	
Contractuels de droit public IRCANTEC Assistants familiales et maternelles	3 jours.	
Contractuels de droit privé IRCANTEC	3 jours.	

La période de franchise est calculée sur la base des 365 jours discontinus ou continus qui précèdent l'arrêt de travail.

L'Assureur verse aux Assurés les indemnités journalières pendant toutes les périodes indemnisées par l'Employeur et/ou par la Sécurité sociale, et dans la limite de 1 095 indemnités journalières.

Par dérogation, l'Assureur intervient dès le premier jour d'arrêt de travail pour le régime indemnitaire uniquement en cas de mention dans les conditions particulières. Les prestations versées au titre de cette

garantie ne sont pas incluses dans la limite des 1 095 indemnités journalières versées.

Le service des indemnités journalières prend fin à effet :

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

Droits rétablis

En cas de rétablissement du plein traitement par l'Employeur, à effet rétroactif et pour la période indemnisée au titre des garanties accordées par l'Assureur (c'est-à-dire lorsque l'Assuré est mis en congé de longue maladie ou de congé de maladie de longue durée ou de congé de grave maladie, ou en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle reconnue), l'Assuré rembourse obligatoirement les indemnités journalières versées par l'Assureur.

3.2 Garantie invalidité permanente

Définition

La garantie invalidité permanente a pour objet le versement par l'Assureur d'une **rente mensuelle** aux Assurés qui :

- Pour les **Assurés affiliés à la CNRACL** ou au régime spécial pour les agents détachés de l'Etat, sont mis à la retraite pour invalidité,
- Pour les **autres Assurés** justifient :
 - o En cas d'accident de la vie privée ou de maladie : d'un classement en 2ème catégorie (invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque) ou en 3ème catégorie (invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession, sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie) selon l'article L341-4 du code de la Sécurité sociale
 - o En cas d'accident de travail ou de maladie professionnelle : d'un taux d'incapacité au moins égal à 66 % au sens de l'article L. 434-2 du code de la sécurité sociale.

La garantie est acquise sans avis du médecin conseil de l'Assureur, ce dernier respectant les dispositions de la notification de la CNRACL ou de la Sécurité sociale selon les situations des Assurés.

Le montant de la rente mensuelle est calculé selon le taux de prestation indiqué aux conditions particulières.

Base de l'assurance

Le montant de la **rente mensuelle** est calculé en fonction du taux de prestation indiqué dans le tableau des garanties, multiplié par la Base de l'assurance. A ce montant est déduit la rente ou la pension versée par la CNRACL ou la Sécurité sociale. La rente est versée mensuellement à terme échu.

La Base de l'assurance est composée comme suit :

Fonctionnaires CNRACL ou détachés de l'Etat	Revenu net correspondant à l'indice brut retenu pour la liquidation de la pension d'invalidité, indiqué sur le décompte de pension délivré par la CNRACL, complété, si la garantie est mentionnée aux conditions particulières, de 1/12 ^{ème} du régime indemnitaire net annuel que l'Assuré aurait perçu s'il avait continué à travailler sur attestation de l'Employeur.
Fonctionnaires IRCANTEC	Revenu annuel net que l'Assuré aurait perçu s'il avait continué à travailler, indiqué sur l'attestation fournie par l'Employeur, complété, si la garantie est mentionnée

	aux conditions particulières, de 1/12 ^{ème} du régime indemnitaire net annuel que l'Assuré aurait perçu s'il avait continué à travailler sur attestation de l'Employeur.
Contractuels de droit public IRCANTEC Assistances familiales et maternelles	Revenu annuel net que l'Assuré aurait perçu s'il avait continué à travailler, indiqué sur l'attestation fournie par l'Employeur, complété, si la garantie est mentionnée aux conditions particulières, de 1/12 ^{ème} du régime indemnitaire net annuel que l'Assuré aurait perçu s'il avait continué à travailler sur attestation de l'Employeur. Pour les assistants familiaux, moyenne des salaires net des 12 derniers mois qui précèdent l'arrêt de travail, hors primes diverses liés à l'entretien des enfants. Si l'Assuré ne dispose pas de 12 mois de rémunération, la base de l'assurance est la moyenne des salaires nets qui précèdent l'arrêt de travail.
Contractuels de droit privé	Revenu annuel net que l'Assuré aurait perçu s'il avait continué à travailler, indiqué sur l'attestation fournie par l'Employeur, complété, si la garantie est mentionnée aux conditions particulières, de 1/12 ^{ème} des primes net annuel que l'Assuré aurait perçu s'il avait continué à travailler sur attestation de l'Employeur.

Période indemnisée

La rente est servie mensuellement à terme échu à compter :

- De la date de mise à la retraite pour invalidité, pour les agents affiliés à la CNRACL (ou affiliés au régime spécial pour les agents de l'Etat),
- De la date d'attribution de la pension d'invalidité de la Sécurité sociale, ou de la date d'attribution de la rente d'incapacité pour un taux au moins égal à 66% en cas de maladie professionnelle ou d'accident du travail, pour les agents relevant du régime général de Sécurité sociale.

Le service de la rente prend fin à effet :

- Soit de la date de reprise de toute activité professionnelle, même partielle, de l'Assuré, sauf si l'Assureur intervient pour la 1^{ère} catégorie,
- Soit de la date d'entrée en jouissance de la pension de retraite servie par le régime de base de l'Assuré,
- Soit de la date du décès de l'Assuré.

Revalorisation

Le montant de la rente est réévalué au 1er juillet de chaque année sur la base de l'évolution de l'indice 100 majoré constatée au cours des douze derniers mois et selon le taux défini par l'organisme complémentaire.

3.3 Garantie perte de retraite

Définition

La garantie perte de retraite a pour objet le versement d'un capital ou d'une rente mensuelle viagère selon la mention indiquée aux conditions particulières, afin de compenser la perte de retraite consécutive à une invalidité permanente, telle que définie dans le présent contrat, survenue avant la liquidation de la pension de retraite du régime de base de l'Assuré.

- La **rente mensuelle viagère** est calculée par différence entre le montant de la retraite que l'Assuré aurait perçue à la date de prise en charge de la présente garantie s'il n'avait cessé son activité professionnelle, et le montant cumulé des pensions versées à l'Assuré par les organismes de toute nature, hors pensions ou rentes qui ont pour objet de compenser ou de réparer des séquelles d'un accident de service, d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle. La pension de retraite, qu'aurait perçue l'Assuré s'il n'avait cessé son activité, est déterminée sur la base de l'indice que l'Assuré aurait obtenu par avancement d'échelon au sein du grade détenu lors de sa radiation des cadres pour invalidité.
- Le **capital** est versé selon le montant indiqué aux conditions particulières.

Période indemnisée

La **rente mensuelle viagère** est servie mensuellement et selon un terme échu à compter de la date d'entrée en jouissance de la pension de retraite servie par le régime de base de l'Assuré, et prend fin à la date de décès de l'Assuré.

Le **capital** est versé dès la production par l'Assuré de son titre de retraite.

3.4 Garantie décès toutes causes et perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)**Définition**

La garantie **décès toutes causes**, c'est-à-dire survenu à la suite d'un accident ou d'une maladie survenus dans le cadre de la vie privée ou la vie professionnelle de l'Assuré, a pour objet le versement :

- D'un **capital en cas de décès de l'Assuré** survenant tant que l'Assuré est dans l'effectif de l'Employeur, ou, à défaut, tant que l'Assuré bénéficie du versement d'une rente mensuelle d'invalidité par l'Assureur,
- D'un **capital en cas de perte totale et irréversible d'autonomie de l'Assuré** survenant avant la date d'entrée en jouissance de la pension de retraite servie par le régime de base de l'Assuré. Est considéré comme atteint d'une perte totale et irréversible d'autonomie l'Assuré qui est :
 - o dans l'incapacité totale et définitive de se livrer à une quelconque activité pouvant lui procurer un gain ou un profit :
 - avec un taux d'incapacité permanente d'au moins 95% pour les Assurés affiliés à la CNRACL,
 - avec un classement en 3^{ème} catégorie selon l'article L341-4 du code de la Sécurité sociale, ou un taux d'incapacité permanent d'au moins 95% pour une invalidité consécutive à un accident du travail ou une maladie professionnelle, pour les Assurés affiliés à la Sécurité sociale,
 - o et être obligé de recourir de manière permanente à l'assistance d'une tierce personne afin d'accomplir les quatre actes ordinaires de la vie (se laver, s'habiller, se nourrir, se déplacer).
- D'un **capital pour frais obsèques en cas de décès de l'Assuré**, si mentionné dans les conditions particulières.

Le versement du capital en cas de perte totale et irréversible d'autonomie de l'Assuré libère l'Assureur du versement du capital en cas de décès.

La garantie est acquise sans avis du médecin conseil de l'Assureur ou de tout autre tiers au contrat.

Bénéficiaires

Pour le capital de perte totale et irréversible d'autonomie, le bénéficiaire est l'Assuré.

Pour le capital en cas de décès de l'Assuré, les bénéficiaires sont les (ou la) personne(s) ayant fait l'objet d'une désignation écrite de l'Assuré auprès de l'Assureur, et formalisée dans le bulletin d'adhésion.

L'Assuré a le droit de modifier à tout moment la clause bénéficiaire, en particulier lorsque sa situation familiale change (mariage, divorce, séparation, naissance, adoption...).

En cas de pluralité de bénéficiaires de même rang et de prédécès de l'un ou de plusieurs d'entre eux, la part du capital lui (leur) revenant est répartie entre les autres bénéficiaires au prorata de leur part respective.

En cas d'absence de désignation expresse de bénéficiaire, ou de prédécès de tous les bénéficiaires, le capital est attribué selon l'ordre de priorité suivant :

- Au conjoint survivant non séparé de corps par un jugement définitif passé en force de chose jugée, à défaut au concubin notoire ou au partenaire de PACS,
- A défaut à ses enfants vivants ou représentés,
- A défaut à ses petits-enfants,

- A défaut de descendants directs, à ses parents survivants,
- A défaut de ceux-ci, aux grands-parents survivants,
- A défaut, et par parts égales, à ses frères et sœurs,
- A défaut, aux héritiers et selon la répartition en vigueur conformément aux principes du droit de la succession.

En cas de déshérence, les capitaux non réglés sont versés à la Caisse des dépôts et consignations (CDC) à l'issue d'un délai de 10 ans à compter de la date de connaissance du décès de l'Assuré ou de l'échéance du contrat ou de l'adhésion.

Base de l'assurance

Le montant du capital est :

- Pour les Assurés payés sur une base indiciaire : le traitement indiciaire brut mensuel X 12 (sur la base du dernier indice majoré connu par l'Employeur),
- Pour les autres Assurés : le salaire brut des 12 derniers mois travaillés. Pour les Assurés ne disposant pas de 12 mois travaillés, la base est le salaire brut du dernier mois travaillé X 12.

4 Dispositifs de maintien et de renfort des garanties

Pathologies et situations antérieures à l'adhésion de l'Assuré

Par application de l'article 3 de la loi n°89-1009 modifiée, l'Assureur prend en charge les suites des états pathologiques survenus antérieurement à la souscription du présent contrat collectif ou à l'adhésion à celui-ci du salarié, sous réserve des sanctions prévues en cas de fausse déclaration.

L'Assureur doit les garanties du présent contrat à l'Assuré selon les situations antérieures de celui-ci à la date d'effet de son adhésion :

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

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

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

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

Les garanties d'assurance du présent contrat sont maintenues pour l'Assuré et ses ayants-droit éventuels dans deux cas :

- **Cas 1 : application des dispositions de l'article L5111-7 du code général des collectivités territoriales.** Si les Assurés changent d'employeur en application d'une réorganisation, le nouvel employeur est substitué de plein droit à l'ancien pour la convention de participation et le présent contrat collectif d'assurance conclus par ce dernier avec l'Assureur. La convention et le contrat sont exécutés dans les conditions antérieures jusqu'à leur échéance, sauf accord contraire entre le nouvel employeur, l'ancien employeur et l'Assureur. Ceux-ci peuvent convenir d'une échéance de la convention du contrat, antérieures à celles stipulées, dans le but d'harmoniser le régime des participations applicables aux agents. L'Assureur est informé de la substitution de personne morale par le nouvel employeur. La substitution de personne morale à la convention et au contrat n'entraîne aucun droit à résiliation ou à indemnisation pour l'Assureur.

- **Cas 2 : en cas de départ de l'Assuré de l'effectif de l'Employeur avec embauche simultanée auprès d'un autre employeur.** En cas de départ de l'Assuré de l'effectif de l'Employeur, pour une cause autre qu'un départ en retraite pour lequel les garanties restent acquises, l'Assureur ne peut refuser de maintenir les garanties à l'Assuré qui en fait la demande, et sous réserve du paiement des cotisations et des sanctions prévues en cas de fausse déclaration. Le maintien des garanties par l'Assureur s'effectue sans réduction de celles-ci, ni révision des taux de cotisation. La demande de maintien des garanties doit être formulée par lettre recommandée avec accusé de réception, dans un délai maximum de deux mois à compter de la date de départ de l'Assuré.

Maintien des garanties en cas de suspension de l'activité ou du contrat de travail

Le maintien des garanties au bénéfice des agents dont l'activité ou le contrat de travail est suspendu est prévu pour les deux situations suivantes :

La période de suspension donne lieu à une indemnisation :

- Lorsque l'activité est suspendue qu'elle qu'en soit la cause (notamment lors de la survenance d'une maladie, d'une maternité, d'un accident ou en cas d'activité partielle ou d'un congé d'adoption) et que les agents concernés sont indemnisés pendant cette période, le maintien des garanties de prévoyance reste acquis. L'indemnisation est définie comme le cas où l'agent bénéficie soit d'un maintien de la rémunération, total ou partiel, soit d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers, le bénéfice de l'ensemble des garanties est maintenu pour les agents et, le cas échéant, pour leurs ayants droit.
- La contribution de l'employeur est maintenue pendant toute la période de suspension.

La période de suspension ne donne pas lieu à une indemnisation :

- Sont visés les agents absents en raison d'une maladie, d'une maternité ou d'un accident ou pour des raisons autres que médicales (exemple : congé de proche aidant, congé de présence parentale) dont l'activité est suspendue sans aucune rémunération ou indemnisation.
- Pour ces situations, l'Employeur doit déterminer :
 - o L'absence de maintien des garanties et de la contribution employeur,
 - o ou le maintien des garanties et de la contribution de l'employeur. Si cette option est retenue, la rémunération mensuelle à prendre en compte est égale au montant moyen des rémunérations perçues au cours des douze mois précédant l'arrêt de travail ou la période de congé.

Maintien des prestations en cas de non-renouvellement ou résiliation du présent contrat

Par application des **articles 7 et 7-1 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989**, la résiliation ou le non-renouvellement du présent contrat ou des adhésions individuelles des Assurés sont sans effet sur :

- Le versement des prestations immédiates ou différées, acquises ou nées durant l'exécution de présent contrat, relatives aux garanties incapacité temporaire de travail, invalidité permanente, perte de retraite et décès. Le versement des prestations de toute nature se poursuit à un niveau au moins égal à celui de la dernière prestation due ou payée avant la résiliation ou le non-renouvellement, sans préjudice des révisions prévues dans le contrat. De telles révisions ne peuvent être prévues à raison de la seule résiliation ou du seul non-renouvellement,
- Les prestations à naître au titre du maintien de la garantie décès avant le terme de la période d'incapacité de travail ou d'invalidité permanente définie dans le présent contrat.

Ces engagements doivent être couverts à tout moment par l'Assureur par des provisions représentées par des actifs équivalents.

5 Dispositions communes aux garanties

Exclusions

L'Assureur ne prend pas en charge les conséquences des événements :

- de guerres civiles ou étrangères et d'émeutes, sauf si les conditions sont fixées par la législation à intervenir sur les assurances sur la vie en temps de guerre,
- dus aux effets directs ou indirects d'explosion, de chaleur ou de radiation provenant d'une transmission du noyau de l'atome, comme la fission, la fusion, la radioactivité ou du fait de radiation provoqués par l'accélération des particules atomiques,
- de la manipulation volontaire d'engins de guerre ou d'explosifs dont la détention est interdite.

Cumul des prestations

Les niveaux de prestations versées par l'Assureur, complétés des prestations versées par l'Employeur, par l'Assurance maladie ou par tout autre organisme, ne peut excéder les taux de prestations des garanties accordées au titre du présent contrat. En cas de dépassement de ce taux de prestations, les prestations à verser par l'Assureur sont réduites à due concurrence de ce montant.

Réticence ou fausse déclaration

Les garanties accordées aux Assurés par l'Assureur sont nulles en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de l'Assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'Assuré a été sans influence sur la réalisation du risque. Les cotisations acquittées demeurent acquises à l'Assureur qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

Omission ou déclaration inexacte

L'omission ou la déclaration inexacte de l'Assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie, n'entraîne pas la nullité des garanties. Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, l'Assureur a le droit de maintenir l'adhésion moyennant une augmentation de cotisation acceptée par l'Assuré. A défaut d'accord de celui-ci, l'adhésion prend fin le premier jour du mois qui suit la date de la notification adressée à l'Assuré par lettre recommandée. L'Assureur restitue à l'Assuré la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus. Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux de la cotisation payée par l'Assuré par rapport au taux de cotisation qui aurait été due, si les risques avaient été exactement déclarés.

Contrôle médical

L'Assureur, par le service de son médecin conseil, peut effectuer un contrôle médical de l'Assuré, et faire pratiquer des examens complémentaires lorsque le versement des prestations est lié à son état de santé. Ces contrôles et examens complémentaires sont effectués au frais de l'Assureur par un médecin désigné par ses soins.

Ils peuvent être réalisés uniquement en cours de prestation, et non à la demande de prestation, après information préalable de l'Employeur et pour les seuls arrêts attribués après avis du conseil médical ou médecin agréé lorsque l'avis du conseil médical n'est plus requis ou après avis du médecin conseil de la Sécurité sociale.

L'Assuré qui refuse de se soumettre au contrôle médical ou aux examens médicaux complémentaires demandés perd tout droit aux prestations.

En cas de conclusion du rapport d'expertise diligenté par l'Assureur en défaveur de l'Assuré, l'Assureur notifie à l'Assuré sa décision de suspendre le versement des prestations à compter de la date de fin figurant sur l'arrêt de travail et au plus tard dans les 30 jours à compter de la notification à l'Assuré.

L'Assuré peut contester les conclusions de ce rapport dans les 30 jours à compter de la réception de ce

document, en envoyant à l'Assureur une lettre recommandée avec accusé de réception accompagnée d'un certificat médical de son médecin. Dans ce cas, le versement des prestations est maintenu par l'Assureur. A réception de ce courrier, l'Assureur demande, à ses frais, à l'Assuré de procéder à une contre-expertise auprès d'un médecin agréé par la préfecture de l'Employeur ou d'un autre Département. Le médecin agréé est choisi par l'Assuré. La décision prise par ce médecin agréé s'impose à l'Assureur et à l'Assuré.

Revalorisation des prestations

Le montant de l'indemnité journalière de la garantie incapacité temporaire de travail est réévalué selon l'évolution du point d'indice majoré de l'agent.

Le montant de la rente de la garantie invalidité est réévalué au 1er juillet de chaque année sur la base de l'évolution de l'indice 100 majoré constatée au cours des douze derniers mois, et selon le taux défini par l'Assureur.

Les nouveaux montants sont arrondis à la dizaine de centimes d'euros supérieure après revalorisation.

Prescription :

Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites par **deux ans** à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance, et, en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là. Quand l'action de l'Assuré contre l'Assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à **dix ans** pour la garantie décès, lorsque les Bénéficiaires sont les ayants droit de l'Assuré décédé.

Commune de Niort - CCAS de Niort - Communauté d'agglomération du Niortais

PREVISIONNEL D'ADHESION

Article 1 de l'arrêté du 8 novembre 2011 relatif aux critères de choix des collectivités territoriales et des établissements publics en relevant dans le cas d'une

	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5	Année 6
Hypothèse 1 : adhésion totale						
Nombre d'agents	1957	1957	1957	1957	1957	1957
Hypothèse 2 : adhésion partielle						
Nombre d'agents adhérents :	1663	1663	1663	1663	1663	1663
Taux d'adhésion :	85%	85%	85%	85%	85%	85%

COMPTE DE RESULTAT SOLIDAIRE : TRANSFERTS INTERGENERATIONNELS (+ de 50 ans)

Article 2 de l'arrêté du 8 novembre 2011 relatif aux critères de choix des collectivités territoriales et des établissements publics en relevant dans le cas d'une

Base : exercice de survenance	Sens	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5	TOTAL
Hypothèse 1 : adhésion totale							
Prestations	+	633 092 €	595 923 €	544 527 €	496 849 €	425 450 €	2 695 840 €
Provisions	+	293 727 €	358 701 €	438 736 €	496 247 €	577 576 €	2 164 987 €
Frais de gestion	+	70 915 €	73 043 €	75 234 €	75 986 €	76 746 €	371 925 €
Cotisations hors taxes	-	709 153 €	730 428 €	752 341 €	759 864 €	767 463 €	3 719 248 €
Résultat		288 581 €	297 239 €	306 156 €	309 218 €	312 310 €	1 513 504 €
Résultat / cotisations HT		40,69%	40,69%	40,69%	40,69%	40,69%	40,69%
Frais de gestion / prestations + prov.		7,65%	7,65%	7,65%	7,65%	7,65%	7,65%
							MOYENNE
Nbre d'adhérents de + de 50 ans		869	869	869	869	869	869
Résultat / nombre total d'adhérents		147 €	152 €	156 €	158 €	160 €	155 €
Hypothèse 2 : adhésion partielle							
Prestations	+	537 983 €	506 397 €	462 722 €	422 207 €	361 535 €	2 290 844 €
Provisions	+	249 601 €	304 813 €	372 825 €	421 696 €	490 807 €	1 839 741 €
Frais de gestion	+	60 262 €	62 070 €	63 932 €	64 571 €	65 217 €	316 051 €
Cotisations hors taxes	-	602 617 €	620 696 €	639 316 €	645 710 €	652 167 €	3 160 506 €
Résultat		245 228 €	252 585 €	260 162 €	262 764 €	265 391 €	1 286 130 €
Résultat / cotisations HT		40,69%	40,69%	40,69%	40,69%	40,69%	40,69%
Frais de gestion / prestations + prov.		7,65%	7,65%	7,65%	7,65%	7,65%	7,65%
							MOYENNE
Nbre d'adhérents de + de 50 ans		738	738	738	738	738	738
Résultat / nombre total d'adhérents		147,461113	151,8849464	156,4414947	158,0059097	159,5859688	155 €

COMPTE DE RESULTAT PREVISIONNEL GLOBAL

Article 1 de l'arrêté du 8 novembre 2011 relatif aux critères de choix des collectivités territoriales et des établissements publics en relevant dans le cas d'une

Base : exercice de survenance	Sens	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5	Année 6	TOTAL
Hypothèse 1 : adhésion totale								
Compte de résultat technique								
Cotisations hors taxes	+	1 591 081 €	1 638 814 €	1 687 978 €	1 704 858 €	1 721 907 €	1 739 126 €	10 083 764 €
Prestations	-	998 098 €	946 179 €	870 914 €	798 589 €	685 469 €	299 964 €	4 599 212 €
Provisions	-	410 009 €	504 171 €	622 947 €	710 211 €	838 419 €	1 239 163 €	4 324 919 €
Frais de gestion	-	159 108 €	163 881 €	168 798 €	170 486 €	172 191 €	173 913 €	1 008 376 €
Résultat technique		23 866 €	24 582 €	25 320 €	25 573 €	25 829 €	26 087 €	151 256 €
Résultat / cotisations HT		1,50%	1,50%	1,50%	1,50%	1,50%	1,50%	1,50%
Frais de gestion / cotisations HT		10,00%	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%
Triangle de liquidation								
Résultat technique	N	23 866 €	24 582 €	25 320 €	25 573 €	25 829 €	26 087 €	
Résultat technique	N+1	23 866 €	24 582 €	25 320 €	25 573 €	25 829 €		
Résultat technique	N+2	23 866 €	24 582 €	25 320 €	25 573 €			
Résultat technique	N+3	23 866 €	24 582 €	25 320 €				
Résultat technique	N+4	23 866 €	24 582 €					
Résultat technique	N+5	23 866 €						
Hypothèse 2 : adhésion partielle								
Compte de résultat technique								
Cotisations hors taxes	+	1 352 053 €	1 392 615 €	1 434 393 €	1 448 737 €	1 463 225 €	1 477 857 €	8 568 881 €
Prestations	-	848 154 €	804 035 €	740 077 €	678 617 €	582 491 €	254 900 €	3 908 273 €
Provisions	-	348 413 €	428 429 €	529 361 €	603 516 €	712 463 €	1 053 003 €	3 675 187 €
Frais de gestion	-	135 205 €	139 261 €	143 439 €	144 874 €	146 322 €	147 786 €	856 888 €
Résultat technique		20 281 €	20 889 €	21 516 €	21 731 €	21 948 €	22 168 €	128 533 €
Résultat / cotisations HT		1,50%	1,50%	1,50%	1,50%	1,50%	1,50%	1,50%
Frais de gestion / cotisations HT		10,00%	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%
Triangle de liquidation								
Résultat technique	N	20 281 €	20 889 €	21 516 €	21 731 €	21 948 €	22 168 €	
Résultat technique	N+1	20 281 €	20 889 €	21 516 €	21 731 €	21 948 €		
Résultat technique	N+2	20 281 €	20 889 €	21 516 €	21 731 €			
Résultat technique	N+3	20 281 €	20 889 €	21 516 €				
Résultat technique	N+4	20 281 €	20 889 €					
Résultat technique	N+5	20 281 €						

Date : 27/05/2025	
Assureur : MNT	
Signataire (nom, prénom et qualité) :	SAUVAGE Frédéric, Directeur général adjoint

CONTRAT COLLECTIF DE PRÉVOYANCE

MAINTIEN DE SALAIRE ET DECES

INDEMNITÉS JOURNALIÈRES -INVALIDITÉ –

DÉCÈS/PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE –
PERTE DE RETRAITE

PROJET CONDITIONS GÉNÉRALES
(Référence : PROJET CG – GROUPEMENT NIORTAIS - 2026)

ADHESION FACULTATIVE

PREAMBULE	4
TITRE I - DISPOSITIONS GENERALES	5
Article 1. Garanties.....	5
Article 2. Assurés	5
Article 3. Prise d'effet, durée et renouvellement du contrat.....	5
Article 4. Conditions d'adhésion des membres participants	5
Article 5. Délai de stage – Conditions d'adhésion.....	7
Article 6. Prise d'effet et durée des garanties	7
Article 7. Information des membres participants	9
Article 8. Conditions de prise d'effet et durée du contrat	10
Article 9. Prescription.....	10
Article 10. Protection des données à caractère personnel - passation gestion et exécution des contrats d'assurance	10
Article 11. Réclamation.....	11
Article 12. Clause d'attribution de compétence	12
TITRE II - RISQUES EXCLUS	12
Article 13. Exclusions	12
TITRE III - GARANTIES	12
CHAPITRE 1 - DISPOSITIONS COMMUNES	12
Article 14. Subrogation de la Mutuelle	12
Article 15. Modalités d'application dans le temps des garanties du présent contrat	12
CHAPITRE 2 - BASE DE CALCUL DES PRESTATIONS	12
Article 16. Définition du traitement, des primes et indemnités	12
CHAPITRE 3 - GARANTIE INDEMNITÉS JOURNALIÈRES	13
Article 17. Définition de la garantie	13
Article 18. Montant de la prestation.....	13
Article 19. Point de départ du versement des indemnités journalières – Périodes de franchise	14
Article 20. Durée du service des indemnités journalières.....	14
Article 21. Terme du versement des indemnités journalières	14
Article 22. Maintien des prestations.....	15
CHAPITRE 4 - GARANTIE INVALIDITÉ	15
Article 23. Définition de la garantie	15
Article 24. Détermination du montant de la rente et service de la rente	15
Article 25. Point de départ du versement de la rente	16
Article 26. Terme du versement de la rente.....	16
Article 27. Maintien des prestations.....	16
CHAPITRE 5 - GARANTIE DECES OU PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (SI SOUSCRITE PAR LE MEMBRE PARTICIPANT)	16
Article 28. Définition de la garantie Décès - PTIA toutes causes	16
Article 29. Clause de renonciation	16
Article 30. Bénéficiaires des prestations en cas de Décès	17
Article 31. Bénéficiaire des prestations en cas de Perte totale et irréversible d'autonomie	17
Article 32. Maintien des garanties Décès.....	17
Article 33. Obligations de la Mutuelle concernant les garanties décès.....	17
CHAPITRE 6 - GARANTIE PERTE DE RETRAITE (SI SOUSCRITE PAR LE MEMBRE PARTICIPANT)	18
Article 34. Définition de la garantie	18
Article 35. Point de départ du versement du capital.....	18
Article 36. Montant et service du capital	18
CHAPITRE 13 - FONDS D'ACTION SOCIALE	18
CHAPITRE 14 - GARANTIES ASSISTANCE	18
Article 37. Garantie	18
Article 38. Prise d'effet de la garantie	19
Article 39. Cessation de la garantie	19
TITRE IV - CONDITIONS D'ATTRIBUTION ET SERVICES DES PRESTATIONS	19
Article 40. Garanties Indemnités Journalières	19
Article 41. Garantie Invalidité	19
Article 42. Garanties Décès - Perte Totale et Irréversible d'Autonomie	20
Article 43. Contrôles effectués à la demande de la Mutuelle Nationale Territoriale	20
Article 44. Procédure d'arbitrage.....	20
Article 45. Radiation, résiliation, terme de l'adhésion.....	20
Article 46. Cas de fraude.....	21
Article 47. Réticence ou fausse déclaration intentionnelle.....	21
TITRE V - COTISATIONS	21
Article 48. Montant de la cotisation	21
Article 49. Modalités de paiement de la cotisation	23
Article 50. Défaut de paiement de la cotisation	23

Article 51.	Défaut de paiement de la participation financière du souscripteur	23
-------------	---	----

TITRE VI - GESTION DES ASSURÉS	23
---------------------------------------	-----------

Article 52.	Etats à fournir	23
-------------	-----------------------	----

PROJET

PREAMBULE

Le présent contrat collectif de prévoyance est conclu entre :

- le souscripteur, dont la dénomination sociale est mentionnée aux conditions particulières ;
- la Mutuelle Nationale Territoriale (MNT), organisme assureur du présent contrat, Mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité, dont le siège social est situé 4 rue d'Athènes, 75009 PARIS, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° SIREN 775 678 584.

Il est constitué des conditions générales et des conditions particulières.

Conformément aux dispositions de l'article L. 510-1 du Code de la mutualité, le contrôle sur les mutuelles régies par le Code de la mutualité est exercé, dans l'intérêt de leurs membres, par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) située 4 place de Budapest CS 92459 75436 PARIS CEDEX 09.

Le présent contrat est souscrit par le souscripteur auprès de la Mutuelle Nationale Territoriale, en liaison avec la convention de participation conclue par le souscripteur avec la Mutuelle Nationale Territoriale.

Le souscripteur contribue au financement des garanties du présent contrat collectif auquel ses agents adhèrent, sous la forme d'une participation d'un montant unitaire par agent. Le montant de cette participation financière est fixé dans la convention de participation mise en place par le souscripteur.

Conformément aux dispositions

- de l'article 19 du 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, ci-après dénommé le Décret ;
- de la convention de participation précitée ;
- des dispositions des articles L. 827-1 à L. 827-12 et L. 829-1 à L. 829-2 du Code général de la fonction publique.

Il incombe au souscripteur de procéder à l'information de l'ensemble de ses agents de la signature de ladite convention de participation, des caractéristiques du présent contrat collectif souscrit auprès de la Mutuelle Nationale Territoriale au titre duquel ladite convention de participation est conclue, ainsi que des modalités d'adhésion au présent contrat collectif.

La résiliation pour quelque cause que ce soit ou le terme de la convention de participation entraîne automatiquement, à la même date, la résiliation du présent contrat collectif de prévoyance. De même, la dénonciation de l'adhésion du souscripteur à la convention de participation entraîne, automatiquement, à la même date, résiliation du présent contrat collectif de prévoyance.

Le souscripteur est tenu d'en informer ses agents.

Le présent contrat est à **adhésion facultative** pour les agents relevant des catégories mentionnées ci-dessous ; ils acquièrent, au titre de cette adhésion, la qualité de membre participant de la Mutuelle Nationale Territoriale. Par ailleurs, le membre participant pourra souscrire à des garanties optionnelles dont les conditions sont mentionnées dans le présent contrat.

Le présent contrat est régi par les dispositions du Code de la Mutualité et par les Statuts de la Mutuelle Nationale Territoriale. Les conditions générales et particulières du présent contrat définissent les droits et obligations de chacune des deux parties et des agents y adhérant.

Les membres participants sont, du fait de leur adhésion au présent contrat, soumis aux dispositions des Statuts de la Mutuelle Nationale Territoriale ; la notice d'information qui leur est remise par le souscripteur définit notamment les garanties du présent contrat ainsi que leurs modalités d'entrée en vigueur.

Les documents contractuels énumérés ci-dessous sont classés par ordre de priorité décroissante :

1. les conditions particulières (CPR) et ses annexes,
2. les conditions spéciales (CSP)
3. des présentes conditions générales complétées par les conditions particulières de la MNT

TITRE I - DISPOSITIONS GENERALES

Article 1. Garanties

Le présent contrat collectif de prévoyance a pour objet d'assurer au membre participant le versement de prestations au titre :

- de la **garantie collective** : Indemnités Journalières couvrant l'incapacité de travail,
- des **garanties optionnelles** : Perte de retraite, Décès/Perte Totale et Irréversible d'autonomie.

Article 2. Assurés

Peuvent être garantis au titre du présent contrat, les agents en activité de service et relevant d'une des catégories suivantes :

- Les fonctionnaires,
- Les agents contractuels de droit public et de droit privé
- Les agents mis à disposition par le Souscripteur auprès d'un autre employeur public,
- Les agents détachés auprès du Souscripteur.

Article 3. Prise d'effet, durée et renouvellement du contrat.

Le présent contrat prend effet selon les conditions fixées par la Convention de Participation et à la date indiquée aux Conditions Particulières ; le contrat cesse en même temps que la résiliation ou le terme de la Convention de Participation.

La résiliation par l'une des parties moyennant un préavis de 2 mois pour le souscripteur et de 6 mois pour la MNT, selon les modalités ci-dessous, entraîne la cessation des garanties, dans le cadre du présent contrat, à l'égard de tous les membres participants à la date d'effet de la résiliation. La demande de résiliation ne dispense pas du paiement des cotisations dues jusqu'à l'échéance. En contrepartie, la garantie est due par la Mutuelle jusqu'à cette même date.

Le support de résiliation peut être, au choix du souscripteur :

- Soit une lettre simple ou tout autre support durable ;
- Soit une déclaration faite au siège social ou auprès d'une implantation territoriale de la Mutuelle ;
- Soit par un acte extrajudiciaire ;
- Soit, par voie électronique ou par un mode de communication à distance et ce même si l'adhésion ne s'est pas faite par voie dématérialisée ou à distance

La Mutuelle Nationale Territoriale attestera par écrit la réception de la notification de la résiliation.

La dénonciation prend effet un mois après que la Mutuelle en a reçu notification. La MNT rembourse la partie de cotisation relative à la période postérieure à la date d'effet de la résiliation, dans un délai de 30 jours

Article 4. Conditions d'adhésion des membres participants

Les agents adhérant au contrat au jour de la prise d'effet de celui-ci sont admis sans condition, sous réserve de compléter le bulletin d'adhésion remis par la MNT.

Les agents qui ne sont pas en arrêt de travail à la date d'effet du contrat et qui ne sont pas inscrits à celui-ci peuvent y adhérer sous réserve que leur inscription intervienne pendant les six premiers mois qui suivent la date de prise d'effet du contrat. Ces adhésions doivent être formalisées à l'aide d'un bulletin d'adhésion. Passé ce délai, un délai de stage de six mois sera appliqué à compter de la date d'effet de l'adhésion.

Les agents embauchés postérieurement à la date de prise d'effet du contrat peuvent y adhérer sans condition sous réserve que leur inscription intervienne dans les six premiers mois qui suivent la date d'embauche. Ces adhésions doivent être formalisées à l'aide d'un bulletin d'adhésion. Passé ce délai, un délai de stage de six mois sera appliqué à compter de la date d'effet de l'adhésion.

Les agents en situation d'activité pendant un congé de longue maladie, de maladie longue durée ou de congé de grave maladie pris de manière fractionnée, à la date d'effet du présent contrat et qui ne sont pas inscrits à celui-ci peuvent y adhérer sous réserve que leur inscription intervienne pendant les six premiers mois qui suivent la date de prise d'effet du présent contrat. Ces adhésions doivent être formalisées à l'aide d'un bulletin d'adhésion. Passé ce délai, un délai de stage de six mois sera appliqué à compter de la date d'effet de l'adhésion. Toutefois, le présent contrat ne couvrira que les conséquences d'une nouvelle pathologie (maladie ou accident de la vie privée). Les conséquences de la maladie en cours à la souscription du présent contrat ne seront pas prises en charge au titre du présent contrat. A cette fin, lors de l'adhésion, l'agent devra communiquer au médecin conseil de la MNT un certificat médical de son médecin traitant faisant mention des pathologies à l'origine de l'arrêt de travail.

Les agents en arrêt de travail (autre que le congé Longue Maladie fractionné, congé Maladie Longue Durée fractionné et congé Grave Maladie fractionné) pour maladie ou accident à la date d'effet du présent contrat, ne peuvent pas adhérer. Ils ne peuvent y adhérer qu'à l'issue d'une reprise effective de leur activité au moins égale à 30 jours continus et sous réserve que leur inscription intervienne pendant les six premiers mois suivant leur reprise d'activité. Toutefois ce délai de 30 jours est supprimé si les agents justifient de l'adhésion préalable auprès d'un organisme d'assurance pour des garanties équivalentes et sous réserve que la résiliation de leur ancien contrat et leur adhésion au présent contrat soient simultanées. Ces adhésions doivent être formalisées à l'aide d'un bulletin d'adhésion. Passé ce délai, un délai de stage de six mois sera appliqué à compter de la date d'effet de l'adhésion.

Les agents à temps partiel pour raison thérapeutique à la date de prise d'effet du contrat peuvent adhérer au contrat sous réserve que leur inscription intervienne dans les six premiers mois suivant la date de prise d'effet du contrat ou de leur embauche. Passé ce délai, un délai de stage de six mois est appliqué à la garantie à compter de la date d'effet de l'adhésion. Ces adhésions doivent être formalisées à

l'aide d'un bulletin d'adhésion. Toutefois, le présent contrat ne couvrira que les conséquences d'une nouvelle pathologie (maladie ou accident de vie privé). Les conséquences de la maladie en cours à la souscription du contrat ne seront pas prises en charge au titre du présent contrat. A cette fin, lors de l'adhésion, l'agent devra communiquer au médecin conseil de la Mutuelle Nationale Territoriale un certificat médical de son médecin traitant faisant mention des pathologies à l'origine de l'arrêt de travail.

Les agents en congé parental ou en disponibilité pour d'autres raisons que celles liées à la santé à la date d'effet du contrat peuvent y adhérer à leur retour dans la collectivité sous réserve que leur inscription intervienne dans les six mois qui suivent leur date de retour. Ce délai prend effet le 1^{er} jour du mois qui suit la reprise d'activité. Ces adhésions doivent être formalisées à l'aide d'un bulletin d'adhésion. Passé ce délai, un délai de stage de six mois sera appliqué à compter de la date d'effet de l'adhésion.

Pour les agents bénéficiant d'un contrat de prévoyance à la date de mise en place du présent contrat, l'adhésion peut intervenir au-delà du délai de six mois en fonction de la date d'échéance du contrat individuel sous réserve que leur inscription au présent contrat intervienne dans un délai de deux mois maximum suivant la date d'échéance de leur précédent contrat, qu'ils ne soient pas en arrêt de travail à leur date d'adhésion et que la résiliation de leur ancien contrat soit effectuée au cours de l'année qui suit la mise en place du présent contrat. Ces adhésions doivent être formalisées à l'aide d'un bulletin d'adhésion. Passé ce délai, un délai de stage de six mois sera appliqué à compter de la date d'effet de l'adhésion.

La garantie Décès/PTIA n'est pas soumise au délai de stage.

Dispositions applicables en cas d'adhésion à la suite d'un démarchage :

Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui adhère dans ce cadre à un contrat collectif à adhésion facultative à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

L'exercice du droit de renonciation dans le délai prévu à l'alinéa ci-dessus met fin à l'adhésion à compter de la date de réception de la lettre recommandée ou de l'envoi recommandé électronique mentionnés au même alinéa. Dès lors qu'il a connaissance de la réalisation d'un risque mettant en jeu la garantie du contrat, le membre participant ne peut plus exercer ce droit de renonciation.

En cas de renonciation, le membre participant ne peut être tenu qu'au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de fin d'adhésion. La Mutuelle est tenue de rembourser au membre participant le solde au plus tard dans les trente jours suivant la date de fin d'adhésion. Au-delà de ce délai, les sommes non versées produisent de plein droit intérêt au taux légal.

Toutefois, l'intégralité de la cotisation reste due à la Mutuelle si le membre participant exerce son droit de renonciation alors que la réalisation d'un risque mettant en jeu la garantie du contrat collectif à adhésion facultative et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

Dispositions applicables en cas d'adhésion à distance :

En cas d'adhésion réalisée à distance c'est-à-dire hors la présence d'un conseiller de la Mutuelle Nationale Territoriale, et conformément à l'article L. 221-18 du Code de la mutualité, ou à la suite d'un démarchage téléphonique, l'adhérent bénéficie d'un droit de renonciation de quatorze jours calendaires révolus. Si les agents n'ont pas adhéré à distance ou à la suite d'un démarchage téléphonique, ils ne disposent pas de la faculté de renonciation. Ce délai commence à courir :

- a) Soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet ;
- b) Soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions d'adhésion et les informations relatives au contrat, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée au point a ci-dessus.

Ce droit est à exercer par l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique avec accusé de réception adressé à MNT Contrats - TSA 70020 - 33044 Bordeaux Cedex, selon le modèle de rédaction ci-après : « *Je soussigné(e) (nom, prénom), demeurant (adresse complète), vous notifie par la présente ma renonciation à mon adhésion au contrat collectif à adhésion facultative maintien de salaire effectuée le (date) à (lieu) Le (date et signature).* ».

Les agents qui demanderaient l'entrée en vigueur des garanties avant l'expiration du délai de renonciation de quatorze jours doivent acquitter en conséquence la cotisation due pour bénéficier des garanties dont le montant serait calculé au prorata temporis de la période de couverture par rapport au montant de la cotisation annuelle.

Dans le cas où les agents exerceraient leur faculté de renonciation, ils seraient tenus au paiement proportionnel du service correspondant à la durée de couverture dont le montant serait calculé au prorata temporis de la période pendant laquelle ils ont été couverts, par rapport au montant de la cotisation annuelle. La Mutuelle Nationale Territoriale rembourserait alors au membre participant dans les meilleurs délais et au plus tard dans les trente jours toutes les sommes qu'elle aurait perçues de celui-ci en application du contrat, à l'exception du montant mentionné au présent alinéa. Ce délai commence à courir le jour où la Mutuelle Nationale Territoriale reçoit notification par le membre participant de sa volonté de se rétracter.

Les informations figurant au présent contrat sont valables jusqu'à ce qu'une modification y soit apportée par avenant.

La loi applicable aux relations précontractuelles entre le membre participant et la Mutuelle Nationale Territoriale, et au contrat collectif en cas d'adhésion, est la loi française. La langue utilisée pendant la durée d'adhésion est le français.

Les dispositions relatives à l'adhésion à distance ne s'appliquent qu'au contrat initial, et pas aux dispositions contractuelles applicables en cas de tacite reconduction.

Les informations communiquées au membre participant le sont sur un support durable, c'est-à-dire tout instrument offrant la possibilité au membre participant, à l'employeur, à la personne morale souscriptrice, ou à la Mutuelle Nationale Territoriale, de stocker des informations qui lui sont adressées personnellement afin de pouvoir s'y reporter ultérieurement pendant un laps de temps adapté aux fins auxquelles les informations sont destinées, et qui permet la reproduction à l'identique des informations conservées. À tout moment, au cours de la relation contractuelle, le membre participant a le droit, s'il en fait la demande, de recevoir les conditions contractuelles sur un support papier. En outre, le membre participant a le droit de changer les techniques de communication à distance utilisées, à moins que cela ne soit incompatible avec le contrat à distance conclu.

Les dispositions du Code de la consommation relatives notamment à une faculté de renonciation en cas de vente hors établissement ne sont pas applicables aux relations entre une mutuelle régie par le Code de la mutualité et ses adhérents.

Article 5. Délai de stage – Conditions d'adhésion

Un délai de stage de six mois est appliqué aux garanties à compter de la date d'effet de l'adhésion au contrat, dès lors que l'adhésion prend effet après les périodes d'adhésion sans condition telles que définies à l'Article 4 ci-avant.

Toute incapacité de travail ouvrant droit à un congé de maladie ou à un temps partiel pour raison thérapeutique qui survient au cours de ce délai de six mois ainsi que toute invalidité faisant suite à cette incapacité ou survenant au cours de ce délai n'ouvrent pas droit au versement des prestations prévues aux garanties indemnités journalières, invalidité et Perte de retraite du présent contrat.

Les rechutes des congés de longue maladie, de longue durée ou de grave maladie survenus au cours du délai de stage n'ouvrent pas droit au versement des prestations prévues aux garanties indemnités journalières, invalidité et Perte de retraite.

Les exemples ci-dessous concernent le cas où la convention prend effet le 1^{er} janvier de l'année N, et un agent qui souscrit après la période sans conditions donc avec délai de stage

Exemple n°1 : un agent dont l'adhésion au présent contrat prend effet au 1^{er} janvier de l'année N et qui dans les **six mois** qui suivent cette date d'effet de l'adhésion bénéficie d'un congé de maladie (congé de maladie ordinaire, congé de longue maladie ou de grave maladie) suivi d'une invalidité ne peut pas bénéficier des prestations des garanties indemnités journalières, invalidité et Perte de retraite.

Exemple n°2 : un agent dont l'adhésion au présent contrat prend effet au 1^{er} janvier de l'année N et qui bénéficie d'un congé de longue maladie à compter du 1^{er} avril de cette même année avec un passage à demi-traitement au 1^{er} avril de l'année suivante N+1 ne peut pas bénéficier des prestations indemnités journalières, ni des prestations au titre des garanties invalidité s'il est reconnu par la suite en invalidité dans le prolongement de ce congé de longue maladie.

Exemple n°3 : un agent dont l'adhésion au présent contrat prend effet au 1^{er} janvier de l'année N et qui bénéficie d'un congé de longue maladie à compter du 1^{er} mai de cette même année N, suivi d'une reprise d'activité au cours de l'année N+1, puis rechute au titre de ce congé de longue maladie ne peut pas bénéficier des prestations au titre de la garantie indemnités journalières, ni des prestations au titre des garanties invalidité s'il est reconnu par la suite en invalidité dans le prolongement de ce congé de longue maladie.

Toutefois, ce délai n'est pas appliqué en cas d'incapacité ou d'invalidité consécutive à un accident.

L'accident s'entend de toute atteinte ou lésion corporelle non intentionnelle de la part du membre participant, provenant exclusivement de l'action soudaine d'une cause extérieure.

La preuve de la relation directe de cause à effet entre l'accident et l'incapacité ou l'invalidité incombe au demandeur.

Article 6. Prise d'effet et durée des garanties

6.1 - Prise d'effet des garanties :

Les garanties prennent effet à l'égard de chaque membre participant :

- à la date d'effet du contrat souscrit par le souscripteur,
- au 1^{er} jour du mois suivant la réception du bulletin d'adhésion si le membre participant adhère postérieurement à la date d'effet du contrat et sous réserve qu'il ne soit pas en arrêt de travail pour raisons médicales à cette date.

Les garanties prennent effet à l'égard de chaque membre participant qui est en arrêt de travail, autre que CLM fractionné, CLD fractionné et CGM fractionné, pour maladie ou accident à la date d'effet du présent contrat :

- dès le 31^{ème} jour continu de reprise effective d'activité si le membre participant ne peut justifier de l'adhésion préalable auprès d'un organisme d'assurance pour des garanties équivalentes,
- ou du jour de la reprise effective d'activité, si le membre participant justifie de l'adhésion préalable auprès d'un organisme d'assurance pour des garanties équivalentes, et sous réserve que la résiliation de son ancien contrat et son adhésion au présent contrat collectif soient simultanées.

L'adhésion est souscrite à l'origine pour la période comprise entre la date de prise d'effet et le 31 décembre suivant.

Elle se renouvelle ensuite annuellement à chaque 1^{er} janvier, par tacite reconduction, sauf dénonciation par l'une ou l'autre des parties – le membre participant ou la Mutuelle Nationale Territoriale. Pour être recevable, la dénonciation doit être notifiée avant le 31 octobre précédant la date de renouvellement selon l'une des modalités stipulées à l'article 7 du présent contrat.

Afin d'adhérer aux présentes garanties, le membre participant doit retourner à la Mutuelle Nationale Territoriale le bulletin d'adhésion qui lui a été remis par cette dernière, dûment complété, daté et signé. La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts de la Mutuelle Nationale Territoriale et de celles des présentes garanties.

6.2 - Cessation des garanties :

Les garanties cessent au 31 décembre suivant leur prise d'effet. Elles se renouvellent ensuite par tacite reconduction, à chaque 1er janvier, sauf résiliation par le membre participant notifiée au moins deux mois avant cette date :

- par lettre ou tout autre support durable,
- par déclaration faite au Siège social ou auprès d'une implantation territoriale de la mutuelle,
- par acte extrajudiciaire
- par voie électronique ou par un mode de communication à distance et ce même si l'adhésion ne s'est pas faite par voie dématérialisée ou à distance.

Les garanties cessent de produire effet :

- à la date à laquelle le membre participant ne remplit plus les conditions visées à l'Article 2 du présent contrat, ou cesse d'appartenir à l'effectif du souscripteur.
- en cas de non-paiement de la cotisation,
- au 67ème anniversaire du membre participant pour les garanties Indemnités Journalières, Régime Indemnitaire Indemnités Journalières, Décès toutes causes,
- au 64ème anniversaire du membre participant pour les garanties Invalidité, et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie,
- au décès du membre participant,
- à la date d'effet de la résiliation des garanties,
- à la date d'effet de la résiliation de son adhésion par le membre participant.

En cas de résiliation du contrat collectif, l'information de cette résiliation vis-à-vis de l'ensemble des agents ayant adhéré audit contrat collectif incombe au seul souscripteur, et ce quel que soit le motif de cette résiliation.

Pathologies et situations antérieures à l'adhésion de l'agent :

Par application de l'article 3 de la loi n°89-1009 modifiée, la MNT prend en charge les suites des états pathologiques survenus antérieurement à la souscription du présent contrat collectif ou à l'adhésion à celui-ci du salarié, sous réserve des sanctions prévues en cas de fausse déclaration.

L'Assureur doit les garanties du présent contrat à l'Assuré selon les situations antérieures de celui-ci à la date d'effet de son adhésion :

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

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

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

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

Les garanties d'assurance du présent contrat sont maintenues pour l'Assuré et ses ayants-droit éventuels dans deux cas :

- Cas 1 : application des dispositions de l'article L5111-7 du code général des collectivités territoriales. Si les Assurés changent d'employeur en application d'une réorganisation, le nouvel employeur est substitué de plein droit à l'ancien pour la convention de participation et le présent contrat collectif d'assurance conclus par ce dernier avec l'Assureur. La convention et le contrat sont exécutés dans les conditions antérieures jusqu'à leur échéance, sauf accord contraire entre le nouvel employeur, l'ancien employeur et l'Assureur. Ceux-ci peuvent convenir d'une échéance de la convention du contrat, antérieures à celles stipulées, dans le but d'harmoniser le régime des participations applicables aux agents. L'Assureur est informé de la substitution de personne morale par le nouvel employeur. La substitution de personne morale à la convention et au contrat n'entraîne aucun droit à résiliation ou à indemnisation pour l'Assureur.
- Cas 2 : en cas de départ de l'Assuré de l'effectif de l'Employeur avec embauche simultanée auprès d'un autre employeur. En cas de départ de l'Assuré de l'effectif de l'Employeur, pour une cause autre qu'un départ en retraite pour lequel les garanties restent acquises, l'Assureur ne peut refuser de maintenir les garanties à l'Assuré qui en fait la demande, et sous réserve du paiement des cotisations et des sanctions prévues en cas de fausse déclaration. Le maintien des garanties par l'Assureur s'effectue sans réduction de celles-ci, ni révision des taux de cotisation. La demande de maintien des garanties doit être formulée par lettre recommandée avec accusé de réception, dans un délai maximum de deux mois à compter de la date de départ de l'Assuré.

Maintien des garanties en cas de suspension de l'activité ou du contrat de travail :

Le maintien des garanties au bénéfice des agents dont l'activité ou le contrat de travail est suspendu est prévu pour les deux situations suivantes :

La période de suspension donne lieu à une indemnisation :

- Lorsque l'activité est suspendue qu'elle qu'en soit la cause (notamment lors de la survenance d'une maladie, d'une maternité, d'un accident ou en cas d'activité partielle ou d'un congé d'adoption) et que les agents concernés sont indemnisés pendant cette période, le maintien des garanties de prévoyance reste acquis. L'indemnisation est définie comme le cas où l'agent bénéficie soit d'un maintien de la rémunération, total ou partiel, soit d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers, le bénéfice de l'ensemble des garanties est maintenu pour les agents et, le cas échéant, pour leurs ayants droit.
- La contribution de l'employeur est maintenue pendant toute la période de suspension.

La période de suspension ne donne pas lieu à une indemnisation :

- Sont visés les agents absents en raison d'une maladie, d'une maternité ou d'un accident ou pour des raisons autres que médicales (exemple : congé de proche aidant, congé de présence parentale) dont l'activité est suspendue sans aucune rémunération ou indemnisation.
- Pour ces situations, l'Employeur doit déterminer :
 - o L'absence de maintien des garanties et de la contribution employeur,
 - o ou le maintien des garanties et de la contribution de l'employeur. Si cette option est retenue, la rémunération mensuelle à prendre en compte est égale au montant moyen des rémunérations perçues au cours des douze mois précédant l'arrêt de travail ou la période de congé.

Maintien des prestations en cas de non-renouvellement ou résiliation du présent contrat :

Par application des articles 7 et 7-1 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, la résiliation ou le non-renouvellement du présent contrat ou des adhésions individuelles des Assurés sont sans effet sur :

- Le versement des prestations immédiates ou différées, acquises ou nées durant l'exécution de présent contrat, relatives aux garanties incapacité temporaire de travail, invalidité permanente, perte de retraite et décès. Le versement des prestations de toute nature se poursuit à un niveau au moins égal à celui de la dernière prestation due ou payée avant la résiliation ou le non-renouvellement, sans préjudice des révisions prévues dans le contrat. De telles révisions ne peuvent être prévues à raison de la seule résiliation ou du seul non-renouvellement,
- Les prestations à naître au titre du maintien de la garantie décès avant le terme de la période d'incapacité de travail ou d'invalidité permanente définie dans le présent contrat.

Ces engagements doivent être couverts à tout moment par l'Assureur par des provisions représentées par des actifs équivalents.

Article 7. Information des membres participants

7.1 - Notice d'information :

Une notice d'information établie par la Mutuelle Nationale Territoriale dans les conditions prévues par le Code de la mutualité définit les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de demande de prestations. Elle précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garantie, ainsi que les délais de prescription.

Cette notice d'information, ainsi que les Statuts de la Mutuelle, doivent être remis à chaque membre participant inscrit au contrat par le souscripteur.

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des membres participants, le souscripteur est tenu d'en informer chaque membre participant en lui remettant une notice établie à cet effet par la Mutuelle Nationale Territoriale, trois mois au minimum avant la date prévue de leur entrée en vigueur. Du fait de ces modifications, les membres participants peuvent, dans un délai d'un mois à compter de la remise de la notice, dénoncer leur adhésion au contrat en raison de ces modifications.

Conformément aux dispositions de l'article L.221-6 du Code de la mutualité, la preuve de la remise de la notice et des Statuts aux membres participants ainsi que des informations relatives aux modifications apportées au contrat incombe au souscripteur.

7.2 - Résiliation du contrat collectif :

Le souscripteur est tenu d'informer ses agents de la résiliation du présent contrat quelle qu'en soit la cause.

Article 8. Conditions de prise d'effet et durée du contrat

Le présent contrat prend effet selon les conditions fixées par la Convention de Participation.

Le contrat prend effet à la date indiquée aux conditions particulières et cesse en même temps que la résiliation ou le terme de la Convention de Participation.

La résiliation par l'une des parties entraîne la cessation des garanties, dans le cadre du présent contrat, à l'égard de tous les membres participants à la date d'effet de la résiliation.

Le support de résiliation peut être, au choix du souscripteur :

- par lettre ou tout autre support durable,
- par déclaration faite au Siège social ou auprès d'une implantation territoriale de la Mutuelle,
- par acte extrajudiciaire
- par voie électronique ou par un mode de communication à distance et ce même si l'adhésion ne s'est pas faite par voie dématérialisée ou à distance.

Article 9. Prescription

Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance conformément à l'article L. 221-11 du Code de la Mutualité.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance.

- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là

- Quand l'action du membre participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la Mutuelle Nationale Territoriale a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où le tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

Par dérogation aux dispositions précédentes, la prescription est portée à cinq ans en ce qui concerne l'incapacité de travail, garantie ouvrant droit au versement d'indemnités journalières au Membre participant.

La prescription est portée à dix ans pour la garantie décès lorsque le bénéficiaire n'est pas le membre participant. En tout état de cause, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès du membre participant.

Dans le cas où le bénéficiaire des prestations est mineur ou majeur protégé, ce délai ne commence à courir qu'à compter du jour où l'intéressé a atteint sa majorité, ou recouvre sa pleine capacité.

Conformément à l'article L.221-12 du Code de la mutualité, 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, ainsi que par l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception adressé, par la Mutuelle au membre participant en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant ou le bénéficiaire à la Mutuelle Nationale Territoriale en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Conformément aux dispositions des articles 2240 à 2246 du Code civil, les causes ordinaires d'interruption de la prescription mentionnées ci-dessus sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;
- la demande en justice, même en référé, et y compris dans le cas où elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque la saisine de la juridiction est annulée par l'effet d'un vice de procédure. L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance. L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande en justice ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution, ou un acte d'exécution forcée.

Article 10. Protection des données à caractère personnel - passation gestion et exécution des contrats d'assurance

Dans le cadre de ses activités, la MNT réalise différents traitements de données à caractère personnel concernant le membre participant et ses ayants-droit éventuels, en qualité de responsable de traitement.

Le traitement de ces données à caractère personnel est nécessaire afin de prendre en compte l'adhésion au contrat, d'assurer la gestion du dossier du membre participant et d'organiser la vie institutionnelle relevant des Statuts, ainsi que pour répondre à des prescriptions réglementaires parmi lesquelles :

- la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme ;
- la lutte contre la fraude ;
- les réponses aux demandes officielles des autorités publiques ou judiciaires dûment autorisées.

Le défaut de fourniture des données sollicitées aura pour conséquence de ne pas permettre l'exécution des services attendus.

Les données collectées sont conservées le temps nécessaire à l'exécution du contrat ou pour les durées prévues par la loi ou préconisées par la CNIL en matière d'assurance.

Les données sont destinées aux personnels habilités de la Mutuelle et peuvent, dans la limite des finalités ci-dessus, être transmises à des sous-traitants et partenaires contribuant à la réalisation de ces finalités.

Aux fins des intérêts légitimes de la MNT à garantir à ses adhérents des services de qualité, la MNT partage avec les organismes de rattachement des adhérents concernés des informations à caractère personnel facilitant leur identification, le calcul des cotisations mais surtout le versement des prestations. Les données sont collectées par la MNT ou l'entité de rattachement de l'adhérent, et partagées de manière sécurisée au travers d'Espaces Web tel que les Espaces Collectivités ou Adhérents. Les entités de rattachement de l'adhérent ou la MNT, selon les traitements considérés, agissent en qualité de responsables des traitements qu'elles réalisent dans le cadre de la gestion globale des services liés au contrat porté par la MNT. Les données échangées sur ces espaces web y sont conservées pendant deux (2) ans à compter de la cessation de la relation contractuelle avec la MNT ou avec l'organisme de rattachement. Les adhérents peuvent exercer leurs droits auprès du délégué à la protection des données (DPO) de la MNT pour l'ensemble des traitements qui relèvent directement des services opérés par la Mutuelle.

Dans certains cas, la Mutuelle Nationale Territoriale, pour utiliser ses données personnelles, doit requérir le consentement du membre participant. Il peut en être ainsi par exemple :

- lorsque les finalités mentionnées ci-dessus donnent lieu à une prise de décision automatisée produisant des effets juridiques le concernant ou l'affectant de manière significative. La Mutuelle Nationale Territoriale l'informerait alors de la logique sous-jacente ainsi que de l'importance et des conséquences prévues de ce traitement ;
- s'il est procédé à un traitement à des fins autres que celles décrites ci-avant. La Mutuelle Nationale Territoriale informera alors le membre participant et, si nécessaire, lui demandera son consentement.

Lorsque le consentement a été donné, celui-ci peut être retiré à tout moment. Ce retrait ne compromet pas la licéité du traitement fondé sur le consentement effectué avant ce retrait.

Dès lors que le membre participant retire son consentement au traitement de données nécessaires à la prestation de service, il ne peut plus alors bénéficier de cette prestation.

Conformément aux dispositions de la réglementation relative à la protection des données à caractère personnel et notamment du Règlement européen général sur la protection des données du 27 avril 2016 et de la Loi dite « Informatique et Libertés » modifiée du 6 janvier 1978, le membre participant dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, et de portabilité de ses données, ainsi que, pour des motifs légitimes, d'un droit d'opposition et de limitation du traitement des données le concernant. Il dispose également du droit de décider du sort de ses données après son décès.

Sans opposition de sa part, les données personnelles du membre participant pourront être utilisées pour des actions commerciales et pour l'envoi d'information sur les produits et services proposés par la Mutuelle Nationale Territoriale.

Pour l'exercice de ces droits, le membre participant peut envoyer une demande, en fournissant un justificatif d'identité comportant sa signature, par courrier postal ou par courriel, à l'adresse du Délégué à la Protection des Données (ou Data Protection Officer - DPO) de la Mutuelle Nationale Territoriale : 4, rue d'Athènes – 75009 Paris ou dpo@mnt.fr.

Le membre participant peut également introduire une réclamation relative à la protection des données auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL), sise 3, place de Fontenoy – TSA 80715 – 75 334 Paris Cedex 07, par courrier postal, en ligne en utilisant le formulaire disponible à l'adresse <https://www.cnil.fr/fr/plaintes> ou par téléphone au +33 (0)1 53 73 22 22.

Le membre participant peut enfin, à tout moment, s'inscrire en ligne sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique Bloctel, à l'adresse <https://www.bloctel.gouv.fr/>.

Article 11. Réclamation

Pour toute réclamation liée à l'application du présent contrat, l'adhérent peut s'adresser à son interlocuteur habituel ou au service à l'origine du désaccord entre lui et la Mutuelle Nationale Territoriale.

En cas de désaccord sur la réponse donnée, l'adhérent peut saisir le Service réclamation - 42/44 Rue du Général de Larminat - TSA 20015-33044 BORDEAUX CEDEX. Un accusé de réception sera délivré à l'adhérent dans un délai maximum de dix jours ouvrables suivant l'envoi de sa réclamation. La réponse définitive à sa réclamation lui sera apportée dans un délai de deux mois au plus.

Dans tous les cas, quel que soit l'interlocuteur ou le service auprès duquel l'adhérent a formulé sa réclamation et qu'il y ait été ou non répondu, l'adhérent peut saisir le Médiateur de la Mutualité Française deux mois après l'envoi d'une première réclamation écrite :

- soit par courrier à l'adresse suivante : Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française - FNMF - 255 rue de Vaugirard - 75719 PARIS CEDEX 15.
- soit en ligne à l'adresse suivante : www.mediateur-mutualite.fr.

Conformément aux dispositions de l'article 2238 du Code civil, la prescription est suspendue à compter du jour où, après la survenance d'un litige, les parties conviennent de recourir à la médiation ou à la conciliation ou, à défaut d'accord écrit, à compter du jour de la première réunion de médiation ou de conciliation. La prescription est également suspendue à compter de la conclusion d'une convention de procédure participative. Une convention de procédure participative est une voie de négociation susceptible d'intervenir en cas de conflit, avant ou après la saisine d'un juge. Une telle convention est conclue pour une durée déterminée et est régie par les articles 2062 et suivants du Code civil.

La prescription est également suspendue à compter de l'accord du débiteur constaté par huissier de justice pour participer à la procédure prévue à l'article L. 125-1 du code des procédures civiles d'exécution, procédure simplifiée applicable pour le recouvrement des créances dont le montant en principal et intérêts n'excède pas la somme mentionnée à l'article R. 125-1 du Code des procédures civiles d'exécution.

Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux, soit le médiateur ou le conciliateur déclarent que la médiation ou la conciliation est terminée. En cas de convention de procédure participative, le délai de prescription recommence à courir à compter du terme de la convention, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois. En cas d'échec de la procédure prévue au même article, le délai de prescription recommence à courir à compter de la date du refus du débiteur, constaté par l'huissier, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois.

Article 12. Clause d'attribution de compétence

La juridiction judiciaire est seule compétente pour connaître des litiges susceptibles de survenir lors de l'exécution du présent contrat.

TITRE II - RISQUES EXCLUS

Article 13. Exclusions

13.1 - Exclusions communes à toutes les garanties y compris le Décès :

LA MUTUELLE NATIONALE TERRITORIALE NE PREND PAS EN CHARGE LES RISQUES RESULTANT :

- A. de guerres civiles ou étrangères et d'émeutes, sauf si les conditions sont fixées par la législation à intervenir sur les assurances sur la vie en temps de guerre,
- B. dus aux effets directs ou indirects d'explosion, de chaleur ou de radiation provenant d'une transmission du noyau de l'atome, comme la fission, la fusion, la radioactivité ou du fait de radiation provoqués par l'accélération des particules atomiques,
- C. de la manipulation volontaire d'engins de guerre ou d'explosifs dont la détention est interdite.

13.2 - Exclusions spécifiques aux garanties Décès :

LA MUTUELLE NATIONALE TERRITORIALE NE PREND PAS EN CHARGE LES RISQUES RESULTANT :

- A. du suicide dans la première année d'assurance ; en cas d'augmentation des garanties en cours de contrat, le risque de suicide, pour les garanties supplémentaires, est couvert à compter de la deuxième année qui suit cette augmentation ;
- B. du meurtre ou complicité de meurtre commis par un ou plusieurs bénéficiaires sur la personne du membre participant, dès lors que ce(s) bénéficiaire(s) a(ont) été condamné(s).

TITRE III - GARANTIES

CHAPITRE 1 - DISPOSITIONS COMMUNES

Article 14. Subrogation de la Mutuelle

Conformément à l'article L. 224-9 du Code de la mutualité, pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire telles que définies par le Code de la mutualité, la Mutuelle Nationale Territoriale est subrogée jusqu'à concurrence des prestations versées dans les droits et actions des membres participants, des bénéficiaires ou ayants droit contre les tiers responsables.

Article 15. Modalités d'application dans le temps des garanties du présent contrat

L'indemnisation de la Mutuelle s'effectue selon les dispositions en vigueur du présent contrat à la date de l'arrêt de travail du membre participant.

CHAPITRE 2 - BASE DE CALCUL DES PRESTATIONS

Article 16. Définition du traitement, des primes et indemnités

16.1 - Pour le calcul des garanties Indemnités Journalières et Invalidité :

Pour les agents fonctionnaires et contractuels de droit public Le revenu est composé comme suit :

- Du traitement indiciaire (TI), y compris le complément de traitement Indiciaire (CTI) et l'indemnité compensatrice de la CSG et l'abattement de la mesure dite du « transfert primes/points » (décret n° 2016-588 du 11 mai 2016),
- De la nouvelle bonification indiciaire (NBI),
- Du régime indemnitaire (RI), à l'exception des primes et indemnités suivantes :
 - Les primes et indemnités qui ont le caractère de remboursement de frais,
 - Les primes et indemnités liées à l'organisation du travail,
 - Les avantages en nature,
 - Les indemnités d'enseignement ou de jury et autres indemnités non directement liées à l'emploi,
 - La part ou l'intégralité des primes et indemnités dont la modulation est fonction des résultats et de la manière de servir, notamment le complément indemnitaire annuel (CIA),

- Les versements exceptionnels ou occasionnels de primes et indemnités correspondant à un fait générateur unique,
- La prise en charge partielle du prix des titres d'abonnement correspondant aux déplacements effectués par les agents publics entre leur résidence habituelle et leur lieu de travail.

Pour les agents contractuels de droit privé :

- Du revenu brut soumis à cotisations des organismes de Sécurité sociale et des prélèvements sociaux.

Les heures supplémentaires sont exclues de la base des garanties.

16.2 - Pour le calcul de la garantie Décès/PTIA :

Les prestations sont exprimées en pourcentage :

- du traitement de référence correspondant au traitement indiciaire brut fixe, y compris le Complément au traitement indiciaire (CTI) plus, la Nouvelle Bonification Indiciaire (NBI) brute-nette ayant donné lieu au paiement de la cotisation au titre des présentes garanties.
- des primes et indemnités mensuelles brutes-nettes ayant donné lieu au paiement de la cotisation et perçu par le membre participant),

L'indemnité compensatrice de la CSG est assimilée au traitement indiciaire ou au salaire.

16.3 - Pour le calcul de la Perte de retraite :

La prestation est exprimée en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) de l'année de calcul par année d'invalidité constatée entre la date de reconnaissance de l'invalidité et le 64ème anniversaire de l'agent.

CHAPITRE 3 - GARANTIE INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

Article 17. Définition de la garantie

La garantie incapacité temporaire de travail a pour objet le versement d'indemnités journalières par l'Assureur aux Assurés qui :

- Se trouvent momentanément dans l'impossibilité médicalement constatée d'exercer leur activité professionnelle par la suite d'une maladie ou d'un accident de la vie privée, ou en cas d'aménagement du temps de travail, se trouvent en temps partiel thérapeutique. La garantie est étendue aux conséquences d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle pour les Assurés affiliés à l'IRCANTEC,
- Et perçoivent un demi-traitement, ou une indemnité de coordination, versés par leur Employeur et/ou des indemnités journalières de la Sécurité sociale.

La garantie est délivrée par l'Assureur sans remise en cause par celui-ci des décisions de l'Employeur au regard de la situation de l'Assuré, ni de décision préalable de son médecin conseil.

Article 18. Montant de la prestation

Le montant de la prestation telle que définie au présent article est net de tous prélèvements obligatoires (notamment la CSG et la CRDS) dus par l'adhérent. Le produit des prélèvements sociaux est calculé en sus et versé par la MNT à l'URSAFF.

18.1 - Pour les fonctionnaires et contractuels :

Les indemnités journalières sont calculées et versées à hauteur de 90 % du traitement de référence que le membre participant aurait perçu s'il n'avait pas cessé son activité, **déduction faite des sommes perçues au cours de ce même mois (demi-traitement, indemnités journalières de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme).**

Sont prises en considération dans le calcul des prestations, les primes et indemnités mensuelles incluses dans l'assiette des cotisations. **En tout état de cause, la Mutuelle Nationale Territoriale limite son intervention à hauteur de 90 % du montant de ces primes et indemnités nettes, sous déduction éventuelle des primes et indemnités versées par la collectivité et ce, à l'issue des périodes de franchise, définies à l'Article 19 du présent contrat et ce à compter du 1^{er} jour d'arrêt.**

18.2 - Pour les agents en temps partiel thérapeutique :

- o Pour les fonctionnaires CNRACL :

Sont prises en considération, dans le calcul des prestations les primes et indemnités mensuelles incluses dans l'assiette des cotisations. **En tout état de cause, la Mutuelle Nationale Territoriale limite son intervention à hauteur de 90 % du montant de ces primes et indemnités nettes, sous déduction éventuelle des primes et indemnités versées par le souscripteur, et ce, à compter du 1^{er} jour de temps partiel thérapeutique.**

- o Pour les agents relevant du régime général de la Sécurité Sociale :

Les indemnités journalières sont calculées et versées à hauteur de **90 %** du traitement de référence que le membre participant aurait perçu s'il n'avait pas cessé son activité, **déduction faite des sommes perçues au cours de ce même mois (traitement perçu au titre du temps partiel thérapeutique et indemnités journalières de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme)**.

Sont prises en considération, dans le calcul des prestations les primes et indemnités mensuelles incluses dans l'assiette des cotisations. **En tout état de cause, la Mutuelle Nationale Territoriale limite son intervention à hauteur de 90 % du montant de ces primes et indemnités nettes, sous déduction éventuelle des primes et indemnités versées par le souscripteur.**

18.3 - Pour les agents ayant un horaire variable (horaires) :

Les indemnités journalières sont calculées sur la base de 90 % du traitement moyen de référence **déduction faite des sommes perçues (Indemnités Journalières de la Sécurité sociale)**. Le traitement moyen de référence est égal au montant net de la moyenne des 12 derniers mois de traitement ayant donné lieu à cotisation. **En tout état de cause, la Mutuelle Nationale Territoriale limite son intervention à 40% du traitement moyen de référence.**

18.4 - Règle de cumul :

Le montant mensuel des indemnités journalières versées au titre de la présente garantie augmenté des prestations versées par l'employeur, par la Sécurité Sociale ou de toute autre somme ou indemnité quelle qu'en soit la nature juridique versée par quelque organisme que ce soit, ne peut excéder 90 % du traitement de référence plus, 90 % du montant des primes et indemnités nettes mensuelles incluses dans l'assiette des cotisations que le membre participant aurait perçu s'il avait continué d'exercer son activité.

En cas de dépassement de cette limite, les indemnités versées par la Mutuelle Nationale Territoriale sont réduites à due concurrence de ce montant.

Article 19. Point de départ du versement des indemnités journalières – Périodes de franchise

La prestation de la Mutuelle Nationale Territoriale est servie à compter des franchises suivantes.

19.1 - Pour les fonctionnaires CNRACL :

- en cas de maladie ordinaire, à partir du 91^e jour d'arrêt de travail continu ou discontinu,
- en cas de congé de longue maladie, à partir du début de la 2^e année,
- en cas de congé de longue durée, à partir du début de la 4^e année,
- en cas de maintien du demi-traitement dans l'attente d'une décision de reprise de service, de reclassement, de mise en disponibilité ou d'admission à la retraite selon les dispositions des articles 17 et 37 du décret n°87-602 du 30 juillet 1987,
- en cas de mise en disponibilité d'office (DO) pour raison de santé prévue à l'article 19 du décret n°86-68 du 13 janvier 1986, avec versement des indemnités journalières de coordination (article 4 du décret n° 60-58 du 11 janvier 1960) ou versement de l'AIT (article 6 du décret n° 60-58 du 11 janvier 1960), y compris la période d'instruction de la demande.

19.2 - Pour les fonctionnaires IRCANTEC :

- en cas de maladie ordinaire, à partir du 91^e jour d'arrêt de travail continu ou discontinu,
- en cas de congé de grave maladie, à partir du début de la 2^e année.
- en cas de maintien du demi-traitement dans l'attente d'une décision de reprise de service, de reclassement, de mise en disponibilité ou d'admission à la retraite selon les dispositions des articles 17 et 37 du décret n°87-602 du 30 juillet 1987,
- en cas de mise en disponibilité d'office (DO) pour raison de santé prévue à l'article 19 du décret n°86-68 du 13 janvier 1986, avec versement des indemnités journalières de coordination (article 4 du décret n° 60-58 du 11 janvier 1960) ou versement de l'AIT (article 6 du décret n° 60-58 du 11 janvier 1960), y compris la période d'instruction de la demande.

19.3 - Pour les contractuels de droit public ou de droit privé :

- en cas de Maladie Ordinaire :

à partir du 4^{ème} jour d'arrêt de travail continu ou discontinu.

- en cas de congé de grave maladie pour les agents ayant une ancienneté égale ou supérieure à 3 ans :

à partir du 4 jour d'arrêt de travail continu ou discontinu.

19.4 - Pour les agents à temps non complet et les agents contractuels de droit public ou de droit privé ne percevant pas de plein traitement de la part de leur employeur et relevant du régime général de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail pour maladie ou accident :

à partir du 4^{ème} jour d'arrêt de travail continu ou discontinu.

Article 20. Durée du service des indemnités journalières

Pour tous les membres participants, la durée du service de la prestation versée par la Mutuelle Nationale Territoriale ne peut pas excéder plus de 1 095 jours continus.

Article 21. Terme du versement des indemnités journalières

Le service des indemnités journalières prend fin à dater :

- soit du jour de la reprise d'activité,

- soit de la fin de l'indemnisation par l'employeur au titre du statut de la Fonction Publique Territoriale ou par 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 du membre participant,
- soit de l'expiration de la durée de 1095 jours visée à l'Article 20 du présent contrat,
- soit de la date de la liquidation de la pension de retraite par le régime de base du membre participant,
- soit au plus tard au jour du 67^{ème} anniversaire du membre participant,
- soit du décès du membre participant.

Article 22. Maintien des prestations

En cas de résiliation du présent contrat, le service des prestations est maintenu au niveau atteint à la date d'effet de la résiliation, jusqu'au terme prévu à l'Article 21 du présent contrat.

CHAPITRE 4 - GARANTIE INVALIDITÉ

Article 23. Définition de la garantie

La garantie invalidité a pour objet de servir une rente aux membres participants **âgés de moins de 64 ans** et qui se trouvent dans l'impossibilité médicalement constatée d'exercer une activité professionnelle par suite de maladie ou d'accident de la vie privée, ou de maladie professionnelle ou d'accident du travail et :

Pour les agents affiliés à la CNRACL :

- qui sont mis à la retraite pour invalidité ;

Pour les agents affiliés au régime général de la Sécurité sociale :

- qui justifient d'un taux d'invalidité d'au moins 2/3 avec un classement en 2^e ou 3^e catégorie au sens de l'article L.341-4, 2^e et 3^e du Code de la Sécurité sociale ;
- ou qui justifient d'un taux d'incapacité au moins égal à 66% en cas de maladie professionnelle ou d'accident du travail.

La garantie est acquise sans avis du médecin conseil de la MNT, ce dernier respectant les dispositions de la notification de la CNRACL ou de la Sécurité sociale selon les situations des Assurés.

Article 24. Détermination du montant de la rente et service de la rente

Le montant de la prestation telle que définie au présent article est net de tous prélèvements obligatoires (notamment la CSG et la CRDS) dus par l'adhérent. Le produit des prélèvements sociaux est calculé en sus et versé par la MNT à l'URSAFF.

24.1 - Montant de la rente pour les agents affiliés à la CNRACL ayant un pourcentage d'invalidité retenu par la CNRACL supérieur ou égal à 50 % et pour les agents affiliés au régime général de la Sécurité sociale qui justifient d'un taux d'invalidité d'au moins 2/3 avec un classement en 2^e ou 3^e catégorie ou d'un taux d'incapacité au moins égal à 66 % :

Le montant de la rente mensuelle est calculé sur la base de 90 % du traitement de référence 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 (pension d'invalidité CNRACL, pension ou rente d'invalidité ou d'incapacité de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme).**

24.2 - Indemnisation des primes et indemnités mensuelles :

Sont prises en considération dans le calcul de la rente, les primes et indemnités nettes mensuelles incluses dans l'assiette des cotisations. **En tout état de cause, la Mutuelle Nationale Territoriale limite son intervention à hauteur de 90% du montant de ces primes et indemnités nettes.**

24.3 - Règle de cumul :

Le montant de la rente versée au titre de la présente garantie augmenté des prestations versées par la CNRACL, la sécurité sociale ou de toute autre somme ou indemnité quelle qu'en soit la nature juridique versée par quelque organisme que ce soit, ne peut excéder 90 % du traitement de référence plus, 90 % du montant des primes et indemnités nettes mensuelles pris en compte au jour de la prise en charge par la Mutuelle Nationale Territoriale au titre de la présente garantie revalorisé sur la base de l'évolution de l'indice 100 majoré de la Fonction publique.

En cas de dépassement de cette limite, la rente versée par la Mutuelle Nationale Territoriale est réduite à due concurrence de ce montant.

24.4 - Montant de la rente pour les agents affiliés à la CNRACL ayant un pourcentage d'invalidité retenu par la CNRACL inférieur à 50% :

Si le pourcentage d'invalidité retenu par la CNRACL est inférieur à 50 %, le montant de la rente versée par la Mutuelle Nationale Territoriale tel que défini aux articles 24.1 - à 24.3 - est minoré selon la formule de calcul suivante :

$$M = R \times I / 50 \%$$

Avec

- **M :** Montant de la rente versée
- **R :** Montant de la rente pour un pourcentage d'invalidité retenu par la CNRACL d'au moins 50 % (tel que défini aux articles 24.1 - à 24.3 -)
- **I :** pourcentage d'invalidité retenu par la CNRACL (inférieur à 50 %)

Exemple : Pour une rente mensuelle de la Mutuelle Nationale Territoriale dont le montant calculé est de 500 euros pour un pourcentage d'invalidité retenu par la CNRACL supérieur ou égal à 50 %, le montant de cette rente pour un pourcentage d'invalidité retenu par la CNRACL de 40 % est égal à :

$500 \times 40 \% / 50 \% = 400$ euros.

24.5 - Revalorisation :

L'Assemblée générale de la Mutuelle Nationale Territoriale définit le taux de revalorisation de la rente au 1^{er} juillet de chaque année en fonction des résultats annuels des garanties invalidité assurées par la Mutuelle Nationale Territoriale. **La revalorisation s'effectue dans la limite de l'évolution de l'indice 100 majoré de la Fonction Publique constatée au cours des 12 derniers mois.**

24.6 - Service de la rente :

La rente est servie mensuellement et à terme échu.

Article 25. Point de départ du versement de la rente

Pour les agents affiliés à la CNRACL :

- la date de la mise à la retraite pour invalidité.

Pour les agents affiliés au régime général de la Sécurité sociale :

- la date d'attribution de la pension d'invalidité de la Sécurité sociale de 2^e ou 3^e catégorie,
- ou la date d'attribution de la rente d'incapacité pour un taux au moins égal à 66 % en cas de maladie professionnelle ou d'accident du travail.

Article 26. Terme du versement de la rente

Le versement de la rente cesse dès :

- la reprise de toute activité professionnelle, même partielle, du membre participant,
- le 64^{ème} anniversaire du membre participant,
- le décès du membre participant.

Article 27. Maintien des prestations

En cas de résiliation du présent contrat, le service des prestations est maintenu au niveau atteint à la date d'effet de la résiliation, jusqu'au terme prévu à l'Article 26 du présent contrat.

CHAPITRE 5 - GARANTIE DECES OU PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (si souscrite par le membre participant)

Article 28. Définition de la garantie Décès - PTIA toutes causes

La garantie a pour objet de :

- Garantir en cas de décès des membres participants **âgés de moins de 67 ans**, le versement d'un capital égal à 100 % du traitement de référence annuel plus, 100 % du montant des primes et indemnités à périodicité mensuelle perçues sur les 12 derniers mois, au profit d'un ou plusieurs bénéficiaires tels que définis à l'Article 30 ci-après.
- Garantir en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie des membres participants **âgés de moins de 64 ans**, le versement par anticipation du capital prévu en cas de décès au profit du bénéficiaire tel que défini à l'Article 31 ci-après.

Par perte totale et irréversible d'autonomie, il faut entendre :

- Soit l'invalidité de 3^{ème} catégorie définie à l'article L. 341-4, 3^{ème} du Code de la Sécurité Sociale et indemnisée comme telle par la Sécurité Sociale,
- Soit les invalides qui étant absolument incapables d'exercer une profession quelconque, sont en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

La garantie est acquise sans avis du médecin conseil de la MNT ou de tout autre tiers au présent contrat.

Article 29. Clause de renonciation

Tout membre participant ayant adhéré à la **garantie Décès** a la faculté de renoncer à son adhésion par notification effectuée à la Mutuelle Nationale Territoriale par lettre ou tout autre support durable adressé à la Mutuelle Nationale Territoriale, par déclaration faite au Siège social ou dans une implantation territoriale de la Mutuelle, par acte extrajudiciaire, par voie électronique pendant un délai de trente jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé que son adhésion a pris effet. Ce délai expire le dernier jour à vingt-quatre heures. S'il expire un samedi ou un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est par prorogé.

L'exercice de cette faculté de renonciation selon l'un des moyens indiqués ci-avant peut s'effectuer en indiquant : « je soussigné (nom et prénom du membre participant), demeurant (adresse complète), déclare renoncer à mon adhésion au contrat collectif (mentionner ici la dénomination du contrat collectif) et entends recevoir dans un délai maximum de 30 jours la restitution intégrale des sommes versées. (date et signature) ».

La renonciation entraîne la restitution, par la Mutuelle Nationale Territoriale, de l'intégralité des sommes versées par le membre participant dans un délai maximum de 30 jours calendaires révolus à compter de la réception de la notification mentionnée ci-dessus. Au-delà de ce délai, les sommes non restituées produisent de plein droit intérêt au taux légal majoré de moitié durant deux mois, puis à l'expiration de ce délai de deux mois, au double du taux légal.

Article 30. Bénéficiaires des prestations en cas de Décès

Les bénéficiaires des capitaux sont la ou les personnes ayant fait l'objet d'une désignation écrite et formelle de la part du membre participant auprès de la Mutuelle Nationale Territoriale.

En cas de pluralité de bénéficiaires de même rang et de prédécès de l'un ou de plusieurs d'entre eux, la part du capital lui (leur) revenant est répartie entre les autres bénéficiaires au prorata de leur part respective.

En l'absence de désignation expresse ou en cas de prédécès de tous les bénéficiaires désignés, le capital est attribué suivant l'ordre de priorité ci-après :

- 1 - au conjoint survivant du membre participant non séparé de corps par un jugement définitif passé en force de chose jugée ;
- 2 - à défaut à la personne liée au membre participant par un pacte civil de solidarité ;
- 3 - à défaut aux enfants du membre participant nés ou à naître ;
- 4 - à défaut aux ascendants du membre participant ;
- 5 - à défaut aux héritiers du membre participant.

Si le souscripteur n'est ni marié, ni pacsé mais qu'il souhaite désigner son concubin, alors il est préférable d'utiliser le formulaire de désignation de bénéficiaire libre pour désigner nommément son concubin, formulaire dont le modèle figure en annexe du bulletin d'adhésion. Pour toute désignation particulière de bénéficiaire(s), le membre participant peut se référer au formulaire de désignation joint en annexe du bulletin d'adhésion. La désignation d'un ou plusieurs bénéficiaires de la prestation peut également être effectuée par acte sous seing privé, au moyen d'un simple courrier du membre participant daté et signé, ou par acte authentique. En l'absence de désignation d'un bénéficiaire ou à défaut d'acceptation par le bénéficiaire, le membre participant dispose à tout moment du droit de désigner un bénéficiaire ou de substituer un bénéficiaire à un autre.

Cette désignation ou cette substitution peut être réalisée soit par la modification du formulaire de désignation joint en annexe du bulletin d'adhésion, soit en remplissant les formalités édictées par l'article 1690 du code civil, soit par voie testamentaire.

L'acceptation par un bénéficiaire, dans les conditions prévues ci-dessous, rend irrévocable sa désignation, sauf exceptions légales. La révocation de la désignation acceptée nécessite que le bénéficiaire acceptant y consente expressément. Pour être valable, l'acceptation par un bénéficiaire de la désignation effectuée par le membre participant doit être effectuée sous la forme d'un avenant signé de la Mutuelle, du membre participant et du bénéficiaire. Elle peut également être faite par acte authentique ou sous seing privé, signé du membre participant et du bénéficiaire. Elle n'a alors de valeur à l'égard de la Mutuelle que si elle lui a été notifiée par écrit. Lorsque la désignation du bénéficiaire est faite à titre gratuit, l'acceptation ne peut intervenir que trente jours au moins à compter du moment où le membre participant est informé que l'adhésion a pris effet. Après le décès du membre participant, l'acceptation est libre.

Toute révocation légalement prévue, entraînera le retour à la clause bénéficiaire par défaut prévue au présent article.

Article 31. Bénéficiaire des prestations en cas de Perte totale et irréversible d'autonomie

En cas de Perte totale et irréversible d'autonomie, le bénéficiaire des capitaux n'est autre que le membre participant lui-même.

Le versement du capital en cas de Perte totale et irréversible d'autonomie libère définitivement la Mutuelle Nationale Territoriale de toute obligation lors du décès ultérieur du membre participant.

Article 32. Maintien des garanties Décès

Les membres participants percevant des prestations incapacité de travail ou invalidité ou perte de retraite bénéficient du maintien des garanties décès si elles sont souscrites, y compris en cas de résiliation de la convention **et ce jusqu'à la cessation des garanties Décès tel que mentionné à l'article 6.2.**

Article 33. Obligations de la Mutuelle concernant les garanties décès

33.1 - Information sur le terme du présent contrat

La Mutuelle adresse au membre participant un mois avant la date du terme de son adhésion au présent contrat un relevé d'information spécifique mentionnant en caractères très apparents la date du terme de l'adhésion au présent contrat, de sa prorogation tacite et le montant des capitaux garantis.

Ce relevé d'information spécifique est également adressé au membre participant avant chaque date de reconduction tacite, dans les conditions prévues à l'alinéa précédent.

Si le membre participant ne s'est pas manifesté depuis le terme de son adhésion au présent contrat, le relevé d'information spécifique lui est à nouveau adressé un an après le terme de son adhésion au présent contrat.

33.2 - Information sur les délais de versement des capitaux décès

La Mutuelle dispose d'un délai de quinze jours, après réception de l'avis de décès et de sa prise de connaissance des coordonnées du bénéficiaire, afin de demander au bénéficiaire du capital de lui fournir l'ensemble des pièces nécessaires au paiement.

A réception de ces pièces, la Mutuelle verse, dans un délai qui ne peut excéder un mois, le capital garanti au bénéficiaire.

Au-delà du délai de quinze jours mentionné au premier alinéa, le capital produit de plein droit intérêt au double du taux légal durant un mois puis, à l'expiration de ce délai d'un mois, au triple du taux légal.

Au-delà du délai d'un mois prévu au deuxième alinéa, le capital non versé produit de plein droit intérêt au double du taux légal durant deux mois puis, à l'expiration de ce délai de deux mois, au triple du taux légal.

La période au cours de laquelle le capital a, le cas échéant, produit intérêt en application du troisième alinéa du présent article s'impute sur le calcul de ce délai de deux mois. Si, au-delà du délai de quinze jours mentionné au premier alinéa, la Mutuelle a omis de demander au bénéficiaire l'une des pièces nécessaires au paiement, cette omission n'est pas suspensive du délai de versement mentionné au présent article.

33.3 - Revalorisation des capitaux décès et plafonnement des frais prélevés après la connaissance du décès

Les frais prélevés par la Mutuelle après la date de connaissance du décès du membre participant ne peuvent être supérieurs aux frais qui auraient été prélevés si le décès n'était pas survenu. Par ailleurs, la Mutuelle ne peut prélever de frais au titre de l'accomplissement de ses obligations de recherche et d'information.

Le capital en euros garanti en cas de décès produit de plein droit intérêt dès la date du décès du membre participant, et ce jusqu'à la réception des pièces mentionnées à l'Article ci-dessus ou, le cas échéant, jusqu'au dépôt de ce capital à la Caisse des dépôts et consignations en application de l'Article ci-dessous.

A compter de la date de connaissance du décès du membre participant par la Mutuelle, le capital en euros garanti en cas de décès produit de plein droit intérêt, net de frais, pour chaque année civile, au minimum à un taux égal au moins élevé des deux taux suivants :

- a) La moyenne sur les douze derniers mois du taux moyen des emprunts de l'Etat français, calculée au 1er novembre de l'année précédente ;
- b) Le dernier taux moyen des emprunts de l'Etat français disponible au 1er novembre de l'année précédente.

33.4 - Transfert à la Caisse des dépôts et Consignations des capitaux décès non réclamés

Les sommes dues au titre du présent contrat qui ne font pas l'objet d'une demande de versement du capital sont déposées à la Caisse des dépôts et consignations à l'issue d'un délai de dix ans à compter de la date de la prise de connaissance par la Mutuelle du décès du membre participant ou de l'échéance de l'adhésion au présent contrat. Le dépôt intervient dans le mois suivant l'expiration de ce délai. Les sommes dues en application du présent contrat ne font pas l'objet de ce dépôt lorsque le décès du membre participant est intervenu antérieurement au 1er janvier 2015.

Six mois avant le dépôt à la Caisse des dépôts et consignations, la Mutuelle informe, par courrier recommandé et par tout autre moyen à sa disposition, les titulaires et souscripteurs, leurs représentants légaux, leurs ayants droit ou les bénéficiaires des clauses du présent contrat dont les capitaux font l'objet des dispositions prévues ci-dessus de la mise en œuvre de ces dispositions.

La Caisse des dépôts et consignations organise la publicité appropriée de l'identité des membres participants ayant adhéré au présent contrat, dont les sommes garanties ont fait l'objet du dépôt mentionné au présent article, afin de permettre aux bénéficiaires des contrats de percevoir les sommes qui leur sont dues. Ces derniers communiquent à la Caisse des dépôts et consignations les informations permettant de vérifier leur identité et de déterminer le montant des sommes qui leur sont dues.

Les sommes déposées à la Caisse des dépôts et consignations en application du présent article et qui n'ont pas été réclamées par leurs bénéficiaires sont acquises à l'Etat à l'issue d'un délai de vingt ans à compter de la date de leur dépôt à la Caisse des dépôts et consignations.

CHAPITRE 6 - GARANTIE PERTE DE RETRAITE (si souscrite par le membre participant)

Article 34. Définition de la garantie

La garantie Perte de retraite a pour objet de servir un capital au membre participant de la Mutuelle Nationale Territoriale en cas de perte de retraite consécutive à une invalidité survenue **avant 64 ans**. L'invalidité s'entend telle qu'elle est définie à l'article 23 du présent contrat.

Article 35. Point de départ du versement du capital

Le capital est versé au 64^{ème} anniversaire de l'agent.

Article 36. Montant et service du capital

Le montant du capital est égal à 50% du PMSS (Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale de l'année de calcul) par année d'invalidité constatée entre la date de reconnaissance de l'invalidité et le 64^{ème} anniversaire de l'agent.

En cas d'année d'invalidité incomplète, ce nombre est proratisé en fonction du nombre de mois d'invalidité sur 12 mois.

En cas de décès du membre participant avant son 64^e anniversaire, le capital n'est pas versé.

CHAPITRE 13 - FONDS D'ACTION SOCIALE

Les membres participants en situation de handicap ou en situation de dépendance peuvent bénéficier du service des aides exceptionnelles pour le financement d'un aménagement de domicile, de véhicule ou d'appareillage lié au handicap. De plus, des aides exceptionnelles peuvent être octroyées suite à des catastrophes naturelles.

CHAPITRE 14 - GARANTIES ASSISTANCE

Article 37. Garantie

Les membres participants sont obligatoirement affiliés au présent contrat d'assistance à domicile souscrit par la M.N.T. auprès de Ressources Mutuelles Assistance (RMA).

En qualité de souscripteur du présent contrat, la Mutuelle remet à chaque membre participant la notice d'information relative à celui-ci établie par RMA.

Conformément au mandat qui lui est donné par RMA, la M.N.T. encaisse auprès de ses membres participants la part de cotisation relative à cette garantie et la reverse à RMA.

RMA est seule responsable des garanties délivrées au titre de ce contrat.

Article 38. Prise d'effet de la garantie

Les garanties entrent en vigueur pour le membre participant à compter de sa date d'adhésion.

Elles jouent pour un fait générateur survenu à compter de la date d'adhésion.

Article 39. Cessation de la garantie

La garantie cesse de produire ses effets :

- à la date du départ à la retraite du membre participant,
- au décès du membre participant,
- à la date d'effet de la résiliation de son adhésion par le membre participant ou de non-paiement de la cotisation.

TITRE IV - CONDITIONS D'ATTRIBUTION ET SERVICES DES PRESTATIONS

Article 40. Garanties Indemnités Journalières

40.1 - Obligations du membre participant :

Pour faire valoir ses droits le membre participant doit remplir et adresser à la Mutuelle Nationale Territoriale un formulaire de demande de prestations dûment complété, daté et signé par son employeur, accompagné des pièces nécessaires, indiquées ci-dessous, au calcul des prestations.

Le membre participant s'engage, lors de l'ouverture de ses droits à prestations, à rembourser toutes 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.

40.2 - Pièces à fournir :

- les 3 derniers bulletins de salaire,
- l'attestation de la prise en charge à demi-traitement au titre du statut de la Fonction Publique Territoriale ou les décomptes de la Sécurité sociale,
- une attestation de l'employeur indiquant les périodes d'arrêt de travail au cours des 365 jours précédant l'arrêt au titre duquel la prestation est demandée,
- le questionnaire médical de demande de prestations selon le modèle fourni par la Mutuelle Nationale Territoriale,
- le cas échéant, la copie de l'avis du Conseil Médical formation plénière, ou de l'arrêté municipal relatif au congé de maladie, ou de la Conseil Médical formation restreinte,
- pour les non-titulaires, une attestation de l'employeur précisant la date d'embauche du membre participant,
- un Relevé d'Identité Bancaire, Postal ou de Caisse d'Epargne (RIB, RIP, RICE) du (des) bénéficiaire(s),
- le montant total de la cotisation (Agent + employeur) (en €),
- le montant de la participation de l'employeur (en €) ou le taux de participation (en %) (rapport entre le montant de la participation et le montant total de la cotisation).

40.3 - Service des prestations :

Une fois les droits du membre participant 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 Nationale Territoriale. Les prestations sont versées mensuellement à terme échu.

A compter de la réception de l'ensemble des pièces du dossier et sauf en cas de force majeure, les prestations sont versées dans un délai maximum de 20 jours.

Article 41. Garantie Invalidité

41.1 - Garanties Invalidité – Perte de retraite :

Pour faire valoir ses droits le membre participant adresse une demande de Rente Invalidité dûment complétée, datée et signée par son employeur, accompagnée des documents suivants :

Pour les agents affiliés à la CNRACL :

- l'arrêté de radiation des cadres,
- le dernier bulletin de salaire,
- le document CNRACL intitulé « décompte définitif de pension CNRACL » (document à fournir dans sa totalité),
- les bulletins de paiements émanant de la CNRACL,
- un Relevé d'Identité Bancaire, Postal ou de Caisse d'Epargne (RIB, RIP, RICE).

Pour les agents relevant du régime général de la Sécurité sociale :

- la notification d'attribution d'une pension invalidité Sécurité sociale 2^e ou 3^e catégorie,
- le dernier bulletin de salaire,
- l'arrêté de licenciement pour inaptitude,
- la notification d'attribution d'une rente d'incapacité permanente pour un taux supérieur ou égal à 66 %,

- les décomptes de paiements de la Sécurité sociale,
- un Relevé d'Identité Bancaire, Postal ou de Caisse d'Epargne (RIB, RIP, RICE).
- le montant total de la cotisation (Agent + employeur) (en €),
- le montant de la participation de l'employeur (en €) ou le taux de participation (en %) (rapport entre le montant de la participation et le montant total de la cotisation).

41.2. Garanties Perte de retraite :

- le dernier bulletin de paiement de la CNRACL,
- le titre de pension de retraite (notification d'attribution d'une pension ou d'une retraite à titre inapte),
- le cas échéant, le relevé de carrière, le(s) titre(s) de retraite complémentaire.

Les membres participants percevant une rente invalidité au titre du présent contrat doivent adresser à la Mutuelle Nationale Territoriale avant le 15 janvier de chaque année le dernier justificatif du versement de leur pension d'invalidité de toute autre pièce justificative que la Mutuelle Nationale Territoriale se réserve le droit de demander.

A compter de la réception de l'ensemble des pièces du dossier et sauf en cas de force majeure, les prestations sont versées dans un délai maximum de 20 jours.

Article 42. Garanties Décès - Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

42.1 - Garanties Décès :

En cas de décès toutes causes, les capitaux sont versés aux bénéficiaires sur production :

- d'une demande de capital décès signée par le(s) bénéficiaire(s),
- d'un extrait d'acte de décès,
- d'une attestation médicale précisant la cause naturelle ou non du décès,
- des justificatifs de l'identité, de la qualité et de l'adresse des bénéficiaires,
- de toutes autres pièces ou justificatifs mentionnés sur le formulaire de demande de capital.

42.2 - Garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie :

En cas de Perte totale et irréversible d'autonomie, les capitaux sont versés au membre participant sur production :

- d'une demande de capital invalidité signée par le membre participant ou son représentant légal,
- d'un certificat médical délivré par le médecin traitant attestant que le membre participant est dans l'incapacité définitive de se livrer à la moindre activité pouvant lui procurer gain ou profit,
- d'une attestation de recours obligatoire à une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie (titre de pension d'invalidité ayant donné lieu à l'attribution d'une majoration pour tierce personne...).

42.3 - Service des prestations :

A compter de la réception de l'ensemble des pièces du dossier et sauf en cas de force majeure, les prestations sont versées dans un délai maximum de 30 jours.

Article 43. Contrôles effectués à la demande de la Mutuelle Nationale Territoriale

43.1 - Garantie Maintien de Salaire :

La Mutuelle Nationale Territoriale, par le service de leur médecin conseil, peut effectuer un contrôle médical de l'assuré, et faire pratiquer des examens complémentaires lorsque le versement des prestations est lié à son état de santé. Ces contrôles et examens complémentaires sont effectués au frais de la Mutuelle Nationale Territoriale par un médecin désigné par leurs soins. **Ils peuvent être réalisés uniquement en cours de prestation, et non à la demande de prestation. Ils ne peuvent être réalisés pour les congés maladies attribués après avis du comité médical, commission de réforme ou avis de la Sécurité sociale.**

Le règlement des prestations est suspendu à compter de la notification de la décision de la Mutuelle Nationale Territoriale à l'assuré prise à l'issue de la conclusion du rapport d'expertise diligenté par la Mutuelle Nationale Territoriale en défaveur de l'assuré, sauf si ce dernier saisit la commission d'arbitrage prévue au présent contrat. Dans ce dernier cas, le versement des prestations est maintenu. L'assuré qui refuse de se soumettre au contrôle médical ou aux examens médicaux complémentaires demandés perd tout droit aux prestations.

Article 44. Procédure d'arbitrage

En cas de conclusion du rapport d'expertise diligenté par la Mutuelle Nationale Territoriale en défaveur de l'Assuré, la Mutuelle Nationale Territoriale notifie à l'Assuré sa décision de suspendre le versement des prestations à compter de la date de fin figurant sur l'arrêt de travail et au plus tard dans les 30 jours à compter de la notification à l'Assuré.

L'Assuré peut contester les conclusions de ce rapport dans les 30 jours à compter de la réception de ce document, en envoyant à la Mutuelle Nationale Territoriale une lettre recommandée avec accusé de réception accompagnée d'un certificat médical de son médecin. Dans ce cas, le versement des prestations est maintenu par la Mutuelle Nationale Territoriale.

A réception de ce courrier, la Mutuelle Nationale Territoriale demande, à ses frais, à l'Assuré de procéder à une contre-expertise auprès d'un médecin agréé par la préfecture du Souscripteur ou d'un autre Département. Le médecin agréé est choisi par l'Assuré. La décision prise par ce médecin agréé s'impose à la Mutuelle Nationale Territoriale et à l'Assuré.

Article 45. Radiation, résiliation, terme de l'adhésion

Les membres participants cessant d'appartenir à l'effectif du souscripteur ou en cas de résiliation du présent contrat collectif ou dont l'adhésion au présent contrat a pris fin pour quelque cause que ce soit, ne peuvent prétendre à aucune prestation au titre des arrêts de travail prescrits postérieurement à la date d'effet de l'un des événements mentionnés ci-dessus. Les prestations versées au titre des arrêts de travail prescrits antérieurement à l'un des événements mentionnés ci-dessus continuent d'être servies sous réserve des contrôles prévus à l'Article 43 jusqu'à épuisement des droits.

Par ailleurs, la résiliation ou le non-renouvellement du présent contrat 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 au moins égal à celui de la dernière prestation due ou payée avant la résiliation ou le non-renouvellement, sans préjudice des révisions prévues dans le présent contrat. De telles révisions ne peuvent être prévues à raison de la seule résiliation ou du seul non-renouvellement.

Article 46. Cas de fraude

En cas de fraude du membre participant de nature à entraîner le paiement de prestations indues, la Mutuelle Nationale Territoriale décide de la suspension immédiate du service des prestations et fait procéder à une enquête au cours de laquelle l'intéressé est invité à fournir des explications.

Si les résultats de cette enquête confirment les faits reprochés au membre participant, il peut être décidé, compte tenu de la gravité de la faute, de la suspension des prestations pendant une période déterminée, ou de l'annulation des droits de l'intéressé aux prestations, sans préjudice des poursuites à engager contre le membre participant pour le recouvrement des sommes indûment payées.

En tout état de cause, les cotisations antérieurement versées par le membre participant demeurent acquises à la Mutuelle Nationale Territoriale.

Article 47. Réticence ou fausse déclaration intentionnelle

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle faite par le membre participant à la Mutuelle Nationale Territoriale entraîne la nullité de la garantie maintien de salaire dès lors que cette réticence ou fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la Mutuelle Nationale Territoriale, et ce alors même que le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur la réalisation du risque. Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la Mutuelle Nationale Territoriale qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts. La Mutuelle Nationale Territoriale se réserve également le droit d'engager des poursuites pour le recouvrement des sommes indûment payées par elle au membre participant ou à ses ayants droit.

TITRE V - COTISATIONS

Article 48. Montant de la cotisation

La cotisation est fixée aux conditions particulières.

Elle est due par tous les membres participants du souscripteur en activité.

Les taux de cotisation des garanties minimales obligatoires sont maintenus jusqu'au 31 décembre 2028, hors indexation automatique de 3% au 1er janvier 2027 et 2028.

A compter du 1^{er} janvier 2029, ils peuvent évoluer, en cas d'aggravation de la sinistralité, de variation du nombre d'agents adhérents, d'évolutions démographiques ou de modifications de la réglementation, ayant un caractère significatif, conformément à l'article 20 du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011. Dans ce cas, le souscripteur en informe l'ensemble des agents ayant adhéré au contrat collectif.

Cas de l'aggravation de la sinistralité

L'aggravation de la sinistralité doit être constatée par la Mutuelle Nationale Territoriale par garantie sur la base :

- D'au moins deux exercices consécutifs et par cumul des exercices,
- Du compte de résultat technique, calculé par différence entre :
 - o Les cotisations, par ailleurs minorées de la contribution prévue au I de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale et de la dotation à la provision pour cotisations non acquises, puis majorées de la reprise sur cette même provision,
 - o Et :
 - Les prestations, par ailleurs majorées des dotations aux provisions techniques correspondantes, et minorées des reprises sur ces mêmes provisions,
 - Les frais de gestion.

En cas d'aggravation, les cotisations peuvent être majorées dans le respect des taux d'augmentation maximum renseignés ci-après. Les taux d'augmentation augmenteront de manière proportionnelle en fonction du ratio P/C sans dépasser un plafond de 15%.

Périodes	Ratio P/C net de frais (Prestations sur cotisations HT)	Taux de majoration
Année 1 – 2026	/	0%
Année 2 – 2027	/	3%
Année 3 - 2028	/	3%
Années 4 et suivantes	P/C < 100%	0%
	P/C < 110%	8%
	P/C < 120%	12%
	P/C < 130%	15%
	P/C > 130%	15%
Le P/C s'apprécie sur la base du compte de résultat cumulé depuis la date d'effet du contrat		

Une rencontre annuelle (comité technique) entre le Centre de Gestion et la Mutuelle Nationale Territoriale aura lieu pour présenter les éléments financiers de la garantie. Celle-ci aura pour objet de déterminer les suites à donner aux évolutions du contrat avec l'objectif d'obtenir un équilibre au terme de la convention.

A cette fin, la Mutuelle Nationale Territoriale adresse, par lettre recommandée avec accusé de réception, avant le 30 juin, au centre de gestion sa demande de modifications des tarifs, accompagnée d'une étude justifiant qu'au moins une des évolutions mentionnées ci-dessus nécessite de modifier les tarifs pour préserver l'équilibre du dispositif. Le Centre de Gestion dispose d'un délai de trois mois pour se prononcer.

En cas d'accord sur les modifications tarifaires proposées, les nouveaux tarifs ainsi que leur taux d'évolution font l'objet d'un avenant au contrat collectif. Le souscripteur est tenu d'informer l'ensemble des agents adhérant au contrat collectif de la modification des conditions tarifaires.

En cas de désaccord sur les modifications tarifaires proposées ou en l'absence de réponse du Centre de gestion dans le délai de trois mois précité, le présent contrat prend automatiquement fin au 31 décembre. Le souscripteur est tenu d'en informer les agents.

Le souscripteur contribue au financement des garanties collectives du présent contrat collectif auquel ses agents adhèrent, sous la forme d'une participation d'un montant unitaire par agent. Le montant de cette participation financière est fixé à la convention de participation ; il est versé directement aux agents.

Evolutions réglementaires :

La modification des garanties proposée par la MNT visant à les mettre en conformité avec les règles fixées par les articles L827-1 à L827-11 du code général de la fonction publique, aux dispositions des décrets n°2022-581 et n°2011-1474, et à toutes autres évolutions législatives ou réglementaires, est réputée acceptée à défaut d'opposition par le souscripteur. **La MNT informe préalablement par écrit le souscripteur des nouvelles dispositions issues de la réglementation et des conséquences juridiques, sociales, fiscales et tarifaires qui résultent de ce choix. Les parties au présent contrat conviennent d'un calendrier de négociation et d'échanges afin de permettre l'analyse de ces conséquences et des modalités de mise en conformité par le souscripteur.** Les modifications acceptées entrent en application dans un délai compatible avec les obligations du souscripteur afin de prendre en compte la délibération des élus en assemblée ou en conseil, et le respect des obligations légales et conventionnelles d'information des Membres participants.

48.1 - Base de calcul des cotisations :

Pour les agents fonctionnaires et contractuels de droit public :

- Du traitement indiciaire (TI), y compris le complément de traitement Indiciaire (CTI) et l'indemnité compensatrice de la CSG et l'abattement de la mesure dite du « transfert primes/points » (décret n° 2016-588 du 11 mai 2016),
- De la nouvelle bonification indiciaire (NBI),
- Du régime indemnitaire (RI), à l'exception des primes et indemnités suivantes :
 - Les primes et indemnités qui ont le caractère de remboursement de frais,

- Les primes et indemnités liées à l'organisation du travail,
- Les avantages en nature,
- Les indemnités d'enseignement ou de jury et autres indemnités non directement liées à l'emploi,
- La part ou l'intégralité des primes et indemnités dont la modulation est fonction des résultats et de la manière de servir, notamment le complément indemnitaire annuel (CIA),
- Les versements exceptionnels ou occasionnels de primes et indemnités correspondant à un fait générateur unique,
- La prise en charge partielle du prix des titres d'abonnement correspondant aux déplacements effectués par les agents publics entre leur résidence habituelle et leur lieu de travail.

Pour les agents contractuels de droit privé :

- Du revenu brut soumis à cotisations des organismes de Sécurité sociale et des prélèvements sociaux.

Les heures supplémentaires sont exclues de la base des garanties.

48.2 - Exonération de la cotisation :

Les agents en arrêt de travail pour maladie ou accident cotisent uniquement sur la partie du traitement ou de la rémunération versée par l'employeur.

Les membres participants percevant des prestations au titre des garanties Invalidité et Perte de Retraite sont exonérés du paiement des cotisations.

Article 49. Modalités de paiement de la cotisation

Les cotisations sont précomptées par le souscripteur sur le traitement des agents adhérant au présent contrat.

La cotisation annuelle est reversée par le souscripteur sous forme d'acomptes calculés sur la base de la masse salariale soumise à cotisation du mois civil écoulé et versés mensuellement à terme échu au plus tard dans les dix jours qui suivent la fin de chaque mois civil.

Article 50. Défaut de paiement de la cotisation

A défaut de paiement des cotisations par le souscripteur dans les dix jours de leur échéance et indépendamment du droit pour la Mutuelle d'appliquer des majorations de retard à la charge exclusive de l'employeur et de poursuivre en justice l'exécution du contrat collectif, la garantie peut être suspendue trente jours après la mise en demeure du souscripteur.

Dans la lettre de mise en demeure qu'elle adresse à l'employeur, la Mutuelle Nationale Territoriale l'informe des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie. Le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai susmentionné, le défaut de paiement de la cotisation par le souscripteur est susceptible d'entraîner la résiliation du contrat collectif, sauf s'il entreprend de se substituer au souscripteur pour le paiement des cotisations.

La Mutuelle Nationale Territoriale a le droit de résilier le contrat collectif dix jours après le délai de trente jours susvisé.

Le contrat collectif non résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où, sauf décision différente de la Mutuelle, ont été payées à celle-ci les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension de la garantie, ainsi qu'éventuellement les frais de poursuite et de recouvrement.

Article 51. Défaut de paiement de la participation financière du souscripteur

La procédure prévue à l'article 121 est applicable au souscripteur qui ne paie pas sa part de cotisation. Dans ce cas, la Mutuelle informe chaque membre participant de la mise en œuvre de cette procédure et de ses conséquences dès l'envoi de la lettre de mise en demeure mentionnée au deuxième alinéa du cet article et rembourse, le cas échéant, au membre participant la fraction de cotisation afférente au temps pendant lequel la Mutuelle ne couvre plus le risque.

TITRE VI - GESTION DES ASSURÉS

Article 52. Etats à fournir

Le souscripteur du contrat doit adresser à la Mutuelle Nationale Territoriale les pièces suivantes :

1 - A la souscription :

- Un état nominatif des agents ou membres à assurer et en activité à la date d'effet du contrat. Cet état indique pour chaque membre participant, le nom, le prénom, l'adresse, la date de naissance, la situation de famille, la catégorie, la position statutaire, ainsi que le montant du traitement annuel servant au calcul des cotisations. Les primes assujetties à cotisation doivent être indiquées séparément.

- Un état nominatif des agents ou membres en arrêt de travail à la date d'effet du contrat et la nature de l'arrêt de travail.

2 - En cours d'exercice et trimestriellement :

- Un état d'entrée des nouveaux embauchés,
- Un état de sortie des membres participants : sur cet état rectificatif doit figurer la date et le motif du départ.

3 - A chaque renouvellement du contrat :

- Avant le 31 janvier de chaque année au plus tard, un état récapitulatif des membres participants comprenant les informations prévues au paragraphe 1 du présent article.

Mutuelle Nationale Territoriale, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité,
Immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 775 678 584.
Siège social : 4, rue d'Athènes – 75009 PARIS

NOTICE D'INFORMATION VYV
COLLECTIVITÉS TERRITORIALES
ASSISTANCE PRÉVOYANCE
NIVEAU 1



Garantie d'assistance

NOTICE D'INFORMATION A COMPTER DU 1^{ER} JANVIER 2025

SOMMAIRE

DOMAINE D'APPLICATION	5
1. BÉNÉFICIAIRES	5
2. PRISE D'EFFET ET DURÉE DES GARANTIES	5
3. COUVERTURE GÉOGRAPHIQUE	5
4. FAITS GÉNÉRATEURS	5
5. MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE	5
6. INTERVENTION	5
7. APPLICATION DES PRESTATIONS	5
8. DÉFINITIONS	5
PRESTATIONS EN CAS D'ARRET DE TRAVAIL	7
9. ÉVALUATION GLOBALE DE LA SITUATION DU BÉNÉFICIAIRE	7
10. COACHING SANTÉ	7
11. COACHING NUTRITION	7
12. SUIVI APRÈS RÉINTÉGRATION DANS L'ENTREPRISE	7
13. EN CAS D'INAPTITUDE À LA REPRISE DU TRAVAIL	7
PRÉVENTION DE L'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL	7
A. DISPOSITIFS DE PRÉVENTION	7
B. IDENTIFIER ET GÉRER LE STRESS	7
C. CONCILIER VIE PERSONNELLE ET VIE PROFESSIONNELLE	7
D. PRÉVENTION ET TRAITEMENT DE LA SOUFFRANCE AIGUË	7
PRESTATIONS D'ASSISTANCE COMPLÉMENTAIRES ET SPÉCIFIQUES AUX AIDANTS	8
14. BILAN PSYCHO-SOCIAL DE LA SITUATION	8
15. ASSISTANCE PRÉVENTIVE	8
A. PRÉVENTION DE L'ÉPUISEMENT DE L'AIDANT	8
B. SANTÉ ET BIEN-ÊTRE DE L'AIDANT	8
C. SOUTIEN POUR LA VIE QUOTIDIENNE	8
D. SOUTIEN AU MAINTIEN DE L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE DE L'AIDANT	8
16. ASSISTANCE EN CAS DE SITUATION DE CRISE	8
A. EMPÊCHEMENT DE L'AIDANT LIÉ À SON ÉTAT DE SANTÉ	8
B. ÉPUISEMENT DE L'AIDANT	8
C. DÉGRADATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA PERSONNE AIDÉE	8
17. FIN DE LA SITUATION D'AIDANT	9
A. LORSQUE LA PERSONNE AIDÉE RETROUVE SES CAPACITÉS	9
B. LORSQUE LA PERSONNE AIDÉE DÉCÈDE	9
PRESTATIONS D'ASSISTANCE EN CAS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL CONSÉCUTIVE A UNE MALADIE OU UN ACCIDENT	9
A. UNE AIDE À DOMICILE	9
B. UNE PRESTATION DE BIEN-ÊTRE ET DE SOUTIEN	9
C. UNE GARDE DES ANIMAUX DE COMPAGNIE	9
D. TRAVAILLEUSE FAMILIALE OU TECHNICIENNE D'INTERVENTION SOCIALE ET FAMILIALE (TISF)	9
E. UN SOUTIEN AU RÔLE D'AIDANT DE L'ADHERENT AYANT UNE PERSONNE DÉPENDANTE À CHARGE	9
CADRE JURIDIQUE	9
18. ASSUREUR DES PRESTATIONS D'ASSISTANCE	9
19. CONDITIONS RESTRICTIVES D'APPLICATION DES GARANTIES	9
A. COMPORTEMENT ABUSIF	9
B. RESPONSABILITÉ	9
C. CIRCONSTANCES EXCEPTIONNELLES	9
20. EXCLUSIONS	10
21. NULLITÉ DE LA PRESTATION	10
22. RECOURS	10
23. SUBROGATION	10
24. PRESCRIPTION	10
25. PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES	10
26. RÉCLAMATIONS ET MÉDIATION	11
27. AUTORITÉ DE CONTRÔLE	11

L'Adhérent, à jour de sa cotisation lors de l'appel téléphonique auprès de l'Assisteur, doit communiquer son propre numéro d'Adhérent.
Le présent tableau vise à résumer les garanties d'assistance ; pour connaître les conditions et modalités d'application, il convient de se référer aux dispositions de la présente notice d'information ci-après.

GARANTIES		MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE			
EN CAS D'ARRET DE TRAVAIL DE PLUS DE 2 MOIS					
Evaluation de la situation	1 fois				
Coaching santé	5 entretiens				
Coaching nutrition	5 entretiens				
Accompagnement à la réintégration entreprise	5 entretiens				
Accompagnement inaptitude à la reprise du travail	5 entretiens				
PRÉVENTION DE L'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL					
Accompagnement social	5 entretiens				
Soutien psychologique	5 entretiens				
PRESTATIONS D'ASSISTANCE COMPLÉMENTAIRES ET SPÉCIFIQUES AUX AIDANTS					
	BILAN PSYCHO-SOCIAL				
Soutien psychologique	Illimité				
Accompagnement social	Illimité				
Accès portail d'informations	Illimité				
	ASSISTANCE PRÉVENTIVE				
	Prévention épuiement de l'aidant	Santé et bien-être de l'aidant	Soutien vie quotidienne	Soutien vie professionnelle	
Formation de l'aidant	300 euros TTC				
Acquisition de matériel paramédical ou aides techniques	300 euros TTC				
Médiation	300 euros TTC				
Activité physique adaptée		3 séances			
Présence à domicile		12 heures		12 heures	
Conseil médical		Illimité			
Téléassistance			6 mois		
Inscription à une association			1 inscription		
Réseau d'entraide			1 inscription		
Conseils nutrition			5 entretiens		
Portage de repas				Equivalente à l'enveloppe financière de la présence à domicile	
Bilan ergothérapeute			1 bilan		
	ASSISTANCE EN CAS DE SITUATION DE CRISE				
	Hospitalisation + 24H de l'aidant	Immobilisation + 48H de l'aidant	Epuisement de l'aidant	Hospitalisation + 4J de la personne aidée	
Aide à domicile	15 heures	15 heures		15 heures	
Prestations de bien-être et soutien (auxiliaire de vie, portage de repas, entretien du linge, coiffure, esthéticienne & pédicure à domicile, coaching santé et nutrition...)	300 euros TTC	300 euros TTC		300 euros TTC	
Transport d'un proche au domicile	500 euros TTC	500 euros TTC			
Hébergement temporaire	300 euros TTC	300 euros TTC	Equivalente à l'enveloppe financière de la garde de nuit		
Garde de nuit à domicile			2 nuits	2 nuits	
Accueil de jour			Equivalente à l'enveloppe financière de la garde de nuit		
Bilan ergothérapeute				1 bilan	

	FIN DE LA SITUATION D'AIDANT	
	Récupération des capacités de la personne aidée	Décès de la personne aidée
Activité de loisirs	3 séances	
Activité physique adaptée	3 séances	
Conseils nutrition	5 entretiens	
Conseils gestion du budget		5 entretiens
Inscription à une association		1 inscription

PRESTATIONS D'ASSISTANCE EN CAS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL CONSÉCUTIVE A UNE MALADIE OU UN ACCIDENT

Aide à domicile	300 euros TTC
Prestations de bien-être et soutien (auxiliaire de vie, portage de repas, entretien du linge, coiffure, esthéticienne & pédicure à domicile, coaching santé et nutrition...)	300 euros TTC
Garde des animaux	300 euros TTC
Travailleuse familiale ou Technicienne d'intervention sociale et familiale	300 euros TTC
Aides techniques aidant	300 euros TTC

EN CAS DE TRAITEMENT ANTICANCEREUX

Aide à domicile	Pendant toute la durée du traitement
-----------------	--------------------------------------

DOMAINE D'APPLICATION

1. BÉNÉFICIAIRES

La présente notice d'information a pour objet de définir les garanties d'assistance auxquelles peuvent prétendre les Bénéficiaires concernés.

Sont couverts par la présente notice d'information :

- l'Adhérent à la Mutuelle (ou le salarié assuré au contrat collectif, ou à défaut ses proches lorsque cela est précisé).

2. PRISE D'EFFET ET DURÉE DES GARANTIES

La garantie d'assistance prend effet à la même date de souscription que les garanties de l'offre Collectivités Territoriales.

La garantie d'assistance suit le sort du contrat souscrit par l'Adhérent auprès des mutuelles co-assureurs, aussi bien pour ce qui concerne la date d'effet, la durée, le renouvellement et la résiliation. Toutefois, dès lors que l'intervention d'assistance aurait été engagée avant la fin de la période de souscription, elle serait menée à son terme par l'Assisteur.

3. COUVERTURE GÉOGRAPHIQUE

La couverture géographique d'assistance est valable :

- au domicile, pour l'assistance de tous les jours.

Pour les DROM, le Bénéficiaire qui réside habituellement dans l'un de ces départements et y a sa résidence principale est couvert par l'assistance de tous les jours, les frais de déplacements et de transfert s'entendent à l'intérieur du département uniquement.

4. FAITS GÉNÉRATEURS

Les garanties d'assistance s'appliquent à la suite des faits générateurs suivants et tels que définis dans la présente notice d'information :

- un arrêt de travail,
- un épuisement professionnel,
- une situation d'aidant,
- une incapacité temporaire totale de travail consécutive à une maladie ou un accident,
- un traitement anticancéreux.

L'Assisteur propose au Bénéficiaire la mise en place de la prestation d'assistance qui correspond le mieux à ses besoins lors de la demande d'assistance, à raison d'une seule prestation par fait générateur sauf dispositions contraires mentionnées dans la présente notice d'information.

Ces garanties n'ont pas vocation à remplacer la solidarité naturelle de la structure familiale ni l'intervention habituelle de personnes telles que les assistantes maternelles et les employés de maison. Elles ne doivent pas se substituer aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

Les prestations d'assistance sont accessibles autant de fois que le fait générateur survient par année civile sauf dispositions contraires mentionnées dans la présente notice d'information.

Les prestations d'informations, d'accompagnement psycho-social, de prévention, d'aide aux démarches sont acquises en tout temps.

5. MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

POUR CONTACTER L'ASSISTEUR SANS INTERRUPTION, 24 HEURES SUR 24, 7 JOURS SUR 7

par téléphone (numéro cristal - appel non surtaxé) :



pour les Bénéficiaires résidant dans les DROM, ou appelant de l'étranger :
par téléphone : 00 33 980 98 18 38

Pour toute transmission de documents médicaux uniquement, merci de les adresser à medecinconseil@rmassistance.fr

SANS OUBLIER :

- de rappeler votre numéro d'Adhérent,
- de préciser votre nom, prénom et adresse.

Lors de votre premier appel, un numéro d'assistance vous sera communiqué : rappelez-le systématiquement, lors de toutes vos relations ultérieures avec l'Assisteur.

Toute demande d'assistance doit nous être formulée par téléphone au maximum dans les vingt (20) jours qui suivent la date de survenue du fait générateur rattaché à cette demande.

Une fois cette demande effectuée, et dans le cadre d'une sortie d'hospitalisation, afin d'assurer au Bénéficiaire l'accès aux prestations dès son retour à domicile, il

doit contacter l'Assisteur dès confirmation de sa date de sortie effective. Si cette date devait être décalée le Bénéficiaire doit en avertir immédiatement l'Assisteur afin de différer les prestations prévues initialement.

Pour les traitements anticancéreux, la demande d'assistance devra être formulée dans un délai de 48 heures avant ou après chaque séance.

Au-delà de ces délais (20 jours et/ou 48h comme mentionnés ci-dessus), l'Assisteur pourra accompagner et orienter le bénéficiaire mais ne pourra pas prendre en charge la demande.

Le Bénéficiaire s'engage à faire parvenir à l'Assisteur tous les justificatifs exigés par ce dernier pour le déclenchement des prestations garanties.

Les justificatifs demandés par l'Assisteur sont des pièces originales ou des copies.

6. INTERVENTION

L'application de ces garanties est appréciée en fonction de la situation personnelle du Bénéficiaire au moment de la demande d'assistance.

La prestation pourra donc être inférieure au plafond indiqué.

Pour évaluer les besoins du Bénéficiaire, l'Assisteur se base sur des critères objectifs liés à son environnement et son moment de vie lors de la demande d'assistance tels que la taille du logement, la composition du foyer familial, le niveau d'autonomie (capacité à faire sa toilette, se déplacer seul, sortir du domicile, préparer ses repas, effectuer des tâches ménagères...) et les aides existantes. Les prestations au domicile sont planifiées sur les jours ouvrés. L'urgence justifiant l'intervention de l'Assisteur, se trouvant atténuée en cas de séjour dans un Centre de Convalescence du fait du temps dont dispose le Bénéficiaire pour organiser son retour au domicile, est également prise en compte pour l'évaluation des besoins du Bénéficiaire. **Les séjours dans ces structures ne sont pas considérés comme des hospitalisations.** Les garanties d'assistance sont mises en œuvre par l'Assisteur ou en accord préalable avec lui.

7. APPLICATION DES PRESTATIONS

Les prestations garanties par la présente notice d'information ne peuvent être déclenchées qu'avec l'accord préalable de l'Assisteur et sur présentation des justificatifs demandés. En conséquence, l'Assisteur ne participera pas après coup aux dépenses que le Bénéficiaire aurait engagées de sa propre initiative. Toutefois, afin de ne pas pénaliser le Bénéficiaire qui aurait fait preuve d'initiative raisonnable, l'Assisteur pourrait apprécier leur prise en charge, sur justificatifs. Dès lors que certaines garanties ne peuvent être mises en œuvre par l'Assisteur, après accord préalable de l'Assisteur, elles sont prises en charge par ce dernier, sur présentation de justificatifs et dans la limite des plafonds mentionnés et de l'évaluation faite par l'Assisteur (étant entendu que le montant de la prestation d'assistance remboursé par l'Assisteur est plafonné à l'intervention d'un seul intervenant au domicile du Bénéficiaire). Les frais additionnels (frais kilométriques, frais de dossier, frais de gestion et cotisations) inhérents à la mise en œuvre de la prestation et figurant sur le justificatif fourni par le Bénéficiaire ne sont pas pris en charge par l'Assisteur.

Dans de tels cas, l'Assisteur s'engage à rembourser le Bénéficiaire sous un délai maximal de 30 jours calendaires (hors délais bancaires) à compter de la validation par l'assisteur de l'ensemble des documents justificatifs.

De plus, il convient de préciser que l'Assisteur ne peut intervenir dans le choix des moyens et des destinations décidés par les organismes primaires d'urgence.

Dès l'appel de l'un des Bénéficiaires, l'Assisteur met tout en œuvre dans le cadre de son obligation de moyens, pour répondre au plus vite à la demande. En aucun cas, l'Assisteur ne pourra s'engager sur une obligation de résultats. L'Assisteur se réserve un délai de cinq (5) heures maximum à compter des heures d'ouverture des réseaux agréés pour faire suite à la demande du Bénéficiaire (sauf délai dérogatoire expressément prévu).

Toutes les dépenses que le Bénéficiaire aurait dû normalement engager en l'absence de l'événement donnant lieu à l'intervention de l'Assisteur, restent à sa charge (titre de transport, repas, essence, péage ...).

Dans les cas d'un état d'urgence sanitaire et/ou du déclenchement d'un Plan Blanc, la mise en œuvre des prestations sera adaptée à la situation et à la capacité du réseau de l'Assisteur à assurer ces prestations.

8. DÉFINITIONS

Pour l'application de la présente notice d'information, on entend par :

Accident : tout événement soudain, imprévisible, extérieur au Bénéficiaire et non intentionnel de sa part, cause exclusive, sans rapport avec une maladie et qui entraîne des dommages corporels.

Ne sont pas considérés comme des accidents mais comme des maladies les événements suivants :

- les accidents vasculaires cérébraux,
- les brûlures causées par une exposition au soleil ou tout appareil quelconque de bronzage artificiel,
- les évenements,

- les hernies abdominales,
- les hydrocutions,
- les infarctus du myocarde,
- les lésions méniscales,
- les lésions musculaires, tendineuses ou ligamentaires,
- les lombalgies, les lumbagos,
- les ruptures d'anévrisme,
- les sciatiques.

Accident ou maladie invalidante : accident ou maladie entraînant un taux d'invalidité supérieur ou égal à soixante-six pour cent (66 %) au regard de deuxième catégorie d'incapacité définie par la Sécurité Sociale.

Adhérent : personne physique ayant adhéré à titre individuel ou collectif à la mutuelle.

Aidant : est considéré comme proche aidant d'une personne, un proche (voir définition) ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne. L'aidant peut être le Bénéficiaire lui-même, ou toute personne, qui lui vient en aide à titre non professionnel

Aidé : est considérée comme personne aidée, toute personne qui du fait de l'âge, de la maladie ou d'un handicap nécessite l'aide d'un proche aidant de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne.

Aide à domicile : la mission de l'aide à domicile concerne la réalisation de petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, préparation des repas, courses de proximité sans véhicule) au domicile du Bénéficiaire. **La durée de présence de l'aide à domicile est décidée par l'Assisteur après évaluation.**

Animaux de compagnie : sont considérés comme animaux de compagnie les chats et les chiens, vivant au domicile du Bénéficiaire et dont le carnet de vaccination est à jour conformément à la réglementation en vigueur, **dans la limite de 2 animaux par Bénéficiaire.**

Arrêt de travail : il s'agit d'une prescription réalisée par un médecin et justifiée par l'état de santé du patient. La prescription comporte 3 volets à transmettre aux services concernés dans les 48 heures. Elle peut être sous forme papier (les volets 1 et 2 sont alors à envoyer au service médical de la caisse d'assurance maladie) ou sous forme dématérialisée (les volets 1 et 2 sont alors transmis directement par le médecin à la caisse d'assurance maladie via la carte vitale). Dans tous les cas, le patient doit adresser le volet 3 du formulaire à son employeur ou à Pôle Emploi.

Les dispositifs déclinés dans la présente notice d'information s'appliquent en cas d'arrêt de travail de plus de 2 mois.

Ascendant : sont considérés comme ascendants, les parents, grands-parents, arrière-grands-parents de l'Adhérent. Pour être considéré comme ayant droit de l'Adhérent, l'ascendant doit : être dépendant, à charge fiscalement de l'Adhérent et vivant sous le même toit.

Attentat : tout acte de violence, constituant une attaque criminelle ou illégale, intervenu contre des personnes et/ou des biens, dans le pays dans lequel le Bénéficiaire voyage ou réside, ayant pour but de troubler gravement l'ordre public par l'intimidation et la terreur.

Cet attentat devra être recensé par l'Etat français.

Autorité médicale : toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité dans le pays où le Bénéficiaire se trouve.

Auxiliaire de vie sociale : l'auxiliaire de vie sociale (AVS) aide les personnes malades, handicapées ou fragilisées, très dépendantes pour accomplir les actes de la vie ordinaire. Elle est présente pour faciliter le lever, le coucher, la toilette, les soins d'hygiène (**à l'exclusion des soins infirmiers**). Elle apporte son soutien au moment de l'appareillage des personnes handicapées. L'AVS assure la préparation et la prise des repas, les travaux ménagers. Elle prend en charge les démarches administratives, les sorties et les courses.

Bénéficiaire : tout Adhérent domicilié en France ainsi que les personnes suivantes vivant sous son toit (conjoint de droit ou de fait, enfants et petits-enfants sous condition d'âge selon les garanties, sans limite d'âge s'ils sont handicapés et ascendants directs) figurant sur le formulaire de désignation de Bénéficiaire pour la garantie décès.

Catastrophe naturelle : phénomène d'origine naturelle, tel qu'un tremblement de terre, une éruption volcanique, un raz de marée, une inondation ou un cataclysme naturel, ayant eu pour cause l'intensité anormale d'un agent naturel, et reconnu comme tel par les pouvoirs publics du pays dans lequel la catastrophe a eu lieu.

Centre de convalescence : structure de soins qui contribue à une réadaptation post-hospitalisation. Les centres de rééducation, les SSR (Soins de Suite et de Réadaptation), les maisons de repos, les centres de cure thermique sont assimilés à des centres de convalescence. **Les séjours dans ces structures ne sont pas considérés comme des hospitalisations.**

Chimiothérapie : traitement du cancer par des substances chimiques qui vise à détruire les cellules cancéreuses ou à les empêcher de se multiplier dans l'ensemble du corps. Il peut être administré par perfusion, piqûre ou sous forme de comprimés.

Consolidation : stabilisation durable de l'état de santé du Bénéficiaire victime d'un accident, de blessures ou souffrant d'une maladie ; cet état n'évoluant ni vers une amélioration ni vers une aggravation médicalement constatée.

Dépendance : état impliquant d'être dans l'impossibilité d'effectuer, sans l'aide d'une tierce personne, l'ensemble des 4 gestes de la vie quotidienne : se laver, s'habiller, se déplacer, se nourrir. La dépendance peut être temporaire ou définitive. Pour être considéré comme ayant droit de l'Adhérent, le dépendant doit être à charge fiscalement de ce dernier et vivre sous le même toit. Aussi, les demandes de prestation à l'égard d'un ayant droit dépendant doivent être justifiées en adressant à l'équipe médicale un certificat médical justifiant l'état de dépendance, ainsi que l'avis d'imposition de l'Adhérent portant mention de la charge fiscale de l'ayant droit.

Dispositif de téléassistance : désigne le boîtier d'interphonie et le médaillon d'alerte avec son support (collier ou bracelet).

Domicile ou résidence habituelle : le lieu de résidence principale et habituelle du Bénéficiaire, ayant un caractère permanent qui est mentionné au titre de domicile fiscal sur la déclaration d'impôt sur le revenu. Le domicile doit être situé en France ou dans les DROM.

Pour les personnes résidant dans des maisons de longs séjours (telles que notamment les maisons de retraite), ou ayant une résidence secondaire, on entend par domicile principal, le lieu où la personne habite plus de 183 jours par an.

Les étudiants ayants droit sont considérés comme ayant un double domicile, leur résidence dans le cadre de leurs études et la résidence du parent Adhérent. En cas de garde partagée, le domicile de l'enfant est son lieu d'habitation habituel.

Dommages corporels : dommages portant atteinte à l'intégrité physique des personnes.

DROM : par DROM, il faut entendre la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique, la Réunion et Mayotte. Pour l'ensemble des prestations relatives au déplacement du Bénéficiaire en France, à plus de 50 kilomètres de son domicile, la prise en charge du Bénéficiaire résidant dans les DROM s'entend à l'intérieur du département de résidence DROM.

Epuisement professionnel ou Burn out : est caractérisé comme un état d'épuisement physique, émotionnel et mental résultant d'une exposition à des situations de travail émotionnellement exigeantes. Le syndrome inclut trois dimensions : l'épuisement, à la fois physique et psychique ; la dépersonnalisation se traduisant par un retrait et une indifférence vis-à-vis du travail, la perte d'efficacité au travail et la dévalorisation de soi.

Etablissement de soins : tout établissement de soins public ou privé, qui assure le diagnostic, la surveillance, le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes.

Etat d'urgence sanitaire : régime juridique spécial applicable en cas de catastrophe sanitaire, notamment d'épidémie ou de pandémie, mettant en péril, par sa nature et sa gravité, la santé de la population.

Faits générateurs : les garanties d'assistance s'appliquent à la suite de faits générateurs, tels que définis par la présente notice d'information.

Ils peuvent être les suivants :

- un arrêt de travail,
- un épuisement professionnel,
- une situation d'aidant,
- une incapacité temporaire totale de travail consécutive à une maladie ou un accident,
- un traitement anticancéreux.

Frais d'hébergement : frais de la chambre pour une nuit d'hôtel y compris petit déjeuner, hors frais de repas, téléphone, bar et annexe.

France : France métropolitaine (par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre) et les DROM (Martinique, Guadeloupe, Réunion, Guyane et Mayotte).

Fratrerie : enfants à charge du même foyer fiscal issus d'une même famille, d'un même couple et par extension des enfants ayant un seul parent en commun ou ayant des liens d'adoption.

Handicap : constitue un handicap, au sens de la loi 2005-102 du 11 février 2005, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.

Hospitalisation : tout séjour comprenant au minimum une nuitée dans un établissement de soins public, privé ou à domicile dans le cadre d'une Hospitalisation à domicile, dès lors que ce séjour a pour objet la mise en observation, le traitement médical ou chirurgical d'une maladie ou de lésions résultant d'un accident.

Hospitalisation à domicile (HAD) : permet d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation avec hébergement. Elle assure, au domicile du malade, des soins médicaux et paramédicaux coordonnés. Les établissements d'HAD sont des établissements de santé, soumis aux mêmes obligations que les établissements hospitaliers avec hébergement.

Immobilisation : désigne toute immobilisation imprévue consécutive à une maladie, un accident ou une blessure, constaté(es) médicalement et pour laquelle l'Assisteur évalue le cadre au retour au domicile (Bénéficiaire vivant seul ou en couple, enfants

de moins de 10 ans ou personnes dépendantes à charge, soutien de proximité...). La grossesse pathologique (hors congés pathologiques légaux) est considérée comme une immobilisation dès lors qu'elle est constatée médicalement.

Invalidité 2ème catégorie : les assurés classés dans cette catégorie par le médecin-conseil de la caisse d'assurance maladie sont reconnus absolument incapables d'exercer une profession quelconque.

Invalidité 3ème catégorie : les assurés classés dans cette catégorie par le médecin-conseil de la caisse d'assurance maladie sont reconnus absolument incapables d'exercer une profession quelconque et sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

Maladie : altération soudaine et imprévisible de la santé, consécutive ou non à une situation préexistante, n'ayant pas pour origine un accident corporel, constatée par une autorité médicale compétente.

Personne dépendante : toute personne présentant un état de dépendance telle que définie dans la définition du terme « Dépendance ». Il peut s'agir de l'Adhérent ou de toute personne qui est déclarée fiscalement à la charge de l'Adhérent et vivant sous le même toit que lui.

Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) : concerne toute invalidité physique ou mentale de l'assuré avant un âge de 65 ans, constatée par un médecin, causant une incapacité totale et définitive d'exercer un emploi ou toute autre activité rémunératrice, et obligeant le Bénéficiaire assuré à recourir à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir l'ensemble des 4 gestes de la vie quotidienne : se laver, s'habiller, se déplacer, se nourrir.

Pièces justificatives : ensemble des documents pouvant être demandé par l'Assisteur afin d'apporter la justification médicale de l'événement générant la mise en œuvre des garanties (certificat médical, bulletin d'hospitalisation, certificat de décès, avis d'imposition dans le cadre d'un ayant droit à charge, facture, arrêté de mutation...).

Proche : les ascendants et descendants au 1er degré, le conjoint, le concubin notoire, le partenaire pacsé, le tuteur légal du Bénéficiaire, les frères, les sœurs, le beau-père, la belle-mère, le gendre, la belle-fille, le beau-frère et la belle-sœur du Bénéficiaire ou à défaut toute autre personne désignée par l'assuré. Le proche doit être domicilié dans le même pays ou le même département pour les DROM que le Bénéficiaire.

Radiothérapie : traitement du cancer par des rayons qui détruisent les cellules cancéreuses ou stoppent leur développement. Contrairement à la chimiothérapie qui agit sur les cellules cancéreuses dans l'ensemble du corps, la radiothérapie est un traitement local.

Responsabilité civile : obligation légale pour toute personne de réparer les dommages causés à autrui.

Téléassistance : désigne un service permettant à la personne équipée, par une simple pression du médaillon d'alerte ou un appui sur le boîtier d'interphonie, d'être mis en relation 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 avec une plateforme de téléassistance dédiée à la gestion des alertes d'urgence et du lien social.

Traitement : seuls les traitements anticancéreux ou antinéoplasiques de type chimiothérapie ou radiothérapie en lien direct avec une pathologie cancéreuse réalisés lors de séances en établissement de soins ou à domicile sont considérés. **Les soins de support ne sont pas considérés comme des traitements.**

Transport : sauf mention contraire, les transports organisés s'effectuent par taxi, voiture, train ou par avion en classe touristique (si seul ce moyen peut être utilisé pour une distance supérieure à 500 kilomètres) et **dans la limite de 500 euros TTC** pour les transports en France ou dans les DROM. L'Assisteur est seul décisionnaire du moyen utilisé.

PRESTATIONS EN CAS D'ARRÊT DE TRAVAIL

En cas d'arrêt de travail de plus de 2 mois, un service d'accompagnement et d'écoute est mis à disposition du Bénéficiaire pour l'accompagner et l'aider à préparer son retour à l'emploi.

Le service est accessible du lundi au vendredi de 8h00 à 18h30. L'accompagnement est réalisé sous forme d'entretiens téléphoniques confidentiels par une équipe de psychologues et de travailleurs sociaux pour l'écouter, le conseiller et l'orienter. Les entretiens téléphoniques individuels sont limités à 5 par Bénéficiaire et par année civile.

Un relais avec les acteurs de proximité est organisé chaque fois que nécessaire.

Ce service est mis en œuvre dans le cadre d'un engagement libre et volontaire du Bénéficiaire et en toute confidentialité.

Il repose sur la démarche suivante :

9. ÉVALUATION GLOBALE DE LA SITUATION DU BÉNÉFICIAIRE

Afin de lui proposer :

- un suivi personnalisé selon la nature des difficultés rencontrées (psychologiques, matérielles, ou liées à l'environnement de travail) pour identifier les facteurs qui peuvent freiner le retour à l'emploi.

Ces facteurs peuvent être de trois types : psychologiques, sociaux ou professionnels.

- la définition d'un programme d'action avec des rendez-vous téléphoniques programmés pour travailler sur ces freins, avec un psychologue pour du soutien psychologique pour chercher des solutions par rapport à l'environnement professionnel et/ou un accompagnement social par une assistante sociale ou une conseillère en économie sociale et familiale pour rechercher des solutions à la résolution des obstacles matériels (par exemple recherche de financements pour changer de mode de transport ou se rapprocher du lieu de travail, recherche de solutions pour la garde des enfants).

Chaque Bénéficiaire est suivi par un psychologue et/ou une assistante sociale, en fonction de ses besoins.

10. COACHING SANTÉ

Des conseils personnalisés par téléphone pour faciliter le retour à une activité physique adaptée en fonction de l'état de santé **dans la limite de 5 entretiens téléphoniques sur une période de 12 mois.**

11. COACHING NUTRITION

Des conseils nutritionnels personnalisés par téléphone pour améliorer le mieux-être **dans la limite de 5 entretiens téléphoniques sur une période de 12 mois.**

12. SUIVI APRÈS RÉINTÉGRATION DANS L'ENTREPRISE

Un accompagnement du Bénéficiaire grâce à des rendez-vous téléphoniques, dont il choisit librement l'horaire et la fréquence.

13. EN CAS D'INAPTITUDE À LA REPRISE DU TRAVAIL

Un service d'accompagnement vers des solutions de lien social et dans les démarches administratives pour l'obtention d'aides complémentaires et contribuer à l'équilibre du budget.

PRÉVENTION DE L'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL

Afin de faciliter le quotidien du Bénéficiaire, l'Assisteur propose à tout moment au Bénéficiaire un accompagnement psycho-social par téléphone afin de prévenir les risques liés à son activité professionnelle et faciliter son équilibre de vie.

Le service est accessible du lundi au vendredi de 8h00 à 18h30. L'accompagnement est réalisé sous forme d'entretiens téléphoniques confidentiels par une équipe de psychologues et de travailleurs sociaux pour l'écouter, le conseiller et l'orienter. Les entretiens téléphoniques individuels sont limités à 5 par Bénéficiaire et par année civile.

Un relais avec les acteurs de proximité est organisé chaque fois que nécessaire.

Il comprend les dispositifs suivants :

A. DISPOSITIFS DE PRÉVENTION

- apprendre à gérer ses temps de pause (micro-sieste, relaxation, bonnes postures...),
- prévention de l'épuisement professionnel, du Burn out,
- prévention des addictions (tabac, alcool, Jeux...),
- coaching Santé et Nutrition (5 entretiens téléphoniques).

B. IDENTIFIER ET GÉRER LE STRESS

- sensibilisation aux techniques de relaxation afin de gérer son stress, son anxiété et troubles du sommeil,
- soutien psychologique et aide à la prise de distance face aux situations stressantes,
- conseil et accompagnement au lâcher prise,
- conseil médical ciblé sur l'hygiène de vie, l'alimentation, le trouble du sommeil, l'anxiété...
- orientation vers des groupes d'échanges d'expérience,
- détection des risques liés à la pénibilité (charges lourdes, postures pénibles).

C. CONCILIER VIE PERSONNELLE ET VIE PROFESSIONNELLE

- optimisation de son temps par la délégation,
- organisation de services à domicile (lors de l'entretien il sera défini conjointement avec le Bénéficiaire au regard de ses besoins les services adaptés (aide à domicile, portage de repas, garde d'enfants, etc...)),
- accompagnement pour la reprise d'une activité physique adaptée.

D. PRÉVENTION ET TRAITEMENT DE LA SOUFFRANCE AIGUË

- évaluation du risque suicidaire,
- travail psychothérapeutique à distance,
- conseil et réorientation vers un psychologue en face à face.

PRESTATIONS D'ASSISTANCE COMPLÉMENTAIRES ET SPÉCIFIQUES AUX AIDANTS

14. BILAN PSYCHO-SOCIAL DE LA SITUATION

À tout moment, lorsque le Bénéficiaire se trouve en situation d'aidant, il peut solliciter l'expertise du département d'accompagnement psycho-social de l'Assisteur pour faire le point sur la situation. À l'issue de cet entretien, un accompagnement téléphonique sera proposé :

- pour un soutien moral par des psychologues avec un nombre illimité d'entretiens par année civile.
- pour une aide aux démarches sociales avec des assistantes sociales,
- pour une aide à la gestion du quotidien avec des conseillères en économie sociale et familiale,
- pour des appels de convivialité par un écoutant social.

Les professionnels de l'équipe sont soumis à la confidentialité et le coût des accompagnements est pris en charge par l'Assisteur.

En complément, l'Assisteur met à disposition l'accès à une plateforme digitale dédiée aux aidants permettant aux Bénéficiaires, selon leur profil et leur secteur d'habitation, de recevoir des informations personnalisées, actualisées et évolutives :

- portail d'informations et d'actualités géolocalisées et personnalisées, accès à des services en ligne, avec possibilité de renvoi vers l'Assisteur pour un contact avec des professionnels.

15. ASSISTANCE PRÉVENTIVE

À tout moment, l'aidant peut alerter le département d'accompagnement psycho-social de l'Assisteur sur son sentiment d'épuisement. Un accompagnement pourra être initié ou repris à cette occasion chaque fois que nécessaire.

De même, si l'aidant le souhaite, les professionnels du département d'accompagnement psycho-social de l'Assisteur pourront organiser des appels systématiques à intervalles définis ensemble.

Toutefois, les prestations décrites ci-dessous ne pourront être délivrées qu'une seule fois par année civile.

A. PRÉVENTION DE L'ÉPUISEMENT DE L'AIDANT

A tout moment, l'Assisteur organise et prend en charge (sur justificatif) à hauteur d'une enveloppe financière maximum de 300 euros TTC, soit :

- une session de formation, en fonction de l'existant sur le secteur d'habitation, portant sur le rôle d'aidant et/ou sur les gestes et postures ;
- l'acquisition de matériel paramédical ou aides techniques adaptés ;
- une session de médiation avec un professionnel titulaire d'un Diplôme d'État (DE).

B. SANTÉ ET BIEN-ÊTRE DE L'AIDANT

A tout moment, l'Assisteur organise et prend en charge (sur justificatif), soit :

- l'accès à une activité physique adaptée à domicile ou dans un club, à concurrence de 3 séances ;
- la mise en place d'une présence à domicile pendant l'absence de l'aidant pour des rendez-vous médicaux à concurrence d'un maximum de 12 heures ;
- l'accès à un conseil médical par téléphone.

C. SOUTIEN POUR LA VIE QUOTIDIENNE

A tout moment, l'Assisteur organise et prend en charge, soit :

- un bilan sur mesure au domicile du Bénéficiaire, réalisé par un ergothérapeute qui apporte des conseils sur l'habitat et l'environnement du Bénéficiaire afin de déterminer les éventuels aménagements et solutions de prévention possibles. Sur demande du Bénéficiaire, l'Assisteur propose la mise en relation avec un réseau d'artisans pour la réalisation des travaux. A l'issue, une visite de conformité sera réalisée. **Les coûts d'aménagement restent à la charge du bénéficiaire et ne sont pas pris en charge par l'Assisteur ;**
- la mise en place d'un service de téléassistance et le financement des frais d'installation et l'abonnement à concurrence d'une enveloppe budgétaire de 30 euros TTC par mois et pour une durée de 6 mois maximum ou à concurrence d'une enveloppe budgétaire de 60 euros TTC par mois et pour une durée de 3 mois maximum ;
- l'accès à un soutien moral entre pairs par l'inscription à une association ;
- l'accès à un réseau d'entraide et d'échanges par le financement de l'inscription le cas échéant ;
- l'accès à un conseil nutrition par téléphone, à concurrence de 5 entretiens par année civile.

D. SOUTIEN AU MAINTIEN DE L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE DE L'AIDANT

A tout moment, l'Assisteur organise et prend en charge, soit :

- la mise en place d'une présence responsable et son financement à hauteur d'un maximum de 12 heures ;
- la mise en place d'un portage de repas et son financement à hauteur de l'enveloppe financière qui aurait été prise en charge pour la présence responsable.

16. ASSISTANCE EN CAS DE SITUATION DE CRISE

L'ensemble des prestations est délivré dans le cadre d'un accompagnement du département d'accompagnement psycho-social de l'Assisteur :

- par un psychologue, en complément du suivi visant à mieux vivre la situation, à travailler autour des émotions générées par la situation et sur la relation aidant/aidé,
- par un travailleur social, en adéquation avec les démarches visant notamment la gestion des impacts de la maladie sur le quotidien, un accès au répit et à son financement et à la mise en relation avec un réseau d'aide de proximité.

A. EMPÊCHEMENT DE L'AIDANT LIÉ À SON ÉTAT DE SANTÉ

En cas d'hospitalisation de plus de 24 heures ou d'immobilisation de plus de 2 jours consécutive à une maladie, un accident ou une blessure, constaté(es) médicalement avec une incapacité d'accomplir ses activités habituelles d'aidant, l'Assisteur évalue la situation du Bénéficiaire au moment de la demande d'assistance, organise et prend en charge l'une des prestations suivantes :

- une prestation d'aide à domicile à concurrence de 15 heures ;
- une prestation de bien-être et de soutien, à concurrence d'une enveloppe financière globale de 300 euros TTC, telle(s) que :
 - auxiliaire(s) de vie,
 - entretien(s) du linge,
 - prestation(s) de livraison de courses alimentaires,
 - petit jardinage,
 - séance(s) de coiffure ou esthéticienne à domicile, de pédicure,
 - service(s) de portage de repas,
 - séance(s) de coaching santé ou coaching nutrition.
- l'organisation et le financement du coût du transport d'un proche au domicile si l'aidant partage habituellement le domicile de la personne aidée dans la limite de 500 euros TTC ;
- l'organisation d'un hébergement temporaire, dans la limite des places disponibles, et le financement de son coût à concurrence d'un maximum de 300 euros TTC.

La prestation proposée ci-dessus est définie par l'Assisteur selon les besoins du Bénéficiaire.

B. ÉPUISEMENT DE L'AIDANT

En cas de situation d'épuisement de l'aidant attestée par un certificat médical d'une part et par l'analyse du département d'accompagnement psycho-social d'autre part, l'Assisteur évalue la situation du Bénéficiaire au moment de la demande d'assistance, organise et prend en charge l'une des prestations suivantes :

- une prestation de garde de nuit à domicile à hauteur de 2 nuits consécutives ;
- l'organisation d'un hébergement temporaire, dans la limite des places disponibles, et le financement de son coût à hauteur de l'enveloppe financière qui aurait été accordée pour la garde de nuit ;
- l'organisation d'un accueil de jour, dans la limite des places disponibles, et le financement de son coût à hauteur de l'enveloppe financière qui aurait été accordée pour la garde de nuit.

La prestation proposée ci-dessus est définie par l'Assisteur selon les besoins du Bénéficiaire.

C. DÉGRADATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA PERSONNE AIDÉE

En cas d'hospitalisation de plus de 4 jours de la personne aidée qui engendre une diminution de ses capacités attestées médicalement, l'Assisteur évalue la situation du Bénéficiaire au moment de la demande d'assistance, organise et prend en charge l'une des prestations suivantes :

- une aide à domicile à concurrence de 15 heures ;
- une prestation de Bien-être et de Soutien, à concurrence d'une enveloppe financière globale de 300 euros TTC, telle(s) que :
 - auxiliaire(s) de vie,
 - entretien(s) du linge,
 - prestation(s) de livraison de courses alimentaires,
 - petit jardinage,
 - séance(s) de coiffure ou esthéticienne à domicile, de pédicure,
 - service(s) de portage de repas,
 - séance(s) de coaching santé ou coaching nutrition.
- une prestation de garde de nuit à domicile à hauteur de 2 nuits consécutives ;
- un bilan sur mesure au domicile du Bénéficiaire, réalisé par un ergothérapeute qui apporte des conseils sur l'habitat et l'environnement du Bénéficiaire afin de déterminer les éventuels aménagements et solutions de prévention possibles. Sur demande du Bénéficiaire, l'Assisteur propose la mise en relation

avec un réseau d'artisans pour la réalisation des travaux. A l'issue, une visite de conformité sera réalisée. **Les coûts d'aménagement restent à la charge du bénéficiaire et ne sont pas pris en charge par l'Assisteur.**

La prestation proposée ci-dessus est définie par l'Assisteur selon les besoins du Bénéficiaire.

17. FIN DE LA SITUATION D'AIDANT

A tout moment, l'aidant peut alerter le département d'accompagnement psycho-social de l'Assisteur sur son besoin de soutien à ce nouveau changement. Un soutien (administratif, psychologique et juridique) renforcé pourra être initié à cette occasion.

Toutefois, les prestations décrites ci-dessous ne pourront être délivrées qu'une seule fois dans l'année qui suit la fin de situation d'aidance.

A. LORSQUE LA PERSONNE AIDÉE RETROUVE SES CAPACITÉS

Lorsque la personne aidée est en état de rémission ou guérison médicalement constatée, le département d'accompagnement psycho-social de l'Assisteur organise et prend en charge, soit :

- le coût d'une activité de loisirs permettant de réactiver les liens sociaux mis entre parenthèses **à concurrence d'un maximum de 3 séances ;**
- l'accès à un conseil nutrition par téléphone, **à hauteur d'un maximum de 5 entretiens par année civile ;**
- l'accès pour l'aidant à une activité physique dans un club, **à concurrence d'un de 3 séances.**

B. LORSQUE LA PERSONNE AIDÉE DÉCÈDE

En cas de décès de la personne aidée et sur présentation de l'acte de décès, le département d'accompagnement psycho-social de l'Assisteur organise et prend en charge, soit :

- le coût de l'inscription à une association permettant de réactiver les liens sociaux mis entre parenthèses **à hauteur du coût de la cotisation annuelle ;**
- l'accès à un conseil gestion du budget et organisation du quotidien, **à hauteur d'un maximum de 5 entretiens.**

PRESTATIONS D'ASSISTANCE EN CAS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL CONSÉCUTIVE A UNE MALADIE OU UN ACCIDENT

L'Assisteur propose au Bénéficiaire la mise en place de la ou des prestations d'assistance qui correspondent le mieux à ses besoins, après évaluation de la situation par le Département Accompagnement Psycho Social de l'Assisteur :

A. UNE AIDE À DOMICILE

L'Assisteur prend en charge et met à disposition une aide à domicile **à concurrence de 300 Euros TTC**, afin de l'aider dans les tâches quotidiennes.

Le nombre d'heures prises en charge par l'Assisteur est conditionné par son évaluation et ne prendra pas en charge un quota d'heures supplémentaires qui auront été réalisées sans son accord.

En complément, en cas de traitement anticancéreux par radiothérapie ou chimiothérapie dispensées en milieu hospitalier ou prescrites en traitement à domicile, l'Assisteur met à la disposition du Bénéficiaire une aide à domicile.

Cette prestation s'organise :

- dans le cadre des chimiothérapies protocolisées, à raison de 2 fois 2 heures dans les 15 jours qui suivent chaque séance de chimiothérapie, dès lors qu'elles sont espacées d'au minimum 15 jours, et ce pendant toute la durée du traitement ;
- dans le cadre des radiothérapies, le nombre d'heures attribué ne pourra excéder 2 heures d'aide à domicile par semaine de soin ;
- lorsque le traitement est un traitement de chimiothérapie à prise journalière, le nombre d'heures attribué ne pourra excéder 2 heures d'aide à domicile par semaine de soin.

Pour pouvoir bénéficier de ces prestations, le Bénéficiaire doit contacter l'Assisteur dans un délai de 48 heures avant ou après chaque séance.

B. UNE PRESTATION DE BIEN-ÊTRE ET DE SOUTIEN

Si le Bénéficiaire a déjà une aide à domicile tout au long de l'année, l'Assisteur met en place la ou les prestations de bien-être et de soutien en substitution (sur justificatifs), **à concurrence d'une enveloppe financière globale de 300 Euros TTC**, telle(s) que :

- auxiliaire(s) de vie,
- entretien(s) du linge,

- petit jardinage,
- prestation(s) de livraison de courses alimentaires,
- séance(s) de coiffure ou esthéticienne à domicile, de pédicure,
- service(s) de portage de repas,
- séance(s) de coaching santé ou coaching nutrition.

Les prestations mises en place et leur durée sont déterminées lors de l'évaluation de la situation par l'Assisteur.

C. UNE GARDE DES ANIMAUX DE COMPAGNIE

Si le Bénéficiaire a la responsabilité d'animaux de compagnie vivant à son domicile, l'Assisteur organise et prend en charge la promenade et leur gardiennage au domicile ou dans un centre agréé **à concurrence d'une enveloppe budgétaire de 300 euros TTC et dans la limite de 30 jours.**

D. TRAVAILLEUSE FAMILIALE OU TECHNICIENNE D'INTERVENTION SOCIALE ET FAMILIALE (TISF)

Si l'Adhérent a des enfants ou petits-enfants à charge de moins de 16 ans ou enfants handicapés sans limite d'âge, l'Assisteur organise et prend en charge, sur évaluation sociale, l'intervention d'une travailleuse familiale ou d'une technicienne d'intervention sociale et familiale (TISF), afin de contribuer à un soutien au rôle éducatif et parental **à hauteur d'une enveloppe financière de 300 Euros TTC.**

De plus, l'Assisteur aide le Bénéficiaire dans ses démarches, afin d'obtenir des financements permettant de poursuivre cet accompagnement, si nécessaire.

E. UN SOUTIEN AU RÔLE D'AIDANT DE L'ADHERENT AYANT UNE PERSONNE DÉPENDANTE À CHARGE

L'Assisteur organise et prend en charge par année civile, les aides techniques **à hauteur d'un maximum de 300 Euros TTC**, procurant un soutien à l'Adhérent.

CADRE JURIDIQUE

18. ASSUREUR DES PRESTATIONS D'ASSISTANCE

Les prestations d'assistance sont assurées par Ressources Mutuelles Assistance, ci-avant dénommée « l'Assisteur » dans la présente notice d'information, union d'assistance soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, dont le siège social est situé 46 rue du Moulin, CS 32427, 44124 VERTOU Cedex et immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 444 269 682.

19. CONDITIONS RESTRICTIVES D'APPLICATION DES GARANTIES

A. COMPORTEMENT ABUSIF

L'Assisteur ne sera pas tenu d'intervenir dans les cas où le Bénéficiaire aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation locale en vigueur ou à la suite d'accidents causés ou provoqués intentionnellement par le Bénéficiaire du contrat.

L'Assisteur réclamera s'il y a lieu le remboursement de tout ou partie des frais qui pourraient être considérés comme la conséquence directe de ce comportement.

Toute fraude, falsification ou fausse déclaration et faux témoignage entraînera automatiquement la nullité du bénéfice des garanties d'assistance.

En cas de déclaration mensongère du Bénéficiaire ou de non remboursement d'une avance de frais, l'Assisteur réclamera s'il y a lieu au Bénéficiaire le remboursement de tout ou partie des frais qui pourraient être considérés comme la conséquence directe du comportement.

B. RESPONSABILITÉ

La responsabilité de l'Assisteur ne saurait être engagée en cas de refus par le Bénéficiaire de soins ou d'examen préalable à un transport sanitaire, dans un établissement public ou privé ou auprès d'un médecin qui auront été préconisés par l'Assisteur.

L'Assisteur ne peut intervenir que dans la limite des accords donnés par les autorités locales, médicales et/ou administratives, et ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés s'ils relèvent de l'autorité publique.

L'Assisteur ne peut intervenir dans les situations à risque infectieux en contexte épidémique ou pandémique faisant l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillance spécifique de la part des autorités sanitaires locales, nationales et/ou internationales.

L'Assisteur ne peut intervenir que sur production des justificatifs originaux exigés lors de l'accord de prise en charge.

C. CIRCONSTANCES EXCEPTIONNELLES

La responsabilité de l'Assisteur ne saurait être engagée en cas de manquement aux obligations de la présente notice d'information, si celui-ci résulte :

- de cas de force majeure rendant impossible l'exécution de la prestation,
- d'un état d'urgence sanitaire ou du déclenchement du Plan Blanc,
- d'événements tels que guerre civile ou étrangère,

- de révolution, mouvement populaire, émeute, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle décidée par les autorités, piraterie, explosion d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.

20. EXCLUSIONS

EXCLUSIONS COMMUNES À L'ENSEMBLE DES PRESTATIONS

Outre les exclusions précisées dans le texte de la présente notice d'information, sont exclus du champ d'application :

- les frais engagés sans accord préalable de l'Assisteur et non expressément prévus par la présente notice d'information,
- les frais non justifiés par des documents justificatifs,
- les dommages provoqués par la guerre étrangère ou civile, les émeutes et les mouvements populaires, un acte de terrorisme ou de sabotage,
- les dommages provoqués intentionnellement par le Bénéficiaire, ceux résultant de sa participation à un crime ou à un délit intentionnel ou conséquence de sa participation volontaire à une rixe, à un pari ou à un défi,
- les conséquences de l'usage de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés non ordonnés médicalement, de l'usage abusif de l'alcool ainsi que l'état de sevrage ou de manque qu'ils s'agissent de médicaments, drogues ou d'alcool,
- les sinistres résultant de tremblements de terre, cataclysmes, ou catastrophes naturelles,
- les sinistres résultant de l'explosion d'un engin ou partie d'engin destiné à exploser par suite de transmutation du noyau de l'atome,
- les sinistres dus à des radiations ionisantes émises de façon soudaine et fortuite par des combustibles nucléaires ou par des produits ou déchets radioactifs provenant de réacteurs et ayant contaminé les alentours de cette source d'émission (que celle-ci soit fixe ou en déplacement) à tel point que dans un rayon de plus d'un kilomètre, l'intensité de rayonnement mesurée au sol vingt-quatre heures après l'émission, dépasse un roentgen par heure,
- tous les autres sinistres dus à des radiations ionisantes auxquelles les victimes seraient exposées, fût-ce par intermittence, en raison et au cours de leur activité professionnelle habituelle,
- les frais n'ayant pas fait l'objet d'un accord de prise en charge des services de l'Assisteur matérialisé par la communication d'un numéro de dossier au Bénéficiaire.

Ne donnent pas lieu à l'application des garanties, les soins de chirurgie plastique entrepris pour des raisons exclusivement esthétiques, les cures thermales et les cures de thalassothérapie, les voyages à visée thérapeutique, les traitements de confort, les cures d'engraissement et d'amincissement, ainsi que leurs conséquences.

21. NULLITÉ DE LA PRESTATION

Si le Bénéficiaire ou son médecin traitant refuse le conseil ou les prestations ou les prescriptions proposées par l'Assisteur, le Bénéficiaire organise en ce cas, librement et sous son entière responsabilité, les actions qu'il juge, ou que son médecin traitant juge, les plus adaptées à son état, l'Assisteur étant dégagé de toute obligation.

En aucun cas, l'Assisteur ne peut être tenu au paiement des frais engagés par le Bénéficiaire.

22. RECOURS

Le Bénéficiaire prend l'engagement formel d'informer l'Assisteur de toutes procédures pénales ou civiles dont il aurait eu connaissance contre le responsable d'un accident dont il aurait été victime et à raison de cet accident.

23. SUBROGATION

L'Assisteur est subrogé à concurrence du coût de l'assistance accordée, dans les droits et actions du Bénéficiaire contre les tiers qui, par leur fait, ont causé le dommage ayant donné lieu à une prise en charge par l'Assisteur ; c'est-à-dire que l'Assisteur effectue en lieu et place du Bénéficiaire les poursuites contre la partie responsable si l'Assisteur l'estime opportun.

24. PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant de l'exécution de la présente notice d'information sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- 1° en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du Bénéficiaire, que du jour où la mutuelle ou l'union en a eu connaissance ;
- 2° en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'Adhérent, du Bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle ou l'union a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que

du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Adhérent ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci (Article L221-11 du Code de la mutualité).

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, avec accusé de réception, adressée par la mutuelle ou l'union au Bénéficiaire, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'Adhérent, le Bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle ou à l'union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité (Article L221-12 du Code de la mutualité).

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription, prévues aux articles 2240 à 2246 du Code civil, sont la demande en justice, l'acte d'exécution forcée, la reconnaissance par le débiteur du droit du créancier. Un nouveau délai de deux (2) ans court à compter de l'acte interruptif de prescription ; il peut être suspendu ou interrompu dans les mêmes conditions que le premier.

25. PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Les données personnelles du Bénéficiaire recueillies par Ressources Mutuelles Assistance (ci-avant « RMA » et « l'Assisteur » dans la présente notice d'information), situé 46, rue du Moulin, CS 32427, 44124 VERTOU Cedex feront l'objet d'un traitement.

Toutes les données sont obligatoires pour la gestion des demandes des Bénéficiaires. A défaut de fourniture des données, RMA sera dans l'impossibilité de traiter les demandes des Bénéficiaires.

Dans le cadre de l'exécution de leur contrat, les données personnelles du Bénéficiaire seront utilisées pour la gestion et l'exécution des garanties d'assistance, l'exercice des recours et la gestion des réclamations et des contentieux, la gestion des demandes liées à l'exercice des droits et l'élaboration de statistiques et études actuarielles et commerciales.

Les données personnelles du Bénéficiaire sont également traitées afin de répondre aux dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur. Dans ce cadre et pour répondre à ses obligations légales, RMA met en œuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et l'application de sanctions financières.

Différents traitements opérés par RMA sont basés sur son intérêt légitime afin d'apporter au Bénéficiaire les meilleurs produits et services, d'améliorer leur qualité et de personnaliser les services proposés et les adapter à ses besoins. Ils correspondent à la gestion de la relation avec le Bénéficiaire notamment par le biais d'actions telles que des enquêtes de satisfaction et des sondages et les enregistrements téléphoniques. Dans son intérêt légitime, RMA met également en œuvre un dispositif de la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant notamment conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude pouvant entraîner une réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposé. Les données de santé du Bénéficiaire sont traitées en toute confidentialité et exclusivement destinées aux personnes internes ou externes habilitées spécifiquement par RMA.

Le traitement des données personnelles du Bénéficiaire est réservé à l'usage des services concernés de RMA et ne seront communiquées qu'aux prestataires de services à la personne ou d'assistance à l'international missionnés dans le cadre d'un dossier d'assistance à l'international.

Pour la gestion et l'exécution des garanties d'assistance, le Bénéficiaire est informé que ses données personnelles peuvent faire l'objet de transferts ponctuels vers des pays situés hors de l'Espace Economique Européen.

Les données personnelles des Bénéficiaires sont conservées le temps de la relation contractuelle et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légales ou nécessaires au respect d'une obligation réglementaire.

Conformément à la réglementation en vigueur relative à la protection des données personnelles, le Bénéficiaire dispose d'un droit d'accès aux données traitées le concernant, de rectification en cas d'inexactitude, d'effacement dans certains cas, de limitation du traitement et à la portabilité de ses données. Le droit à la portabilité permet la transmission directe à un autre responsable de traitement des données personnelles traitées de manière automatisée. Ce droit ne concerne que le cas où les données personnelles sont fournies par le Bénéficiaire et traitées sur la base de son consentement ou l'exécution du contrat. Par ailleurs, le Bénéficiaire a la possibilité de définir des directives générales et particulières précisant la manière dont celui-ci entend que soient exercés ces droits après son décès ainsi que de retirer son consentement si le traitement de ses données repose uniquement sur celui-ci.

Le Bénéficiaire peut également s'opposer, à tout moment, à un traitement de ses données pour des raisons tenant à sa situation particulière.

Le droit d'accès aux traitements relatifs à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme s'exerce auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) via une procédure de droit d'accès indirect. Néanmoins, le droit d'accès concernant les traitements permettant l'identification des personnes faisant l'objet d'une mesure de gel des avoirs ou d'une sanction financière s'exerce auprès de RMA.

Le Bénéficiaire peut exercer ses droits en envoyant au Data Protection Officer (DPO) un mail à l'adresse suivante : dporma@rmassistance.fr ou en contactant : RMA – DPO, 46, rue du Moulin, CS 32427, 44124 VERTOU Cedex. En cas de réclamation relative au traitement de ses données personnelles et à l'exercice de ses droits, le Bénéficiaire peut saisir la CNIL. Enfin, conformément à la loi 2014-344 du 17 mars 2014, si le Bénéficiaire ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique de la part d'un professionnel avec lequel il n'a pas de relation contractuelle préexistante, il peut s'inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique par courrier à Worldline - Service Bloctel - CS 61311 - 41013 Blois Cedex ou par Internet à l'adresse suivante : <https://www.bloctel.gouv.fr>.

26. RÉCLAMATIONS ET MÉDIATION

En cas de difficultés relatives aux conditions d'application de son contrat, le Bénéficiaire peut effectuer une réclamation auprès de RMA :

- Par téléphone au numéro non surtaxé indiqué au début de la présente notice.
- Si le Bénéficiaire n'a pas immédiatement obtenu satisfaction par téléphone, ou s'il souhaite effectuer sa réclamation par écrit, il peut adresser sa réclamation à l'adresse du siège social : RMA – Service Qualité – 46, rue du Moulin – CS 32427 – 44124 VERTOU Cedex.

RMA adressera un accusé de réception dans un délai maximal de dix (10) jours ouvrables à compter de la date d'envoi, sauf si une réponse peut être communiquée au Bénéficiaire dans ce délai.

A défaut, une réponse sera apportée dans un délai maximal de deux (2) mois à compter de la date d'envoi de la réclamation.

Si un désaccord subsiste, le Bénéficiaire a la faculté de demander l'avis du Médiateur sans préjudice des autres voies d'action légales, sur le site du Médiateur (<https://www.mediateur-mutualite.fr/>) ou à l'adresse suivante : Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française FNMF - 255, rue de Vaugirard - 75719 PARIS Cedex 15.

27. AUTORITÉ DE CONTRÔLE

Ressources Mutuelles Assistance est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4, place de Budapest - 75436 PARIS Cedex 09.

Contrat collectif à adhésion facultative souscrit par la Collectivité au profit de ses agents assuré par la Mutuelle Nationale Territoriale (MNT), Mutuelle régie par le Livre II du Code de la Mutualité, dont le siège social est situé 4 rue d'Athènes, 75009 PARIS, immatriculée sous le numéro SIREN 775 678 584.

Les Membres Participants audit contrat collectif bénéficient de garanties d'assistance en inclusion, assurées par Ressources Mutuelles Assistance (RMA) Union d'assistance soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, dont le siège social est situé 46 rue du Moulin - CS 32427 – 44124 VERTOU CEDEX, immatriculée sous le numéro SIREN 444 269 682.

MNT et RMA sont soumises au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09.

