

NOTICE D'INFORMATION

VALANT

CONDITIONS GÉNÉRALES & CONDITIONS PARTICULIÈRES

ASSURANCE PRÉVOYANCE COMPLÉMENTAIRE

POUR LES AGENTS DU

CENTRES DE GESTION DE LA FPT DES PAYS DE LA LOIRE

LOT 5 SCÉNARIO 2

COLLECTIVITÉS ET ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DU MAINE ET LOIRE EMPLOYANT
DE 1 À 350 AGENTS

EFFET DE LA NOTICE D'INFORMATION : 01/01/2025



COOPÉRATION
CENTRES DE GESTION
PAYS DE LA LOIRE
FONCTION PUBLIQUE
TERRITORIALE



CONTRAT À ADHÉSION OBLIGATOIRE
VERSION FINALISÉE DE LA NOTICE : 17/12/2024
VERSION N° : 1

N.B : TOUS LES ÉLÉMENTS SOULIGNÉS SONT DES LIENS

SOMMAIRE

CHAPITRE N°1 :	PRÉSENTATION DU RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIF.....	3
CHAPITRE N°2 :	TABLEAU DES GARANTIES.....	6
CHAPITRE N°3 :	LEXIQUE.....	8
CHAPITRE N°4 :	ADHÉSIONS DES AGENTS	9
CHAPITRE N°5 :	COTISATIONS	11
CHAPITRE N°6 :	GARANTIES	15
6.1	GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL	15
6.2	GARANTIE INVALIDITÉ PERMANENTE	19
6.3	GARANTIE PERTE DE RETRAITE	20
6.4	GARANTIE DÉCÈS TOUTES CAUSES ET INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE	21
6.5	GARANTIE ACCOMPAGNEMENT SOCIAL ET ASSISTANCE	22
CHAPITRE N°7 :	EXCLUSIONS.....	24
CHAPITRE N°8 :	DISPOSTIFS DE MAINTIEN ET DE RENFORT DES GARANTIES.....	25
CHAPITRE N°9 :	JUSTIFICATIFS À PRODUIRE POUR LE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS	27
CHAPITRE N°10 :	PROTECTION DE LA CLIENTÈLE.....	29
10.1	TRAITEMENT DE VOS DONNÉES PERSONNELLES.....	29
10.2	CONTACTS EN CAS DE RÉCLAMATION ET DE MÉDIATION.....	30

CHAPITRE N°1 : PRÉSENTATION DU RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIF

Dispositions générales.

Votre employeur vous verse une **participation** si vous adhérez aux garanties d'assurance prévoyance du **contrat à adhésion obligatoire** souscrit par les cinq Centres de Gestion de la FPT des Pays de la Loire et des collectivités du ressort géographique cinq Centres de Gestion de la FPT des Pays de la Loire auprès de TERRITORIA Mutuelle, Mutuelle régie par le Livre II du Code de la Mutualité.

La participation de votre employeur aux garanties d'assurance prévoyance complémentaire que vous avez souscrites est régie par :

- Les dispositions du **décret 2011-1474 du 8 novembre 2011** relatif à la participation des employeurs territoriaux au financement de la protection sociale de leurs agents ;
- La législation sur les assurances, dont le Code de la Mutualité et la **loi n°89-1009 du 31 décembre 1989** renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, dite « Loi Evin » ;
- Les statuts de TERRITORIA Mutuelle ;
- Les dispositions du contrat collectif, souscrit par les cinq Centres de Gestion de la FPT des Pays de la Loire et des collectivités du ressort géographique cinq Centres de Gestion de la FPT des Pays de la Loire, rendu obligatoire pour tous les agents en situation d'activité à la date d'effet du contrat, suite à la signature d'un accord collectif, majoritaire entre les organisations syndicales représentatives et les cinq Centres de Gestion de la FPT des Pays de la Loire et des collectivités du ressort géographique cinq Centres de Gestion de la FPT des Pays de la Loire.

Sur la base du Bulletin d'Adhésion Employeur reçu signé, vous devenez un membre participant de TERRITORIA Mutuelle. La signature du Bulletin d'Adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts de la Mutuelle, et des droits et obligations définis par la présente Notice d'Information. Vous pouvez, dès lors, participer à la vie démocratique de la Mutuelle.

L'organisme d'assurance qui vous assure est TERRITORIA Mutuelle, Mutuelle régie par le Livre II du Code de la Mutualité, ayant son siège social au 54 rue de Gabiel – CS 76016 – 79185 Chauray Cedex.

En application de l'article L.211-5 du Code de la Mutualité, APICIL Mutuelle, ayant son siège 51 boulevard Marius Vivier Merle 69003 Lyon, se substitue intégralement à TERRITORIA Mutuelle, pour la constitution des garanties d'assurances maladie et accident offertes aux assurés de la substituée, relevant des branches 1, 2 et 20, tels qu'ils sont définis dans le règlement mutualiste de TERRITORIA Mutuelle, qui fait partie intégrante de la convention. La Mutuelle substituante, APICIL Mutuelle, donne à la Mutuelle substituée, sa caution solidaire pour l'ensemble de ses engagements financiers et charges, y compris non assurantiels, vis-à-vis des membres participants appartenant, ayant appartenu ou en lien avec la Fonction Publique, ayants droit, bénéficiaires et de toute autre personne physique ou morale. APICIL Mutuelle dispose d'un agrément pour les branches 1, 2, 20 et 21.

Si l'agrément d'APICIL Mutuelle lui était retiré pour ces branches, les garanties seraient résiliées le quarantième jour (40^{ème}) à midi à compter de la publication de la décision de retrait d'agrément, la portion afférente à la période non garantie étant alors remboursée au membre participant ou au souscripteur du contrat collectif.

Conformément aux dispositions du Code de la Mutualité, l'autorité chargée du contrôle de la Mutuelle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située au 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

Notice d'information.

La Mutuelle établit la présente Notice d'Information qui définit les garanties, leurs modalités d'entrée en vigueur et les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque (congé de maladie à demi-traitement, mise en invalidité, décès...). 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. Votre employeur est tenu de vous remettre cette Notice d'Information et les statuts de la Mutuelle. Lorsque des modifications sont apportées à vos droits et obligations par avenant au contrat collectif, votre employeur est tenu de vous informer en vous remettant une nouvelle Notice d'Information établie à cet effet par la Mutuelle.

Ce qui est garanti.

Les garanties proposées ont pour objectif de compenser :

Pour les agents titulaires et non titulaires :

- Un contrat de base composé d'un socle de garanties obligatoires : Incapacité Temporaire de Travail et Invalidité (+Reprise du Passif si souscrite par les cinq Centres de Gestion de la FPT des Pays de la Loire et des collectivités du ressort géographique cinq Centres de Gestion de la FPT des Pays de la Loire) ;
- Une option 1 facultative : garantie Perte de retraite consécutive à une invalidité ;
- Une option 2 facultative : garantie Décès/IAD ;
- Une option 3 facultative : maintien du RI pendant des périodes à plein traitement en CLM, CLD & CGM.

Les garanties précitées sont détaillées au chapitre 6.

Pour les garanties qui compensent votre perte de salaire, la Mutuelle intervient uniquement en relais et en complément des prestations et obligations de votre employeur et/ ou de la Sécurité Sociale ou des organismes publics de retraite (CNRACL et IRCANTEC uniquement).

Ce qui n'est pas garanti :

Ne sont pas garantis :

- ✘ Votre perte de salaire en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle si vous êtes agent affilié à la CNRACL, car votre employeur maintient votre plein traitement et votre Régime Indemnitaire pendant cette période ;
- ✘ Les rechutes ne sont pas prises en charge dès lors que la pathologie à l'origine de l'arrêt est née, a été indemnisée par un ancien assureur sous couvert d'un contrat collectif ;
- ✘ Les arrêts de travail survenus antérieurement à la date d'effet de l'adhésion ;
- ✘ Les frais de soins engagés en cas de maladie ou d'accident, car ils sont garantis au titre de votre contrat d'assurance complémentaire santé.

CHAPITRE N°2 : TABLEAU DES GARANTIES

TABLEAU DES GARANTIES			
VOTRE EMPLOYEUR PARTICIPE UNIQUEMENT SUR LES GARANTIES OBLIGATOIRES.			
PRESTATIONS	NATURE	PLAFONDS D'INDEMNISATIONS	TAUX DE COTISATION TTC
LES GARANTIES OBLIGATOIRES DE BASE			
INCAPACITÉ DE TRAVAIL MAINTIEN DE SALAIRE	INDEMNITÉS JOURNALIÈRES	95% TIN + NBIN + RIN À HAUTEUR DE <ul style="list-style-type: none"> ▪ 0% en congé de maladie ordinaire à plein traitement ; ▪ 95% en congé de maladie ordinaire à demi-traitement (dès le 1^{er} jour à demi-traitement) ; ▪ 0% en congés de longue maladie, longue durée et grave maladie à plein traitement ; ▪ 95% en congés de longue maladie, longue durée et grave maladie en demi-traitement (dès le 1^{er} jour à demi-traitement). 	1.50% TIB + NBIB + RIB
INVALIDITÉ PERMANENTE	RENTE MENSUELLE	95% TIN + NBIN + RIN	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Agent CNRACL bénéficiant d'un taux d'invalidité ≥ 50% ou ▪ Agent IRCANTEC bénéficiant d'un taux d'invalidité ≥ 66% ou classés en invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie. 		M = R x I / 50 %	
REPRISE DU PASSIF	CHOIX DU CDG 44 : OUI <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/>		0.14% TIB + NBIB + RIB

GARANTIES OPTIONNELLES (aux choix de l'agent)			
OPTION 1 : PERTE DE RETRAITE SUITE À UNE INVALIDITÉ (UNIQUEMENT POUR LES AGENTS CNRACL)	CAPITAL	20 000 €	0.63% TIB + NBIB + RIB
OPTION 2 : DÉCÈS TOUTES CAUSES & IAD	CAPITAL	50% DU REVENU ANNUEL BRUT & VERSEMENT PAR ANTICIPATION D'UN CAPITAL ÉGAL À 100% DU CAPITAL DÉCÈS	0.22% TIB + NBIB + RIB

RENFORT OPTIONNEL (au choix de l'agent)

<p>OPTION 3 : <u>RENFORT MAINTIEN DU RI</u> <u>EN CLM, CLD & CGM</u></p>	<p>INDEMNITÉS JOURNALIÈRES</p>	<p>95% RIN DÈS LE 1^{ER} JOUR D'ARRÊT POUR LES PÉRIODES À PLEIN TRAITEMENT</p>	<p>0.18% TIB + NBIB + RIB</p>
---	--	--	-----------------------------------

TIN : Traitement Indiciaire Net,

TIB : Traitement Indiciaire Brut,

NBIN : Nouvelle Bonification Indiciaire Nette,

NBIB : Nouvelle Bonification Indiciaire Brute,

RIN : Régime Indemnitare Net,

RIB : Régime Indemnitare Brut,

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale.

M = Montant de la rente versée

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 (inférieur à 50 %)

CHAPITRE N°3 : LEXIQUE

Accident : toute atteinte corporelle provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure et non intentionnelle de la part de l'adhérent survenu après la date de prise d'effet du contrat.

Adhésion : acte formel qui permet à un agent d'adhérer au contrat collectif et de bénéficier des engagements d'assurance de la Mutuelle moyennant paiement de sa cotisation en qualité d'assuré, et de devenir membre participant de la Mutuelle.

Assurés : fonctionnaires et agents contractuels de droit public et de droit privé dans l'effectif de l'employeur, y compris les agents détachés ou mis à la disposition par l'employeur auprès d'un autre employeur public.

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

Échéance : 1^{er} janvier.

Employeurs : Collectivités et établissements publics du Maine-et-Loire employant de 1 à 350 agents. En adhérant, les employeurs deviennent membres honoraires de la Mutuelle.

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

Maladie : affection constatée par une autorité médicale et mettant la personne dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions, survenue après la date de prise d'effet du contrat.

Membre participant : personne physique qui bénéficie des prestations de la Mutuelle à laquelle elle a adhéré et en ouvre le droit à leurs ayants droit. Les conditions dans lesquelles une personne est considérée comme ayant droit d'un membre participant sont définies par les statuts de la Mutuelle. Toute personne qui souhaite être membre de la Mutuelle fait acte et reçoit gratuitement copie des statuts de la Mutuelle. La signature du Bulletin d'Adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts et des droits et obligations définis par le contrat collectif. Tous actes ou délibérations ayant pour objet une modification des statuts sont portés à la connaissance de chacun des adhérents.

Mutuelle : TERRITORIA Mutuelle.

Souscripteur du contrat : les cinq Centres de Gestion de la FPT des Pays de la Loire et des collectivités du ressort géographique cinq Centres de Gestion de la FPT des Pays de la Loire.

CHAPITRE N°4 : ADHÉSIONS DES AGENTS

Absence de limite d'âge à l'adhésion.

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

Demande et date d'effet de l'adhésion aux garanties obligatoires de base.

Après réception du Bulletin d'Adhésion Employeur (confirmant l'engagement de votre collectivité dans la Convention de Prévoyance), votre employeur envoie à la Mutuelle la liste exhaustive des agents (sauf dérogations. Se reporter aux différents accords collectifs en vigueur).

À réception la Mutuelle intègre l'ensemble des adhérents avec les garanties obligatoires. Les adhérents reçoivent par email leur confirmation d'adhésion.

Formalisation de l'adhésion aux options facultatives.

Les adhésions sont formalisées par un Bulletin d'Adhésion.

La date d'effet de l'adhésion est le premier jour du mois suivant la demande de l'adhésion en cas de demande d'adhésion postérieurement à la date d'effet du contrat.

Droit de renonciation aux options facultatives.

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

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

Durée de l'adhésion des options et résiliation.

L'adhésion est annuelle. Elle est tacitement reconduite chaque année, à la date d'échéance du contrat.

Résiliation des options facultatives à l'initiative de l'agent :

L'assuré conserve la faculté de résilier les options facultatives souscrites en adressant deux mois au moins avant cette date par lettre recommandée ou par envoi d'un recommandé électronique ou par lettre ou tout autre support durable ou par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la Mutuelle, par acte extrajudiciaire ou par un mode de communication à distance, lorsque le contrat a été conclu par ce biais. L'assuré doit joindre les pièces justificatives requises à sa demande. La Mutuelle confirme la réception de cette notification par écrit à l'assuré.

Résiliation à l'initiative du souscripteur : moyennant un préavis de six (6) mois avant l'échéance, réduit à deux (2) mois dans le cas d'une proposition de majoration tarifaire par la Mutuelle refusée par le Souscripteur ;

Résiliation à l'initiative des collectivités et établissements publics : moyennant un préavis de six (6) mois avant l'échéance, réduit à deux (2) mois dans le cas d'une proposition de majoration tarifaire par la Mutuelle refusée par le Souscripteur ;

Résiliation à l'initiative de TERRITORIA Mutuelle : la Mutuelle, moyennant un préavis de six (6) mois avant l'échéance.

Adhésion aux garanties obligatoire

Est obligatoirement couvert pour les garanties obligatoire :

- Les agents en situation normale d'activité à la date de mise en place du contrat collectif à adhésion obligatoire sont couverts ;
- Les sinistres nés à compter de la date d'effet du contrat collectif à adhésion obligatoire sont pris en charge par la Mutuelle ;
- L'agent embauché postérieurement à la date de mise en place du contrat collectif et en activité normale de service ;
- Les agents à temps partiel pour raison thérapeutique peuvent adhérer dès la date de prise d'effet du contrat collectif à adhésion obligatoire. Toutefois, les garanties s'appliqueront sous réserve que la maladie ou l'accident à l'origine du sinistre soit différent de la maladie ou de l'accident qui est à l'origine de la situation d'incapacité à temps partiel pour raison thérapeutique ou invalidité existant antérieurement à la date d'effet du contrat. Les conséquences de la maladie ou de l'accident en cours à cette date ne seront pas prises en charge au titre du contrat ;
- Les agents en Congé de Maladie Ordinaire, Congé Longue Maladie, Congé Longue Durée, Grave Maladie, Disponibilité d'Office pour raison de santé à la date de prise d'effet du contrat, peuvent adhérer soit :
 - À l'issue d'une reprise effective de leur activité d'au moins égale à 30 jours continus pour les agents non couverts précédemment par un contrat collectif ;
 - Immédiatement pour les agents déjà couverts par un contrat collectif de même nature antérieurement à la date de leur demande d'adhésion ;
- Les agents en disponibilité ou en congé parental, le contrat sera suspendu et reprendra ses effets dès que l'agent réintègrera l'Employeur ;
- Les agents en Disponibilité d'Office à l'expiration des droits statutaires à congé de maladie, ainsi que pour les agents en situation de maintien du demi-traitement par l'employeur au titre de l'article 17 du décret n°87- 602, la Mutuelle maintiendra le versement des prestations.

Cessation de l'adhésion.

Les garanties cessent de produire leur effet, sauf cas de la portabilité de l'adhésion :

- À la date à laquelle l'assuré cesse de bénéficier de la qualité d'agent ;
- En cas de non-paiement de la cotisation par l'assuré ;
- À 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 ;
- À la date d'effet de la résiliation du contrat par le souscripteur.

Changement de garanties.

Le changement de garanties, à la hausse comme à la baisse (rajout ou suppression d'options facultatives), ne peut intervenir qu'au 1^{er} janvier de chaque année et est soumis aux conditions suivantes :

- L'agent ne doit pas être en arrêt ;
- Le préavis est de deux mois.

CHAPITRE N°5 : COTISATIONS DES AGENTS EN ACTIVITÉ

Les cotisations sont exprimées en pourcentage de la rémunération brute incluant, le Traitement Indiciaire Brut (TIB) la Nouvelle Bonification Indiciaire (NBI), le Régime Indemnitaire (RI) et l'ensemble des primes liées à l'activité et/ou à la fonction et/ou aux sujétions lorsqu'elles sont mensualisées y compris le prélèvement primes/points, la rémunération forfaitaire des collaborateurs de cabinet.

Les cotisations seront payées mensuellement.

Les Employeurs effectueront le précompte sur salaire des cotisations à acquitter au titre de ladite convention et reversera les cotisations, mensuellement à terme échu, à la Mutuelle.

Dans un délai d'un mois à compter de la réception du versement, la Mutuelle validera définitivement le montant versé par les Employeurs au titre des cotisations M-1.

À l'issue de ce délai, les sommes versées sont réputées acquises et validées. Aucun recours, de la part de la Mutuelle, ne sera accepté.

La Mutuelle transmettra aux Employeurs chaque mois en fonction du planning de paie, un fichier de l'ensemble des agents adhérents avec toutes les informations permettant d'effectuer le précompte des cotisations sur salaire, et le versement de la participation employeur. Les modalités de mise en place du précompte seront précisées ultérieurement. Les adhésions comprendront obligatoirement une étape de validation des Employeurs .

La Mutuelle renonce à suspendre les garanties ou à résilier le contrat si le retard de paiement des primes est dû à l'exécution des formalités administratives auxquelles l'assuré est astreint en matière de comptabilité publique.

La Mutuelle s'engage à établir des quittances ou des attestations d'appel de primes pour les Employeurs.

Dans le cas des exclusions temporaires de fonctions à partir de 30 jours, et lorsque la retenue du montant de la cotisation ne pourra être opérée sur le bulletin de salaire, l'adhérent assurera lui-même le paiement de sa cotisation. Dans ce cas, les Employeurs informeront la Mutuelle.

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

Exonération de cotisations.

En cas de versement par la Mutuelle de la rente d'invalidité permanente, les assurés bénéficient d'une exonération de cotisations.

Évolution des cotisations.

La Mutuelle s'engage à respecter l'article 20 du décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 qui stipule que le dépassement des limites tarifaires prévues dans l'offre n'est possible que dans les cas suivants et si le changement revêt un caractère significatif :

- Aggravation de la sinistralité⁽¹⁾ : L'aggravation de la sinistralité est calculée à partir du rapport P/C cumulé de la convention comportant au moins 2 années. L'indexation tarifaire sera conforme au respect de l'encadrement tarifaire indiqué ;
- Variation du nombre d'agents adhérents : On entend par caractère significatif une baisse de 20% du nombre d'agents adhérents par rapport au nombre d'agents adhérents au 31/12 de l'année précédente ;
- Évolutions démographiques ;
- Modifications de la réglementation.

Les cotisations sont maintenues les trois premières années de la convention. En tout état de cause, le montant de la revalorisation annuelle de la cotisation au-delà d'un P/C > à 125 % sera plafonné à 15%. Elles peuvent être revues les années qui suivent en fonction du ratio P/C (rapport entre les prestations, frais de gestion et provisions⁽²⁾ sur les cotisations) constaté selon le tableau suivant :

PÉRIODES	RATIO P/C	TAUX DE MAJORATION
2025, 2026 & 2027	/	0%
2028, 2029 & 2030	P/C < 105%	5%
	P/C < 110%	10%
	P/C < 115%	15%
	P/C < 125%	15%
	P/C > 125%	15%
Le P/C (ratio Prestations / Cotisations hors taxes) s'apprécie sur la base du compte de résultat cumulé depuis la date d'effet du contrat		

(1) L'aggravation de la sinistralité doit être constatée par la Mutuelle par garantie sur la base :

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

(2) Modalités de calcul des provisions :

Les provisions techniques correspondent aux charges à prévoir pour faire face aux paiements futurs des sinistres survenus durant la période.

Elles se décomposent en trois types de provisions

- Les Provisions pour Sinistre A Payer (PSAP) :
Elles correspondent aux charges à prévoir pour faire face au paiement des prestations pouvant être payées jusqu'à la date d'inventaire pour les arrêts en cours connus.
Exemple : Les prestations dues pour le mois de décembre et non réglées à la date d'inventaire ;
- Les Provisions Mathématiques (PM) :
Elles correspondent aux charges à prévoir pour faire face au paiement des prestations après la date d'inventaire pour les arrêts en cours connus compte tenu des probabilités de durée des sinistres.
Exemple : Les prestations incapacités payées après la date d'inventaire pour un arrêt en cours, mais également les prestations futures dans le cas d'une mise en retraite pour invalidité ;
- Les provisions pour tardifs, aussi appelées IBNR (Incurred But Not Reported) :
Elles correspondent aux charges à prévoir pour les arrêts qui sont en cours mais dont nous n'avons pas connaissance
Exemple : Un sinistre pas encore déclaré à la Mutuelle.

La méthode de calcul des provisions techniques suit la réglementation en vigueur pour le risque prévoyance.

Elle est réalisée à l'aide de tables de probabilités construites par la Mutuelle d'après l'expérience de son portefeuille. Ces tables ont été certifiées en 2020 et les provisions prennent en compte les spécificités du risque prévoyance complémentaire des agents de la fonction publique territoriale.

L'ensemble des calculs actuariels est audité et validé par nos commissaires aux comptes lors de la clôture annuelle

Seules sont autorisées les augmentations de cotisations résultant d'une majoration uniforme du tarif pour le type de garantie ou de contrat, à l'exclusion des majorations individuelles fondées sur l'évolution de l'état de santé de l'adhérent.

La Mutuelle s'engage à informer les Employeurs, et à justifier toute augmentation des tarifs au moins 6 mois avant la date d'échéance annuelle du contrat d'assurance. Les Employeurs disposeront d'un délai de 3 mois pour répondre favorablement ou défavorablement.

L'augmentation des tarifs fera l'objet d'un échange préalable en amont de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception. En tout état de cause, la Mutuelle s'engage à ne pas procéder à d'augmentation de tarifs sans présentation d'une alternative en termes de maîtrise des dépenses.

Précisions.

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

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

- Le principe de base : la cotisation est due quoi qu'il arrive et quel que soit le contrat concerné. Notre engagement d'assurance a comme contrepartie la cotisation. Même si une partie du salaire est supprimée (primes ou autre), notre engagement reste le même. Donc la cotisation reste entière, tout comme notre engagement reste entier.

CHAPITRE N°6 : GARANTIES

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la rémunération nette incluant :

- Le Traitement Indiciaire (TI) ;
- La Nouvelle Bonification Indiciaire (NBI) ;
- Le Régime Indemnitaires (RI) et l'ensemble des primes liées à l'activité et/ou à la fonction et/ou aux sujétions lorsqu'elles sont mensualisées y compris le prélèvement primes/points), la rémunération forfaitaire des collaborateurs de cabinet.

6.1 GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL

La garantie « Incapacité temporaire de travail » a pour objet d'assurer aux agents adhérents n'ayant pas l'âge de la retraite à taux plein automatique, le versement d'indemnités journalières en cas d'incapacité totale d'exercer une activité professionnelle par suite de maladie ou d'accident médicalement constaté.

La garantie se déclenche **en complément et en relais des obligations statutaires**, dès lors qu'un agent assuré perçoit des prestations soit de l'employeur (agents affiliés à la CNRACL), soit du régime général d'assurance maladie (agents affiliés à l'IRCANTEC).

Cette garantie s'applique également aux agents assurés qui sont amenés temporairement à exercer leur activité à temps partiel pour raisons médicales.

Montant de la prestation.

L'objectif de cette garantie maintien de traitement est d'assurer aux agents en situation d'incapacité temporaire :

Agents titulaires et non titulaires :

En cas de Congé de Maladie Ordinaire (CMO) : 95 % du revenu mensuel net de référence que l'agent aurait perçu - TIB, NBI et RI + primes liées à l'activité - déduction faite des sommes perçues au cours du mois (demi-traitement, indemnités journalières de la Sécurité Sociale, indemnités versées par l'employeur).

En cas de Congés de Longue Maladie (CLM) : 95 % du revenu mensuel net de référence que l'agent aurait perçu - TIB, NBI et RI + primes liées à l'activité, déduction faite des sommes perçues au cours du mois (demi-traitement, indemnités journalières de la Sécurité Sociale, indemnités versées par l'employeur)

En cas de Congé de Grave Maladie (CGM) : 95 % du revenu mensuel net de référence que l'agent aurait perçu - traitement, NBI et RI + primes liées à l'activité - déduction faite des sommes perçues au cours du mois (demi-traitement, indemnités journalières de la Sécurité Sociale, indemnités versées par l'employeur).

En cas de Congés de maladie de Longue Durée (CLD) : 95 % revenu mensuel net de référence que l'agent aurait perçu - traitement, NBI et RI + primes liées à l'activité - déduction faite des sommes perçues au cours du mois (demi-traitement, indemnités journalières de la Sécurité Sociale, indemnités versées par l'employeur).

Pour les agents en CLM, CLD, CGM, Disponibilité, la Mutuelle maintiendra le versement des prestations, dans l'attente de la décision du Conseil Médical à raison d'un minimum de 3 mois.

Agents de droit privé : 95 % du revenu mensuel net que l'agent aurait perçu.

Agents travaillant à temps partiel pour raisons médicales, qui perçoivent des prestations au titre de la présente garantie et qui sont en arrêt total de travail à nouveau, les indemnités journalières sont calculées et versées à hauteur de 95 % du revenu mensuel net de référence ayant donné lieu à cotisation que l'agent adhérent aurait perçu sur la base de son temps d'activité avant la reconnaissance du temps partiel, déduction faite des sommes perçues (demi-traitement, indemnités journalières de la Sécurité Sociale).

En matière d'Incapacité Temporaire de Travail, il est précisé que les cinq Centres de Gestion de la Fonction Publique Territoriale des Pays de la Loire et les employeurs publics appliquent différentes modalités de maintien du Régime Indemnitare en cas de CLM, de CLD ou de CGM. En tout état de cause, le contrat collectif de prévoyance devra prévoir un niveau d'indemnisation du Régime Indemnitare à hauteur de 95 % du Régime Indemnitare Net en cas de CLM, de CLD ou de CGM, afin de garantir aux agents le maintien de 95 % de leur revenu net en relais et en complément des obligations statutaires en cas de CLM, de CLD ou de CGM.

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 95 % du revenu de référence mensuel net inclus dans l'assiette des cotisations que l'agent adhérent aurait perçue s'il avait continué d'exercer son activité. En cas de dépassement de cette limite, les indemnités versées par la Mutuelle, sont réduites à due concurrence de ce montant.

Déclenchement des prestations.

Pour les agents titulaires et stagiaires affiliés à la CNRACL :

En cas de Congé de Maladie Ordinaire (CMO) : intervention de la Mutuelle en complément des droits statutaires à compter du 91^{ème} jour d'arrêt de travail et jusqu'au 365^{ème} jour d'arrêt de travail.

En cas de Congés de Longue Maladie (CLM) : intervention de la Mutuelle en complément des droits statutaires à compter du 366^{ème} jour d'arrêt de travail jusqu'au 1095^{ème} jour d'arrêt de travail ; soit à partir de la 2^{ème} année et jusqu'à la fin de la 3^{ème} année.

En cas de Congés de maladie de Longue Durée (CLD) : intervention de la Mutuelle en complément des droits statutaires à compter du 1096^{ème} jour d'arrêt de travail et jusqu'à la fin de la 5^{ème} année d'arrêt de travail.

En cas de Congés de Longue Durée suite à une maladie contractée en service : intervention de la Mutuelle en complément des droits statutaires à compter de la 6^{ème} année jusqu'à la fin de la 8^{ème} année.

En cas de mise en Disponibilité d'Office pour les agents titulaires suite à épuisement des droits à Congé de Maladie Ordinaire, ainsi que ceux en attente du conseil médical, la garantie s'applique dans la limite de 1 095 jours d'indemnisation.

Toutefois, les agents placés en Disponibilité d'Office pour raison de santé seront pris en charges par la Mutuelle dans l'attente d'une décision du conseil médical, et de la notification de leur passage en Retraite pour Invalidité ou de leur licenciement pour inaptitude.

Quel que soit le congé maladie, pour les agents en attente d'une décision du Conseil Médical, la garantie devra s'appliquer dans la limite de 1095 jours d'indemnisation.

Pour les agents titulaires et stagiaires sur un poste à temps non complet affiliés au régime de la Sécurité Sociale et à l'IRCANTEC :

En cas de Congé de Maladie Ordinaire (CMO) : intervention de la Mutuelle en relais et en complément des droits statutaires à compter du 91^{ème} jour d'arrêt de travail et jusqu'au 365^{ème} jour d'arrêt de travail.

En cas de Congé de Grave Maladie (CGM) : intervention de la Mutuelle à partir du début de la 2^{ème} année jusqu'à la fin de la 3^{ème} année soit jusqu'au 1 095^{ème} jour.

En cas de mise en Disponibilité d'Office suite à épuisement des droits statutaires ainsi que ceux en attente du conseil médical, la garantie s'applique dans la limite de 1 095 jours d'indemnisation.

Toutefois, les agents placés en Disponibilité d'Office pour raison de santé seront pris en charges par la Mutuelle dans l'attente d'une décision du conseil médical, et de la notification de leur passage en Retraite pour Invalidité ou de leur licenciement pour inaptitude.

Quel que soit le congé maladie, pour les agents en attente d'une décision du Conseil Médical, la garantie devra s'appliquer dans la limite de 1095 jours d'indemnisation.

Pour les agents non titulaires affiliés au régime général de la Sécurité Sociale et à l'IRCANTEC en cas de Congé de Maladie Ordinaire (CMO):

intervention de la Mutuelle en relais et en complément des droits statutaires, pour les agents :

- Ayant une ancienneté comprise entre 4 mois et 2 ans : à partir du 31^{ème} jour d'arrêt de travail continu ou discontinu, et lorsque l'assuré subit une perte de salaire ;
- Ayant une ancienneté comprise entre 2 ans et 3 ans : à partir du 61^{ème} jour d'arrêt de travail continu ou discontinu, et lorsque l'assuré subit une perte de salaire ;
- Ayant une ancienneté égale ou supérieure à 3 ans : à partir du 91^{ème} jour d'arrêt de travail continu ou discontinu et lorsque l'assuré subit une perte de salaire.

En cas de Congé de Grave Maladie (CGM) : intervention de la Mutuelle à partir du début de la 2^{ème} année jusqu'à la fin de la 3^{ème} année. Ces prestations sont versées jusqu'au 1095^{ème} jour d'arrêt de travail, y compris pour les agents en attente de la décision du conseil médical.

Le versement des prestations cesse dès la fin de l'indemnisation des prestations statutaires ou de la Sécurité Sociale, ou dès que l'assuré a repris une activité professionnelle.

Agents à temps partiel pour raisons médicales :

Si la reprise à temps partiel se situe pendant la période à plein traitement prise en charge par l'employeur, la Mutuelle indemnise l'agent adhérent au terme de la période à plein traitement à laquelle il aurait pu prétendre s'il n'avait pas repris son activité à temps partiel.

Si l'agent adhérent est amené à travailler à temps partiel pour des raisons médicales sans avoir été en arrêt complet de travail auparavant, le versement des indemnités journalières intervient au terme d'un délai de carence égal :

- Pour les agents dont le traitement est maintenu par l'employeur, au nombre de jours pendant lequel l'employeur aurait maintenu le plein traitement pour un arrêt de travail complet dans le cadre d'un Congé de Maladie Ordinaire ;
- Pour les agents dont le traitement n'est pas maintenu par l'employeur et relevant du régime général de la Sécurité Sociale, à 60 jours.

La durée d'indemnisation quel que soit le statut de l'agent est fixée à **3 ans maximum** soit **1095 jours**.

Terme du versement des indemnités journalières :

Le service des indemnités journalières prend fin à compter :

- Soit du jour de la reprise d'activité de l'agent ;
- 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 de l'adhérent ;
- Soit de la liquidation de la pension de retraite ;
- Soit de l'expiration de la durée de 1 095 jours ;
- Soit à l'âge de départ à la retraite à taux plein automatique de l'adhérent ;
- Soit du décès de l'adhérent ;
- Soit en cas de démission ou de radiation des effectifs de la collectivité ;
- Soit à la fin d'un contrat de travail d'un agent contractuel.

Requalification du congé de maladie et rétablissement du plein traitement.

En cas de rétablissement du plein traitement par l'employeur, à effet rétroactif, pour la période indemnisée au titre de la garantie, lorsque l'assuré est placé en Congé de Longue Maladie ou en Congé de Longue Durée ou en CITIS à effet rétroactif, les indemnités versées par la Mutuelle doivent lui être remboursées intégralement. À ce titre, les cinq Centres de Gestion de la Fonction Publique Territoriale des Pays de la Loire souhaitent qu'un processus de gestion des indus optimal pour les agents soit proposé par les candidats.

Contrôles médicaux.

Les éventuels contrôles médicaux diligentés par la Mutuelle ne pourront en aucun cas aller à l'encontre de l'avis du conseil médical. Ainsi, en cas de conclusions de contrôles médicaux contraires à l'avis du conseil médical, le versement des indemnités journalières complémentaires des agents concernés ne pourra être suspendu.

6.2 GARANTIE INVALIDITÉ PERMANENTE

La garantie "Invalidité" a pour objet le versement d'une rente aux agents adhérents 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 :

- Qui sont mis à la retraite pour invalidité pour les agents affiliés à la CNRACL :
 - Et bénéficient d'un taux d'invalidité ≥ 50 %.
Le taux de couverture est alors de 95 % du traitement de référence mensuel net ;
 - Et bénéficient d'un taux d'invalidité < 50 %
La rente d'invalidité versée est alors proportionnelle au taux d'invalidité définie par la CNRACL, selon la formule suivante :
$$M = R \times I / 50 \%$$
avec :
 - « M » pour montant de la rente versée ;
 - « R » pour montant de la rente pour un pourcentage d'invalidité retenu par la CNRACL d'au moins 50 % ;
 - « I » pour pourcentage d'invalidité retenu par la CNRACL (inférieur à 50 %).

Ou

- Qui justifient d'un taux d'invalidité d'au moins 2/3 avec un classement en 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie au sens de l'article L.341-4, 2^{ème} et 3^{ème} 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 (pour les agents affiliés au régime général de la Sécurité Sociale et de l'IRCANTEC).

Déclenchement des prestations.

Pour les agents affiliés à la CNRACL :

- À la date de la mise à la retraite pour invalidité sans taux minimal d'invalidité, ou lorsque l'agent est en attente de décision du conseil médical.

Pour les agents affiliés au régime général de la Sécurité Sociale et à l'IRCANTEC :

- À la date d'attribution de la pension d'invalidité de la Sécurité Sociale de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie,

Ou

- À 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.

Les agents placés en Disponibilité d'Office pour raison de santé sont pris en charge par la Mutuelle dans l'attente d'une décision du conseil médical.

Règle de cumul :

Le montant de la rente versée par la Mutuelle 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 95 % du traitement de référence net mensuel pris en compte au jour de la prise en charge par la Mutuelle 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 est réduite à due concurrence de ce montant.

Revalorisation.

La Mutuelle définit le taux de revalorisation de cette rente au 1^{er} juillet de chaque année. La revalorisation s'effectue sur la base de l'évolution de l'indice 100 majoré de la Fonction Publique constatée au cours des 12 derniers mois.

Terme du versement de la rente :

Le versement de la rente cesse soit :

- À la date de reprise d'une activité professionnelle ;
- À la date où l'agent atteint l'âge légal d'ouverture des droits à la retraite ;
- À décès de l'agent ;
- À la liquidation de la pension vieillesse de l'agent.

6.3 GARANTIE PERTE DE RETRAITE

Définition.

La garantie Perte de retraite a pour objet le versement d'un capital forfaitaire à l'adhérent en cas de perte de retraite consécutive à une invalidité survenue avant l'âge de départ à la retraite.

La garantie perte de retraite offre un capital forfaitaire en relais de la garantie invalidité à partir de l'âge légal d'ouverture des droits à la retraite, à hauteur de 20 000 €.

6.4 GARANTIE DÉCÈS TOUTES CAUSES ET INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE

Définition.

Garantie Capital Décès aux ayants droit

La garantie « Décès » a pour objet le versement d'un capital aux ayants droit de l'agent adhérent ou tout autre bénéficiaire désigné, en cas de décès de l'agent.

Le capital décès toutes causes est fixé à 50 % du revenu annuel brut de référence.

Garantie Invalidité Absolue & Définitive (IAD)

Cette garantie a pour objet le versement d'un capital à l'agent adhérent en cas d'Invalidité Absolue et Définitive, lorsqu'il est prouvé qu'il est totalement inapte à la moindre activité et ceci de façon irréversible.

Le capital « Invalidité Absolue et Définitive » est fixé à 50 % du revenu annuel brut de référence.

Le versement du capital en cas d'Invalidité Absolue et Définitive met fin à la garantie Décès.

Bénéficiaires.

Pour le capital d'Invalidité Absolue et Définitive, le bénéficiaire est l'assuré.

Pour le capital en cas de décès de l'assuré, les bénéficiaires sont la (ou les) personne(s) ayant fait l'objet d'une désignation écrite de l'assuré auprès de la Mutuelle, et formalisée dans le Bulletin d'Adhésion.

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 leurs parts respectives.

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 ;
- À défaut à ses enfants vivants ou représentés ;
- À défaut à ses petits-enfants ;
- À défaut de descendants directs, à ses parents survivants ;
- À défaut de ceux-ci, aux grands-parents survivants ;
- À défaut, et par parts égales, à ses frères et sœurs ;
- À 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.

6.5 MAINTIEN DU RÉGIME INDEMNITAIRE PENDANT LES PÉRIODES À PLEIN TRAITEMENT EN CLM/CLD/CGM

La garantie « Maintien du régime indemnitaire pendant les périodes à plein traitement en CLM/CLD/CGM » a pour objet d'assurer aux agents en situation d'incapacité temporaire de travail une couverture de 95 % de leur Régime Indemnitaire Net pendant les périodes à Plein Traitement en cas de Congés de Longue Maladie (CLM), de Grave Maladie (CGM) ou de Maladie de Longue Durée (CLD).

6.6 GARANTIE ACCOMPAGNEMENT SOCIAL ET ASSISTANCE

Tout assuré et les personnes vivant sous son toit, domiciliées en France Métropolitaine, bénéficient automatiquement d'un accompagnement social et de l'Assistance Maintien de Traitement, garantie assurée par Inter Mutuelles Assistance 24h/24 et 7j/7.

Accompagnement social.

L'accompagnement social a pour objet de mettre en place un service d'écoute, d'informations et de conseils sur les thématiques d'accompagnement des situations des membres participants ; la famille et les aléas, la santé, la vie professionnelle et la conciliation avec la vie quotidienne. Les conseillers ont pour missions :

- La prise en compte de l'interlocuteur en tant que personne ;
- Le diagnostic de la situation ;
- La recherche de ses besoins réels au-delà de la demande initiale ;
- La co-construction des solutions avec la personne elle-même.

Assistance.

L'Assistance Maintien de Traitement a pour objet d'apporter aux assurés de la Mutuelle tous les services qui permettent de rétablir l'organisation de leur vie familiale perturbée par une maladie imprévue, un accident ou un décès, en mettant en place une aide immédiate et effective pour un retour à la vie familiale normale. Cette garantie ne doit pas se substituer aux interventions des services publics et aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

L'ACCÈS À DES SERVICES CONCRETS DÈS LA SOUSCRIPTION

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

UN ACCOMPAGNEMENT RENFORCÉ EN CAS D'INCIDENT DE SANTÉ

Services de proximité	Prise en charge et mise en œuvre sur 30 jours
Livraison de médicaments 1 A/R par semaine (limité à 4 semaines) jusqu'à la pharmacie la plus proche ou portage à domicile	En cas d'immobilisation > 5 jours de l'adhérent ou du conjoint
Livraison de courses Jusqu'à 1 commande par semaine (limité à 4 semaines) – A/R au centre commercial ou livraison à domicile	
Portage de repas (tenant compte des régimes alimentaires) Jusqu'à 1 forfait de livraison par semaine (limité à 4 semaines)	
Portage d'espèces Jusqu'à 1 A/R ou portage (150€) par semaine (limité à 4 semaines)	
Coiffure à domicile 1 déplacement dans les 30 jours	
Transport sur le lieu de travail 10 trajets domicile/travail ou inversement (50km du domicile max)	
Petits travaux de bricolage/jardinage (mise en relation)	

UN SOUTIEN DANS LA DURÉE EN CAS DE COUP DUR

Enveloppes de services	Prise en charge et mise en œuvre sur 1 année
100 unités de services à choisir en fonction des besoins par les garanties suivantes : 1 enveloppe adulte : aide-ménagère, livraison de médicaments/de courses, transport aux rdv médicaux, portage de repas, garde d'enfants, conduite à l'école/activités... 1 enveloppe enfants malades : garde d'enfants, présence d'un proche, transport aux rdv médicaux, portage de repas...	Survenance d'une pathologie lourde avec hospitalisation > 5 jrs Aggravation d'une pathologie lourde avec hospitalisation > 10 jrs Traitement radiothérapie, chimiothérapie, curiethérapie, trithérapie, quadrithérapie
Bilan de vie par un ergothérapeute Bilan de la personne et de son environnement - Rapport de préconisations en matière d'aménagement du domicile	
Services travaux après passage de l'ergothérapeute Mise en relation avec des professionnels et suivi (coûts, délais...)	
Téléassistance en cas de perte partielle/totale d'autonomie Frais d'installation et 3 mois d'abonnement pris en charge	
Aide aux démarches administratives à domicile Venue d'une aide à domicile (8h sur 30 jrs)	
Accompagnements aux examens médicaux Jusqu'à 1 A/R ou portage (150€) par semaine (limité à 4 semaines)	
Assistance psychologique 1 à 5 entretiens téléphoniques avec un psychologue clinicien et 1 à 3 entretiens en face à face si nécessaire	

Ces services sont accessibles directement via le site internet : www.mutnov-services-plus.fr et/ou par une ligne téléphonique dédiée : **05 49 76 66 21**

CHAPITRE N°7 : EXCLUSIONS

La Mutuelle ne prend pas en charge les conséquences des risques résultant :

- ! Du suicide ou de la tentative de suicide dans les douze premiers mois de l'adhésion. Cette exclusion ne s'applique pas dans le cas où l'adhérent était précédemment garanti par un contrat de même nature depuis plus d'un an ;
- ! Des conséquences de fait de guerres étrangères lorsque la France est partie belligérante ;
- ! Directement ou indirectement de faits de guerres civiles ou étrangères, d'attentats, d'actes de terrorisme, d'émeutes, ou de sabotage auxquels participe le membre participant ;
- ! D'irradiation provenant de la transmutation de noyaux d'atomes ou de la radioactivité ainsi que les effets de la radiation provoquée par l'accélération artificielle des particules ;
- ! De la navigation aérienne lorsque le membre participant se trouvait à bord d'un appareil non muni d'un certificat valable de navigabilité, ou conduit par un pilote ne possédant pas un brevet valable pour l'appareil utilisé ou ayant une licence périmée (ce pilote pouvant être le membre participant lui-même) ;
- ! De la pratique de sports aériens, paris, courses, tentatives de records, essais préparatoires ou de réception d'un engin ;
- ! De la participation à des défis, paris, tentatives de records, essais préparatoires ou de réception d'un engin ;
- ! Pour les garanties autres que les garanties décès et IAD, du fait intentionnellement causé par l'assuré ;
- ! De mutilation volontaire, du refus de se soigner au sens du Code de la Sécurité Sociale.

CHAPITRE N°8 : DISPOSITIFS DE MAINTIEN ET DE RENFORT DES GARANTIES

Maintien des prestations

Le contrat collectif de prévoyance complémentaire devra respecter les dispositions de l'article 7 de la Loi n°89-1009 du 31 décembre 1989.

En cas de résiliation du contrat d'assurance par les cinq Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale des pays de la Loire, par les employeurs ou par la Mutuelle, le service des prestations est maintenu au niveau atteint à la date d'effet de la résiliation, jusqu'au décès de l'adhérent.

Cadre applicable en matière d'indemnisation des rechutes

- Dans le cadre de la mise en place d'un contrat collectif à adhésion obligatoire, il incombe à la Mutuelle d'indemniser, au moins temporairement, l'ensemble des arrêts de travail survenus à compter de la date d'effet dudit contrat, jusqu'à ce qu'il soit statué lequel des deux organismes assureurs successifs est débiteur des prestations, lorsque l'agent concerné était précédemment assuré au moment de l'arrêt de travail initial, y compris si cet arrêt n'a donné lieu à aucune indemnisation par le précédent organisme assureur ;
- Il incombe à la Mutuelle de prouver que le fait générateur de la pathologie, donnant lieu à l'indemnisation, est né durant la période de couverture d'un éventuel contrat précédent assuré par un autre organisme assureur qui garantissait ce même risque, dans le cadre d'une expertise médicale, amiable ou judiciaire ;
- En cas d'expertises médicales divergentes et de refus de prise en charge par les deux organismes assureurs, la Mutuelle dont le contrat collectif à adhésion obligatoire est en cours d'exécution devra poursuivre l'indemnisation de l'agent dans l'attente des résultats des expertises médicales et/ou judiciaires permettant de déterminer le fait générateur de l'arrêt de travail survenu à compter de la date d'effet dudit contrat.

Cumul des prestations.

Les niveaux de prestations versées par la Mutuelle, complétés des prestations versées par l'Employeur, par l'assurance maladie ou par tout autre organisme public, ne peuvent excéder les taux de prestations des garanties accordées au titre du contrat. En cas de dépassement de ce taux de prestations, les prestations à verser par la Mutuelle sont réduites à concurrence de ce montant.

Réticence ou fausse déclaration intentionnelle.

Les garanties accordées aux assurés par la Mutuelle 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 la Mutuelle, 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 la Mutuelle 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, la Mutuelle a le droit de maintenir l'adhésion moyennant une augmentation de cotisation acceptée par l'assuré. À 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.

La Mutuelle 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.

La Mutuelle, 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 la Mutuelle par un médecin désigné par ses 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 conseil médical, commission de réforme ou avis 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 la Mutuelle en défaveur de l'assuré, la Mutuelle 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 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.

À réception de ce courrier, la Mutuelle 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 et à l'assuré.

Revalorisation des prestations.

Les prestations versées au titre des garanties Incapacité temporaire de travail et Invalidité permanente sont revalorisées chaque année au 1^{er} janvier selon l'évolution du point d'indice de la Fonction Publique.

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

Prescription.

Toutes actions dérivant des opérations régies par la présente Notice d'Information sont **prescrites par deux ans** à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

- En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'assuré, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance ;
- En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour la garantie décès toutes causes, le bénéficiaire n'est pas l'assuré.

Subrogation et tiers responsable.

Pour le paiement des indemnités journalières versées et les prestations d'invalidité, la Mutuelle est subrogée jusqu'à concurrence desdites prestations dans les droits et actions des assurés et des bénéficiaires contre les tiers responsables.

CHAPITRE N°9 : JUSTIFICATIFS À PRODUIRE POUR LE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Garantie incapacité de travail.

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

- Les 3 derniers bulletins de paie ;
- L'attestation de prise en charge à demi-traitement ou les décomptes de la Sécurité Sociale ;
- Une attestation de l'employeur indiquant les périodes d'arrêt de travail au cours des 365 jours précédant l'arrêt au titre duquel la prestation est demandée ;
- Le certificat médical sous pli confidentiel à l'attention du service médical de la Mutuelle ;
- La copie de l'avis du Conseil Médical Départemental ;
- La copie de l'arrêté de l'employeur relatif au congé de maladie, ou de la Commission de réforme ;
- L'attestation de l'employeur précisant la date d'embauche de l'adhérent pour les agents contractuels ;
- Un Relevé d'Identité : Bancaire, Postal ou de Caisse d'Épargne (RIB, RIP, RICE) de l'assuré ;
- Dans le cas d'une mise en Disponibilité d'Office, la copie de l'avis de la Sécurité Sociale pour l'ouverture des droits à prestations.

Les prestations sont versées mensuellement à terme échu.

Garantie invalidité permanente.

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

Pour les agents affiliés à la CNRACL :

- L'avis de situation de la retraite pour invalidité de la CNRACL ;
- Le décompte définitif de liquidation de la pension de la CNRACL ;
- Les bulletins de paiement de la CNRACL ;
- Un Relevé d'Identité : Bancaire, Postal ou de Caisse d'Épargne (RIB, RIP, RICE) de l'assuré.

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

- La notification d'attribution d'une pension d'invalidité de 2^{ème} ou de 3^{ème} catégorie ;
- La notification d'attribution d'une rente d'incapacité permanente pour un taux supérieur ou égal à 66% ;
- Les décomptes de paiement de la Sécurité Sociale ;
- Un Relevé d'Identité : Bancaire, Postal ou de Caisse d'Épargne (RIB, RIP, RICE) de l'assuré.

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

Garantie perte de retraite.

Pour bénéficier du versement du capital, la Mutuelle doit recevoir les pièces justificatives suivantes :

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

Garantie décès toutes causes.

Pour bénéficier du versement du capital en cas de décès de l'assuré, la Mutuelle doit recevoir les pièces justificatives suivantes :

- Un extrait d'acte de décès de l'assuré ;
- Les pièces justificatives de la qualité et des droits des bénéficiaires ;
- Le certificat médical indiquant si le décès est dû ou non à une cause naturelle.

Pour bénéficier du versement du capital en cas d'Invalidité Absolue et Définitive de l'assuré, la Mutuelle doit recevoir les pièces justificatives suivantes :

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

CHAPITRE N°10 : PROTECTION DE LA CLIENTÈLE

10.1 TRAITEMENT DE VOS DONNÉES PERSONNELLES

Dispositions générales.

Dans le cadre de leurs relations contractuelles, les parties au contrat sont tenues au respect de la réglementation en vigueur applicable aux traitements de données à caractère personnel et, en particulier, la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, ainsi que le règlement (UE) 2016/679 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (RGPD).

Le souscripteur s'engage à traiter les données personnelles en sa possession conformément aux lois ou règlements applicables et aux seules finalités prévues, ainsi qu'à mettre en œuvre les mesures techniques et organisationnelles appropriées pour s'assurer et être en mesure de démontrer que le traitement est effectué conformément au RGPD. Ces mesures sont réexaminées et actualisées si nécessaire.

La Mutuelle est elle-même responsable de traitement de données à caractère personnel, dans le cadre de l'exécution du contrat. Il s'engage alors à offrir les mêmes garanties que celles énoncées au présent article et à respecter notamment les dispositions du RGPD. Mesures de sécurité.

La Mutuelle s'engage à mettre en œuvre les mesures de sécurité techniques et organisationnelles garantissant un niveau de sécurité adapté au risque.

La Mutuelle s'engage à fournir une description générale des mesures de sécurité techniques et organisationnelles, notamment sur l'administration, l'hébergement et les sauvegardes des plateformes de gestion ou d'échange de données mis à disposition.

Protection des données.

Pour toute information ou exercice de vos droits sur les traitements de vos données personnelles effectués par la Mutuelle, vous pouvez contacter notre **Délégué à la Protection des Données** en accompagnant votre demande d'une copie d'un titre d'identité comportant votre signature (carte d'identité, passeport) en envoyant un mail à : dpo@territoria-mutuelle.fr

ou par courrier à l'adresse suivante : à l'attention du DPO, TERRITORIA Mutuelle – 54 rue de Gabriel – CS 76016 – 79185 Chauray Cedex.

Pour toute réclamation se rapportant à la manière dont la Mutuelle collecte et traite vos données personnelles, vous disposez également du droit de saisir la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) www.cnil.fr 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07.

Sort des Données.

Au terme de la prestation de services, la Mutuelle s'engage à détruire toutes les données personnelles dans le cadre règlementaire susvisé.

Violation des données personnelles.

La Mutuelle tient informé le souscripteur, sans délai, de toute violation des données à caractère personnel après en avoir pris connaissance. Cette information est accompagnée de toute documentation utile.

10.2 CONTACTS EN CAS DE RÉCLAMATION ET DE MÉDIATION

Si vous souhaitez être informé, exercer vos droits ou porter une réclamation auprès de la Mutuelle, vous disposez à ce titre de procédures spécifiques permettant la protection de vos intérêts. Vous pouvez ainsi saisir notre Délégué à la protection des données, notre service de réclamations et utiliser les services de la médiation.

Réclamation sur nos engagements d'assurance.

Pour toute réclamation sur les engagements d'assurance de la Mutuelle, vous pouvez contacter notre **Service qualité** en envoyant un mail à : service-qualite@territoria-mutuelle.fr, ou par courrier à l'adresse suivante : à l'attention du Service qualité, TERRITORIA Mutuelle, 54 rue de Gabiel – CS 76016 – 79185 Chauray Cedex.

Médiation sur nos engagements d'assurance.

Si l'assuré ou ses bénéficiaires ont épuisé les voies de recours internes à la Mutuelle, et ont tenté de résoudre au préalable un différend directement avec la Mutuelle par une réclamation sans résultat, ils peuvent saisir le Médiateur de la Mutualité Française par courrier à l'adresse suivante : Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française – FNMF, 255 rue de Vaugirard, 75719 PARIS cedex 15, ou en renseignant le formulaire en ligne suivant : <https://www.mediateur-mutualite.fr/saisir-le-mediateur/>