

NOTICE D'INFORMATION

VALANT

CONTRAT

ASSURANCE PRÉVOYANCE COMPLÉMENTAIRE

POUR LES AGENTS DE LA

COMMUNAUTÉ D'AGGLOMÉRATION DU GRAND DOLE
VILLE DE DOLE
CCAS DE DE LA VILLE DE DOLE

EFFET DE LA NOTICE D'INFORMATION : 01/01/2025
VERSION DU : 16/09/2024



CONTRAT COLLECTIF À ADHÉSION FACULTATIVE

N° 04598 : CA GRAND DOLE

N° 04599 : VILLE DE DOLE

N° 04600 : CCAS DE DOLE

SOMMAIRE

CHAPITRE 1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES.....	3
CHAPITRE 2. COTISATIONS.....	9
CHAPITRE 3. PRESTATIONS.....	12
CHAPITRE 4. EXCLUSIONS	15
CHAPITRE 5. GARANTIE INCAPACITÉ.....	16
CHAPITRE 6. GARANTIE INVALIDITÉ	20
CHAPITRE 7. GARANTIE DÉCÈS OU PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE	22
CHAPITRE 8. GARANTIE PERTE DE RETRAITE	23
CHAPITRE 9. GARANTIE ACCOMPAGNEMENT SOCIAL ET ASSISTANCE	24
CHAPITRE 10. DONNÉES PERSONNELLES.....	24
CHAPITRE 11. CONTRÔLE DE LA MUTUELLE	27
ANNEXE 1 : TABLEAU DES GARANTIES ET TAUX DE COTISATIONS APPLICABLES AU 1 ^{ER} JANVIER 2025	28
ANNEXE 2 : GARANTIE ASSISTANCE	29

CHAPITRE 1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article.1 Préambule

Le contrat collectif à adhésion facultative prévoyance comprend les présentes Conditions Générales et le cahier des charges qui constitue les Conditions Particulières. Il est régi par le Code de la Mutualité et par les statuts de TERRITORIA Mutuelle.

Le présent contrat collectif est conclu entre la Communauté d'Agglomération du Grand Dole, la Ville et le CCAS de Dole et TERRITORIA Mutuelle.

Il est souscrit par le souscripteur auprès de TERRITORIA Mutuelle, en liaison avec la convention de participation conclue avec TERRITORIA Mutuelle. Le souscripteur contribue au financement des garanties du présent contrat collectif auquel ses agents adhèrent. Le montant de cette participation financière est fixé dans la convention de participation précitée, 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.

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, ayant son siège 54 rue de Gabiel – CS 76016 – 79185 Chauray Cedex, pour la constitution des garanties d'assurances maladie et accident offertes aux membres participants de la substituée, relevant des branches 1, 2 et 20, tels qu'ils sont définis dans le règlement mutualiste de TERRITORIA Mutuelle, qui fait partie intégrante du contrat.

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, ayant-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 les branches 1, 2 et 20 ; 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.

Le présent contrat est à adhésion facultative pour les agents du souscripteur ; ils acquièrent, au titre de cette adhésion, la qualité de membre participant de TERRITORIA Mutuelle. Les Conditions Générales et Particulières du présent contrat définissent les droits et obligations de chacune des deux parties et des agents y adhérant. La présente Notice d'Information est remise aux adhérents par le souscripteur définit notamment les garanties du contrat ainsi que leurs modalités d'entrée en vigueur.

Article.2 Objet

Les dispositions des Conditions Générales déterminent les conditions dans lesquelles TERRITORIA Mutuelle assure des garanties au profit des agents de la Communauté d'Agglomération du Grand Dole, la Ville et le CCAS de Dole dans le cadre d'un contrat groupe à adhésion facultative.

Le présent contrat a pour objet d'assurer au Membre Participant le versement de prestations en cas d'incapacité, d'invalidité, de perte de retraite ou de décès du membre participant.

Les Conditions Particulières annexées aux présentes Conditions Générales mentionnent l'option et le niveau d'indemnisation choisis qui s'appliquent à l'ensemble des adhésions faites au titre du présent contrat.

Article.3 Définitions

- Accident : toute atteinte corporelle provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure et non intentionnelle de la part de l'adhérent ;
- Adhérent : agent ayant adhéré au contrat ;
- Adhésion : acte d'adhésion au contrat par un agent qui confère à l'adhérent la qualité d'assuré au contrat et de membre participant de la Mutuelle ;
- Agent : agent de droit public et de droit privé, quel que soit son statut, actif de la collectivité, régulièrement inscrit sur le registre du personnel du souscripteur et en activité normale de service ;
- CNRACL : Caisse Nationale de Retraite des Agents des Collectivités Locales ;
- IRCANTEC : Institution de Retraite Complémentaire des Agents Non Titulaires de l'Etat et des Collectivités publiques ;
- Maladie : affection constatée par une autorité médicale et mettant la personne dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions ;
- Membre honoraire : collectivité ou association d'agent ayant souscrit le contrat ;
- Membre participant : personne ayant adhéré à TERRITORIA Mutuelle ;
- La Mutuelle : TERRITORIA Mutuelle 54 rue de Gabiel CS 76016 79185 Chauray cedex.
N° de SIREN 483 041 307 ;
- Souscripteurs : la Communauté d'Agglomération du Grand Dole, la Ville et le CCAS de Dole, employeurs des agents qui a souscrit le contrat « Maintien de Traitement » au profit des agents.
N° de SIREN 247 700 594.

Article.4 Garanties

Les garanties proposées par la Mutuelle dont le détail figure en annexe 1 de la présente Notice d'Information :

Garanties de base :

Maintien de salaire : Incapacité Temporaire de Travail à hauteur de 90% du traitement net de référence et 40 % du RI dès le passage à demi-traitement.

Invalidité : (Indemnités journalières à hauteur de 90% du traitement net)

Renforts facultatifs (au choix de l'agent) :

Renfort 1 :

- Maintien de salaire : Incapacité Temporaire de Travail à hauteur de 90 % du traitement net et 40 % du RI mensuel. Le renfort 1 se déclenche dès la perte du traitement ou du régime indemnitaire mensuel.
- Invalidité :(indemnités journalières à hauteur de 90 % du traitement net).

Renfort 2 :

- Maintien de salaire Incapacité Temporaire de Travail à hauteur de 90 % du traitement net et 90 % du RI mensuel. Le renfort 2 se déclenche dès le passage à demi-traitement.
- Invalidité (indemnités journalières à hauteur de 90 % du traitement net).

Renfort 3 :

- Maintien de salaire Incapacité Temporaire de Travail à hauteur de 90 % du traitement net et 90 % du RI mensuel. Le renfort 3 se déclenche dès la perte du traitement ou du régime indemnitaire mensuel.
- Invalidité : (indemnités journalières à hauteur de 90 % du traitement net).

Options facultatives (aux choix de l'agent) :

Option 1 : Perte de retraite suite à invalidité

Option 2 : Décès

La souscription aux renforts 1, 2 et 3 ainsi qu'aux options facultatives 1 et 2 est un choix individuel de chaque agent.

Ce qui n'est pas assuré :

- ✗ Les arrêts de travail liés à une pathologie déjà prise en charge par un précédent assureur (rechute) ;
- ✗ Les arrêts de travail survenus antérieurement à la date d'effet de l'adhésion.

Article.5 Souscription

Le contrat est un contrat collectif à adhésion facultative. Les agents des collectivités territoriales vont adhérer à la Mutuelle en vue de se couvrir contre un ou plusieurs risques pour lesquels la Mutuelle est agréée, sur la base d'un Bulletin d'Adhésion et d'un contrat de souscription collectif signé par la Collectivité.

Le contrat comporte les présentes Conditions Générales, et les Conditions Particulières qui comportent notamment :

- La date d'effet du contrat ;
- Le personnel assuré ;
- Les taux de cotisations.

5.1 Effet du contrat

Le contrat prend effet au 1^{er} janvier 2025 sous réserve :

- De la signature du souscripteur ;
- Du paiement de la cotisation ;
- De la déclaration des adhérents.

Il est conclu pour une période allant jusqu'au 31 décembre suivant la signature du contrat, avec tacite reconduction au premier janvier de chaque année pendant 6 ans soit jusqu'au 31 décembre 2030.

5.2 Prescription

Toutes actions dérivant du contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

- En cas de réticence, omission, déclaration fautive 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 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 le membre participant.

Article.6 Adhésions

Peuvent adhérer au contrat collectif les fonctionnaires et agents contractuels de droit public et de droit privé quel que soit leur statut, actifs du souscripteur, les agents détachés auprès du souscripteur ainsi que les agents mis à disposition du souscripteur pour autant que la collectivité dont ils dépendent l'autorise et les agents mis à disposition du souscripteur.

Les conditions d'adhésion sont les suivantes :

- **L'agent en bon état de santé, caractérisé par l'exercice d'une activité normale de service, peut adhérer à compter de la prise d'effet du contrat collectif :**
 - Dans les 6 premiers mois, sans formalité médicale.
 - Dans les 15 mois suivant l'effet du contrat pour les agents bénéficiaires d'un contrat individuel ayant des garanties équivalentes ou supérieures, et n'ayant pu le résilier, l'adhésion intervenant dans la continuité du précédent contrat.
 - Passés ces délais, les adhésions sont soumises à un délai de stage défini à l'article 6.1.
- **L'agent en arrêt de travail pour maladie ou accident au moment de la prise d'effet du contrat collectif, peut adhérer :**
 - Dans les 6 mois suivant la date de prise d'effet du contrat collectif, l'adhésion est effective à l'issue d'une période de 30 jours continus de reprise d'activité normale de service si l'agent ne peut justifier 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.
 - Au-delà des 6 mois, les adhésions sont soumises à un délai de stage défini à l'article 6.1 après une reprise de l'activité de 30 jours continus.
- **L'agent en temps partiel thérapeutique peut adhérer au contrat collectif à la date d'effet du contrat collectif.**
 - Dans les 6 premiers mois, toutefois, les conséquences de la maladie en cours à la souscription du contrat ne seront pas prises en charge au titre du présent contrat.
 - Au-delà des 6 mois, les adhésions sont soumises à un délai de stage défini à l'article 6.1.
- **L'agent nouvellement recruté, ou l'agent en congé parental (lors de prise d'effet du contrat collectif) ou en disponibilité pour convenances personnelles (lors de prise d'effet du contrat collectif), peut adhérer au contrat :**
 - Dans les 6 premiers mois, sans formalité médicale suivant le jour de son recrutement, ou de sa reprise d'activité normale de service.
 - Au-delà des 6 mois, les adhésions sont soumises à un délai de stage défini 6.1.

6.1 Délai de stage

Un délai de stage de 6 mois est appliqué aux garanties à compter de la date d'effet de l'adhésion au présent contrat. 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 6 mois ainsi que toute invalidité et perte de retraite 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 règlement. 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 du présent contrat.

Toutefois ce délai de stage n'est pas appliqué en cas d'incapacité, 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.

6.2 Effet de l'adhésion

L'adhésion est constatée par accord formel de la Mutuelle, après étude du Bulletin d'Adhésion, complété et signé par l'agent.

6.3 Durée de l'adhésion

L'adhésion est annuelle et expire le 31 décembre suivant l'adhésion. Elle se renouvelle par tacite reconduction chaque année au 1^{er} janvier.

Article.7 Résiliation et exclusion

7.1 Résiliation du contrat

Le contrat peut être résilié à l'initiative du souscripteur s'il ne respecte plus les dispositions du décret N° 2011-1474 du 8 novembre 2011 (articles 19 et 21), sur production de justifications. L'intention de résiliation doit être signifiée au prestataire respectant un préavis d'au moins six mois avant le 31 décembre de l'année en cours, la résiliation intervenant le 31 décembre à minuit.

Le contrat peut également être résilié en cas de non-paiement des cotisations à l'échéance, suivant les conditions prévues à l'article 15.2 de la présente Notice d'Information.

La résiliation par l'une des parties entraîne la cessation des garanties à l'égard de tous les adhérents à la date d'effet de résiliation sous réserve de l'application des dispositions de [l'article 8.2](#) de la présente Notice d'Information.

7.2 Résiliation à échéance annuelle à l'initiative du membre participant

L'adhésion cesse en cas de résiliation à l'initiative du membre participant, si elle est signifiée au plus tard le 31 octobre de chaque année 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 au membre participant.

7.3 Exclusion de l'adhérent

Les membres participants peuvent être exclus de la Mutuelle dans les deux situations suivantes :

- Soit le lien unissant le souscripteur et le membre participant a été rompu (le membre participant a démissionné, est parti à la retraite, a été licencié ou est décédé) ;
- Soit le membre participant a cessé de payer la prime. Dans ce cas, l'exclusion se fera selon la procédure prévue à l'article 15.2 de la présente Notice d'Information.

Article.8 Ouverture, modification et cessation des garanties

8.1 Date d'effet

Les garanties s'appliquent à partir de la date d'effet de l'adhésion, ou de la notification de la modification des garanties apportées par le souscripteur.

Aucune prestation n'est due pour des arrêts de travail et sinistres survenus postérieurement à la date de résiliation du contrat.

8.2 Cessation des garanties

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

- Le lien unissant le souscripteur et le membre participant a été rompu (le membre participant a démissionné, a été licencié, sa retraite a été liquidée ou il est décédé) ;
- En cas de non-paiement de la cotisation selon la procédure décrite à l'article 15.2 de la présente Notice d'Information ;
- À la date de résiliation ou de non-renouvellement du contrat ;
- À la date de la radiation de l'agent des effectifs du Souscripteur ;
- À la date de résiliation de l'adhésion ;
- À l'âge de la retraite à taux plein automatique, pour les garanties "Incapacité" et "Décès" ;
- À l'âge d'ouverture du droit à une pension de retraite, pour les garanties "Invalidité", "perte de retraite" et "PTIA".

La résiliation ou le non-renouvellement du contrat ou de l'adhésion est sans effet sur le versement des prestations immédiates ou différées, acquises ou nées durant son exécution. Le versement des prestations de toute nature se poursuit à un niveau égal à celui de la dernière prestation due ou payée avant la résiliation ou le non-renouvellement, sans préjudice des révisions prévues dans le contrat.

Article.9 Fausse déclaration intentionnelle

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

Les cotisations acquittées demeurent acquises à la Mutuelle, qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts. La Mutuelle se réserve également le droit d'engager des poursuites pour le recouvrement des sommes indûment payées par elle au membre participant et à ses ayants droit.

Article.10 Omission ou déclaration inexacte

En cas d'omission ou de déclaration inexacte du membre participant qui n'a pas été faite de mauvaise foi, et qui est constatée avant tout sinistre, la Mutuelle se réserve le droit, soit de maintenir l'adhésion en vigueur moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le membre participant, soit de résilier l'adhésion dix jours après notification adressée au membre participant par lettre recommandée. La Mutuelle restitue à celui-ci, dans une seconde occurrence, la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

Dans le cas où la constatation de l'omission ou de la déclaration inexacte n'a lieu qu'après la réalisation d'un sinistre, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par le membre participant par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Article.11 Information des adhérents

La présente notice d'information rédigée par la Mutuelle définit les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de demande de prestations, est remise à chaque adhérent par le souscripteur.

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des adhérents, le souscripteur les informe en remettant une notice à cet effet rédigée par la Mutuelle avant l'entrée en vigueur des modifications. Du fait de ces modifications, les adhérents peuvent, dans un délai d'un mois à compter de la remise de la nouvelle notice d'information, dénoncer l'adhésion en raison de ces modifications.

Article.12 Changement de garantie

Le changement de garanties 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 ;
- Un délai de carence 6 mois sera appliqué pour une augmentation de garantie.

CHAPITRE 2. COTISATIONS

Article.13 Base de cotisations

La cotisation est fixée en pourcentage de l'assiette.

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⁽¹⁾ ;
- Modification de la réglementation.

Si tel est le cas, la Mutuelle devra justifier de cette majoration, en produisant depuis le début du contrat :

- Un compte de résultat complet ;
- Un état des sinistres.

Les cotisations sont revues en fin d'année et peuvent être révisées en fonction de l'évolution de la législation en vigueur et du résultat technique de la Mutuelle.

Les cotisations sont maintenues les trois premières années de la convention. 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 :

TYPE D'AGGRAVATION	NIVEAU	ÉVOLUTION PROPOSÉE
Absentéisme réduit	de 5% depuis le départ	0%
Absentéisme constant	0	0%
Absentéisme aggravé	+ 5 % depuis la consultation	5% + Dérive
Absentéisme aggravé	+ 10 % depuis la consultation	10% + Dérive
Absentéisme aggravé	+ 15 % depuis la consultation	15% + Dérive
Absentéisme aggravé	+ 25% depuis la consultation	25% + Dérive
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 TERRITORIA Mutuelle par garantie sur la base :

- 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 TERRITORIA 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 TERRITORIA 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.

Article.14 Assiette de cotisations

Pour les agents de droit public, l'assiette de la cotisation correspond à la somme :

- Du Traitement Indiciaire Brut ;
- De la Nouvelle Bonification Indiciaire Brute ;
- Du Régime Indemnitaire Brut.

Pour les agents de droit privé, l'assiette de la cotisation correspond à la somme de la rémunération brute. Les éléments de calcul sont précisés dans la présente Notice d'Informations.

Des éléments indemnitaires peuvent s'ajouter au Traitement brut de base liés au statut et fonction occupés par l'agent. Ces éléments entreront donc dans l'assiette de cotisation et dans l'assiette de prestation.

Le Traitement Indiciaire Brut annuel est donné par la formule $IT \times VP$.

- IT : représentant l'indice de traitement nouveau majoré de l'assuré ;
- VP : représentant la valeur du point indice.

Par Nouvelle Bonification Indiciaire, il faut entendre la majoration indiciaire octroyée par l'employeur lorsque l'agent occupe une fonction ouvrant droit à ladite Nouvelle Bonification Indiciaire.

La base de garantie est celle prise en compte obligatoirement :

- Pour le calcul des cotisations ;
- Pour le calcul des indemnités versées aux assurés.

Les cotisations payées à TERRITORIA Mutuelle sont calculées à partir du traitement brut.

Les prestations versées aux agents sont calculées à partir du traitement net.

Des éléments indemnitaires peuvent s'ajouter au Traitement brut de base liés au statut et fonction occupés par l'agent. Ces éléments entreront donc dans l'assiette de cotisation et dans l'assiette de prestation.

Article.15 Paiement des cotisations

15.1 Règlement des cotisations

Le mode de recouvrement est déterminé dans les Conditions Particulières du contrat.

Selon les cas, l'appel de cotisation est effectué à terme échu selon les modalités et périodicités mentionnées aux Conditions Particulières.

Les adhérents autorisent la Mutuelle à faire effectuer sur leurs appointements par leur employeur, la retenue mensuelle des cotisations dont ils sont redevables au titre du présent contrat. Lorsque ces cotisations ne peuvent être intégralement retenues par voie de précompte sur leur traitement, les adhérents s'engagent à les acquitter par voie de prélèvement sur leur compte bancaire, postal ou de caisse d'épargne.

15.2 Non-paiement des cotisations

- Lorsque le Souscripteur assure le précompte de la cotisation, à défaut de paiement d'une cotisation dans les dix jours de son échéance, une mise en demeure est adressée. En cas de non-paiement dans les trente jours après la mise en demeure du Souscripteur, le contrat est suspendu et peut-être résilié dans les dix jours qui suivent l'expiration de trente jours. Dans la lettre de mise en demeure qu'elle adresse au Souscripteur, la Mutuelle l'informe des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie. De plus, la Mutuelle informe chaque adhérent de la mise en œuvre de cette procédure et de ses conséquences dès l'envoi de la lettre de mise en demeure. L'adhérent est informé qu'à l'expiration du délai de trente jours, le défaut de paiement de la cotisation par le Souscripteur entraîne la résiliation du bulletin d'adhésion ou du contrat collectif, sauf s'il entreprend de se substituer au Souscripteur pour le paiement des cotisations. Le contrat collectif non résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où sont payées les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement, sauf décision différente de la Mutuelle ;
- Lorsque le Souscripteur n'assure pas le précompte des cotisations, l'adhérent qui ne paie pas sa cotisation dans les dix jours de son échéance reçoit une lettre de mise en demeure. Lors de la mise en demeure, l'adhérent est informé qu'à l'expiration de ce délai de quarante jours, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner son exclusion des garanties définies au bulletin d'adhésion ou au contrat. L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le débiteur de cotisations.

15.3 Précision

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.

CHAPITRE 3. PRESTATIONS

Article.16 Généralités sur les prestations

16.1 Prestations

La Mutuelle intervient par le versement de prestations pour les risques :

- D'incapacité de travail de l'adhérent consécutif à un accident ou une maladie (indemnités journalières) ;
- D'invalidité de l'adhérent (rente) ;
- De décès de l'adhérent (capital) ;
- De perte de retraite (rente).

Seuls sont pris en compte les arrêts de travail et sinistres survenus à compter de la date de prise d'effet du contrat et sous réserve que l'adhérent ait bien été admis au contrat.

16.2 Garanties complémentaires

La Mutuelle intervient en complément des prestations versées par les différents organismes (collectivité territoriale, régime de retraite CNRACL, régime de retraite IRCANTEC, Régime général de la Sécurité Sociale...) et en aucun cas en substitution en cas de défaillance de l'un d'entre eux. Aucune prestation n'est versée par le prestataire si l'adhérent ne perçoit aucune prestation d'au moins un des organismes précités.

16.3 Cumul d'assurances

Le montant mensuel des prestations incapacité invalidité, et perte de retraite versées par la Mutuelle augmenté des prestations versées par l'employeur, les régimes d'assurance maladie, les régimes de prévoyance et de retraite ou de tout autre opérateur ne peut excéder le niveau défini au contrat de traitement mensuel net que le membre participant aurait perçu s'il avait continué d'exercer son activité. En cas de dépassement, les prestations versées par la Mutuelle sont réduites à concurrence de ce montant.

Le plafond est précisé au [tableau des garanties](#).

16.4 Base de calcul des prestations

Les prestations d'incapacité de travail, d'invalidité, perte de retraite et décès, sont calculés à partir des éléments de base suivants :

- Le Traitement Indiciaire Net mensuel, à la Nouvelle Bonification Indiciaire Nette et du Régime Indemnitaire Net correspondant au Traitement Indiciaire Brut mensuel, à la Nouvelle Bonification Indiciaire Brute et du Régime Indemnitaire Brut ayant donné lieu à cotisation au titre des présentes garanties, diminué des cotisations et prélèvements sociaux obligatoires ;
- Les heures supplémentaires sont exclues de la base des garanties.

Des éléments indemnitaires peuvent s'ajouter au Traitement brut de base liés au statut et fonction occupées par l'agent. Ces éléments entreront donc dans l'assiette de cotisation et dans l'assiette de prestation.

16.5 Revalorisation

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

Le taux de revalorisation est servi à la même date que celle de l'évolution de l'indice 100 majoré.

16.6 Révision des conditions des garanties

Le montant et les modalités des garanties ont été établis en fonction des textes législatifs et réglementaires existant à la date de prise d'effet du contrat. Si ultérieurement ces textes venaient à être modifiés, la Mutuelle se réserve le droit de réviser ses conditions de garanties.

Article.17 Attribution des prestations

17.1 Ouverture du droit à prestations

Le bénéfice des garanties est ouvert dès le premier jour de travail qui suit l'adhésion. Le membre participant ne peut bénéficier de l'ouverture des droits à garanties qu'à la condition que la maladie ou l'accident soit dûment constaté par les autorités médicales compétentes postérieurement à la date d'adhésion de l'agent.

17.2 Déchéances en cas de déclaration tardive et délai de production des pièces justificatives

Les demandes de paiements de prestations doivent, sous peine de déchéance, être produites dans un délai maximum de trois mois suivant la date à partir de laquelle le membre participant peut prétendre aux prestations. Cependant, le Conseil d'Administration de la Mutuelle peut décider de ne pas faire application de cette déchéance pour le membre participant qui invoque, pour justifier le retard, des raisons sérieuses. Pour être recevable, toute réclamation doit parvenir au Conseil d'Administration de la Mutuelle dans un second délai de deux mois suivant le refus de paiement des prestations.

Les pièces justificatives doivent être jointes à la demande de paiement ou être produites au plus tard dans le même délai initial de trois mois suivant la date à partir de laquelle le membre participant peut prétendre aux prestations. Passé ce délai, la Mutuelle se réserve le droit de réclamer une indemnité au membre participant si le retard dans la production des pièces lui a causé un dommage.

17.3 Subrogation

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

17.4 Engagement de remboursement

Les membres participants bénéficiaires des garanties s'engagent à reverser sans délai les prestations trop perçues à la suite du rétablissement de leurs droits à plein traitement, notamment en cas de changement de nature de leur congé maladie et dès que les services de l'employeur auront procédé à la régularisation de leur situation. La Mutuelle peut opérer toute compensation entre les sommes dues à ce titre et les autres prestations dues par la Mutuelle au membre participant.

17.5 Contrôles du bénéfice des garanties

La Mutuelle peut à tout moment faire procéder aux visites médicales, contrôles et enquêtes qu'elle juge nécessaires pour se prononcer sur l'ouverture ou la continuation du service des prestations.

La Mutuelle se réserve également le droit de demander à l'employeur du membre participant de procéder à un contrôle administratif.

Par conséquent, l'adhérent s'engage :

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

En cas de non-respect de ces engagements, l'adhérent sera déchu, partiellement ou totalement, de ses droits au service des prestations.

Si les résultats de ces contrôles et enquêtes conduisent à une modification du droit à prestation de l'adhérent, la Mutuelle pourra être amenée à modifier le service des prestations en conséquence.

Si le résultat du contrôle est contesté par l'adhérent celui-ci peut demander la mise en œuvre de la procédure d'arbitrage sous forme d'une expertise auprès d'un médecin mandaté par la Mutuelle ; les frais afférents à cette procédure seront supportés par l'adhérent.

En tout état de cause, la contestation doit être formulée dans un délai de trois mois à compter de la date à laquelle l'adhérent a été informé de la décision ; à défaut, les prestations éventuellement dues à la suite de la contre-expertise ne prendront effet qu'à partir de la date de cette dernière.

Suite à cette expertise, en cas de désaccord entre les deux médecins, ceux-ci feront appel à un troisième praticien pour les départager.

À défaut d'entente sur la désignation de ce dernier, ce choix sera fait, à la diligence du prestataire, par le Président du Tribunal de Grande Instance du département dans le ressort duquel se trouve le domicile du bénéficiaire.

Les conclusions du troisième médecin s'imposeront aux parties, sous réserve des recours qui pourraient être exercés par les voies de droit.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin. Les honoraires du médecin tiers arbitre, ainsi que les frais que comporte l'exercice de sa mission, sont à la charge du prestataire dès lors que sa proposition n'est pas entièrement admise par la troisième expertise. Ces frais sont à la charge du bénéficiaire dans le cas contraire.

CHAPITRE 4. EXCLUSIONS

Sont exclus des garanties Incapacité, Invalidité, perte de retraite et Décès, les conséquences d'accidents ou de maladie résultant :

- ! Du suicide ou de la tentative de suicide, dans la première année d'assurance ;
- ! Cette exclusion ne s'applique pas dans le cas où l'assuré était précédemment garanti par un contrat de même nature depuis plus d'un an ;
- ! De faits de guerres étrangères lorsque la France est partie belligérante ;
- ! De guerre civile ou étrangère, d'attentat, d'acte de terrorisme, d'émeute, d'insurrection, quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels qu'en soient les protagonistes, dès lors que l'assuré y prend une part active ;
- ! Pour les garanties autres que les garanties décès et PTIA, du fait intentionnellement causé par l'assuré ;
- ! De mutilation volontaire, du refus de se soigner au sens du code de la sécurité sociale ;
- ! Des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de la transmutation de noyaux d'atome.

CHAPITRE 5. GARANTIE INCAPACITÉ

Article.18 Objet de la garantie

La garantie a pour objet le paiement aux agents d'une indemnité journalière complémentaire pendant les périodes de congés correspondant aux risques énoncés ci-après :

- Incapacité de Travail et notamment :
 - Congé de Maladie Ordinaire ;
 - Congé de Longue Maladie ;
 - Congé de Longue Durée ;
 - Congé de Grave Maladie ;
 - Congé sans traitement pour raison de santé ;
- Accident du travail - Maladie professionnelle ;
- Et toute absence pour incapacité de travail reconnue comme telle par le statut ou le régime général de la Sécurité Sociale.

Article.19 Définition

L'assureur garantit le versement au bénéficiaire d'indemnités journalières en cas de baisse du traitement consécutive à une incapacité temporaire totale de travail dont le fait générateur est survenu en cours d'assurance.

Est considéré comme atteint d'incapacité temporaire totale de travail tout assuré en activité, qui est dans l'obligation reconnue par le prestataire de cesser toute activité professionnelle, à la suite :

- D'une maladie non professionnelle ou ;
- D'un accident de la vie privée ou ;
- D'un accident ou d'une maladie professionnelle en complément des prestations versées par la sécurité sociale pour les agents relevant du régime général de la Sécurité Sociale, pour la part de rémunération relative au Régime Indemnitaire, dans le cas où il ne serait pas indemnisé par la collectivité ;

Et

- Perçoit, à ce titre, des prestations de son employeur en application du statut de la Fonction Publique dont il dépend ou du régime général d'assurance maladie de la sécurité sociale ;

Ou

- Ne perçoit aucune rémunération ou indemnité.

La garantie est due si l'assuré est reconnu comme atteint d'incapacité temporaire totale de travail.

Article.20 Agents recrutés à temps complet et non complet

Le montant du complément de traitement, augmenté des prestations versées par l'employeur ou de toute autre indemnité est au plus égal à 50% de 1/360^{ème} de la rémunération brute définie à l'article 16.4 de la présente Notice d'Information correspondant au pourcentage de temps de travail effectué, évalué à la date de prise en charge de l'incapacité de travail par la Mutuelle au titre de la présente garantie.

Article.21 Agents à temps partiel

Le montant du complément de traitement, augmenté des prestations versées par l'employeur ou de toute autre indemnité est au plus égal à 50% de 1/360^{ème} de la rémunération brute définie à l'article 16.4 de la présente Notice d'Information correspondant au pourcentage de temps de travail effectué, évalué à la date de prise en charge de l'incapacité de travail par la Mutuelle au titre de la présente garantie.

À l'issue de la période, de temps partiel, autorisée, si l'assuré demeure en congé de maladie, il recouvre les mêmes droits que les agents exerçant leur activité à temps plein.

Pour les agents à temps partiel pour raison médicale :

Si un assuré est amené à travailler à temps partiel pour des raisons médicales, le prestataire prend en charge la baisse de traitement consécutif à ce temps partiel.

Article.22 Règle de cumul

Le montant de l'indemnité journalière versée par le prestataire augmenté des prestations versées par l'employeur ou de toute autre indemnité ne peut excéder le produit de 1/360^{ème} de la rémunération annuelle nette de l'agent par le pourcentage du traitement net prévu aux conditions particulières et revalorisé dans les conditions prévues à ces mêmes Conditions Particulières.

En cas de dépassement de la limite de 90 % du traitement, les indemnités versées par le prestataire sont réduites afin de ne pas dépasser cette limite.

Article.23 Assistants familiaux, personnel horaire

L'indemnité journalière est au plus égale à 1/90^{ème} des trois derniers mois lors de la première année d'activité. Par la suite le montant de la prestation est égal à 45 % de 1/360^{ème} de la rémunération brute

La garantie est acquise en cas de cessation effective de l'activité professionnelle.

Article.24 Période de la garantie

- Dès que les indemnités versées par l'employeur en application du statut de la fonction Publique Territoriale ne garantissent plus le maintien intégral du Traitement Indiciaire Net et de la Nouvelle Bonification Indiciaire Nette ;
- Dès que des indemnités sont versées au titre du régime obligatoire de Sécurité Sociale et dès lors que l'assuré subit une perte de rémunération du fait de son incapacité de travail ;
- Pour le Régime Indemnitaires la prise en charge par le prestataire intervient dès que celui-ci est abattu indépendamment des franchises ci-dessous.

Pour les garanties de base et le renfort 2 (dès passage à demi-traitement)

- Agents titulaires et stagiaires affiliés à la CNRACL ou détachés d'une administration d'Etat :
 - En cas de Maladie Ordinaire, au pl us tôt à partir du 91^{ème} jour d'arrêt de travail jusqu'au 365^{ème} jour ;
 - En cas de Congé de Longue Maladie, à partir du début de la 2^{ème} année jusqu'à la fin de la 3^{ème} année ;
 - En cas de Congé de Longue Durée, à partir du début de la 4^{ème} année jusqu'à la fin de la 5^{ème} année ;
 - En cas de Congé de Longue Durée, lorsque la maladie a été contractée en service, à partir du début 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 statutaires à Congé de Maladie Ordinaire.

- Agents titulaires et stagiaires à temps non complet affiliés au régime général de la sécurité sociale et à l'IRCANTEC :
 - En cas de maladie ordinaire, au plus tôt à partir du 91^{ème} jour d'arrêt de travail jusqu'au 365^{ème} jour ;
 - En cas de Congé de Grave Maladie, à partir du début de la 2^{ème} année jusqu'à la fin de la 3^{ème} année.

- Agents contractuels affiliés au régime général de la Sécurité Sociale et à l'IRCANTEC :
 - En cas de maladie ordinaire :
 - ✓ Pour les agents ayant une ancienneté comprise entre 4 mois et 2 ans : à compter du 31^{ème} jour d'arrêt de travail continu ou discontinu et lorsque l'assuré subit une perte de salaire ;
 - ✓ Pour les agents ayant une ancienneté comprise entre 2 ans et 3 ans: à compter du 61^{ème} jour d'arrêt de travail continu ou discontinu ;
 - ✓ Pour les agents ayant une ancienneté égale ou supérieure à 3 ans : au plus tôt à compter du 91^{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 début de la 2^{ème} année jusqu'à la fin de la 3^{ème} année.

Pour les renforts 1 et 3 (dès la perte du traitement ou du la perte du traitement ou du régime indemnitaire mensuel)

- a) Agents titulaires et stagiaires affiliés à la CNRACL ou détachés d'une administration d'Etat :
 - En cas de maladie ordinaire, au plus tôt à partir du 8^{ème} jour d'arrêt ;
 - En cas d'hospitalisation, au plus tôt à partir du 16^{ème} jour d'arrêt ;
 - En cas de congé de longue maladie, de congé de longue durée, à partir du 1^{er} jour d'arrêt ;
 - En cas de congé d'origine professionnelle(maladie professionnelle ou accident de service), au plus tôt à partir du 31^{ème} jour d'arrêt ;
 - En cas de mise en disponibilité d'office pour les agents titulaires suite à épuisement des droits statutaires à congé de maladie ordinaire.

- Agents titulaires et stagiaires à temps non complet affiliés au régime général de la sécurité sociale et à l'IRCANTEC :
 - En cas de maladie ordinaire, au plus tôt à partir du 8^{ème} jour d'arrêt ;
 - En cas d'hospitalisation, au plus tôt à partir du 16^{ème} jour d'arrêt ;
 - En cas de congé de grave maladie, à partir du 1^{er} jour d'arrêt ;
 - En cas de congé d'origine professionnelle (maladie professionnelle ou accident de service), au plus tôt à partir du 31^{ème} jour d'arrêt.

- Agents contractuels affiliés au régime général de la sécurité sociale et à affiliés au régime général de la sécurité sociale et à l'IRCANTEC :
 - En cas de maladie ordinaire, au plus tôt à partir du 8^{ème} jour d'arrêt ;
 - En cas d'hospitalisation, au plus tôt à partir du 16^{ème} jour d'arrêt ;
 - En cas de congé de grave maladie, à partir du 1^{er} jour d'arrêt ;
 - En cas de congé d'origine professionnels (maladie professionnelle ou accident de service), au plus tôt à partir du 31^{ème} jour d'arrêt.

- Durée de la prestation :

Sauf pour les agents contractuels, les indemnités journalières versées au titre du présent contrat ne comportent aucune durée maximale de versement des prestations autres que celles prévues à la présente Notice.

En cas de rétablissement du plein traitement par l'employeur, à effet rétroactif, pour la période indemnisée au titre de la présente garantie, lorsque le bénéficiaire est placé en Congé de Longue Maladie (CLM) ou en congé de maladie de longue durée (CLD), les indemnités versées par le prestataire doivent lui être remboursées intégralement par le bénéficiaire.

- Durée de la prestation pour les agents contractuels :

Pour les agents contractuels, le versement des indemnités contractuelles est effectué pendant la durée du contrat de l'agent et **cesse à la fin dudit contrat**.

Article.25 Règlement des indemnités

Afin de faire valoir ses droits, le membre participant doit remplir et adresser à la Mutuelle un formulaire de demande de prestations dûment complété, daté et signé par son employeur, accompagné des pièces justificatives suivantes :

- Les 3 derniers bulletins de paie ;
- L'attestation de prise en charge à demi-traitement au titre du statut de la fonction publique territoriale, ou les décomptes de la Sécurité Sociale ;
- Une attestation de l'employeur indiquant les périodes d'arrêt de travail au cours des 365 jours précédant l'arrêt au titre duquel la prestation est demandée ;
- Le certificat médical sous pli confidentiel à l'attention du service médical de la Mutuelle ;
- La copie de l'avis du Conseil Médical Départemental ;
- La copie de l'arrêté du conseil délibératif de la personne morale relatif au congé de maladie ;
- L'attestation de l'employeur précisant la date d'embauche de l'adhérent pour les non-titulaires ;
- Un Relevé d'Identité : Bancaire, Postal ou de Caisse d'Epargne (RIB, RIP, RICE) de l'adhérent ;
- 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.

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

Les prestations sont versées mensuellement à terme échu.

Article.26 Terme 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 le régime de l'Assurance Maladie au titre du Régime Général de la Sécurité Sociale ;
- Soit de la liquidation d'une pension d'invalidité par le régime de base du membre participant ;
- Soit de l'expiration de la durée des congés ;
- Soit de la date de la liquidation de la pension de retraite par le régime de base du membre participant ;
- Soit du décès ou PTIA du membre participant ;
- Soit à l'âge de la retraite à taux plein automatique du membre participant ;
- Soit de la fin du contrat de travail pour les agents contractuels ;
- Soit en cas de résultat défavorable d'un contrôle médical sur la personne du membre participant ;
- Soit en cas de non-présentation à un contrôle médical ;
- Soit en cas de démission ou de radiation des effectifs du Souscripteur.

Article.27 Maintien des prestations

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

CHAPITRE 6. GARANTIE INVALIDITÉ

Article.28 Objet et définition de la garantie

La garantie a pour objet le paiement aux agents, d'une rente en cas d'invalidité permanente survenue avant l'âge légal de départ à la retraite.

L'invalidité permanente est reconnue lorsque l'assuré remplit les conditions suivantes :

- Pour les agents relevant du statut de la Fonction Publique Territoriale, avoir été mis à la retraite pour une invalidité reconnue par les organismes compétents ;

ou

- Pour les agents relevant du régime général de la Sécurité Sociale, être atteint d'une invalidité non imputable au service classée en 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie ;

Et,

- Quel que soit le statut ou le régime dont dépend l'agent, celui-ci ne pourra être pris en charge au titre de la présente garantie que s'il est reconnu inapte à exercer son activité professionnelle.

Article.29 Période de la garantie

La rente est versée mensuellement à terme échu après épuisement des droits statutaires maladie et au jour de l'entrée en jouissance de la pension d'invalidité permanente.

Article.30 Montant de la prestation

Le montant de la prestation versée sous forme de rente, complétée de toute autre prestation, est au plus égal à 90% de la rémunération nette au jour de la reconnaissance de l'invalidité.

Elle est revalorisée, chaque 1^{er} Juillet, en fonction de la valeur du point de la fonction publique.

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

Article.31 Règle de cumul

Le montant annuel de la rente versé par le prestataire, augmenté des prestations servies par la CNRACL, la sécurité sociale ou tout autre organisme ne peut excéder 100 % de la garantie de base nette définie à l'article 16.4 des conditions particulières du présent contrat, pris en compte par le prestataire et revalorisé dans les conditions définies à l'article 16.5 de la présente Notice d'Information.

En cas de dépassement de la limite, la rente versée par le prestataire est réduite afin de ne pas dépasser ce montant défini ci-dessus.

Article.32 Règlement de la rente

Afin de faire valoir ses droits, le membre participant doit remplir et adresser à la Mutuelle un formulaire de demande de prestations dûment complété, daté et signé par son employeur, accompagné des pièces justificatives suivantes :

- Pour les agents affiliés à la CNRACL :
 - L'avis de situation de la retraite pour invalidité de la CNRACL ;
 - Le décompte de liquidation de la pension de la CNRACL ;
 - Les bulletins de paiement de la CNRACL ;
 - Un Relevé d'Identité : Bancaire, Postal ou de Caisse d'Épargne (RIB, RIP, RICE) du membre participant.
- Pour les agents relevant du régime général de la Sécurité Sociale :
 - La notification d'attribution d'une pension d'invalidité de 2^{ème} ou de 3^{ème} catégorie ;
 - Les décomptes de paiement de la Sécurité Sociale ;
 - Un Relevé d'Identité : Bancaire, Postal ou de Caisse d'Épargne (RIB, RIP, RICE) du membre adhérent.
- Pour les agents de toutes affiliations confondues à un régime de retraite ou de prévoyance, ils doivent adresser à la Mutuelle avant le 15 janvier de chaque année le dernier justificatif du versement de leur pension d'invalidité ou de retraite accompagné de toute autre pièce justificative que la Mutuelle se réserve le droit de demander.

Article.33 Terme de la rente

Le versement de la rente cesse dès :

- La reprise de toute activité professionnelle du membre participant, même partielle ;
- Le décès du membre participant ;
- L'âge légal d'ouverture des droits à la retraite ;
- La liquidation de la pension vieillesse.

Article.34 Maintien des prestations

En cas de résiliation de l'adhésion, le service des prestations en cours versées au titre de l'article 27 se poursuit sur la base de l'indemnité versée au titre de la dernière échéance jusqu'au terme prévu à l'article 29 de la présente Notice d'Information.

CHAPITRE 7. GARANTIE DÉCÈS OU PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE

Article.35 Définition de la garantie décès ou PTIA toutes causes

TERRITORIA Mutuelle garantit le versement d'un capital en cas de réalisation des risques suivants en période de garantie :

- Décès survenant avant l'âge d'ouverture du droit à la retraite à taux plein ;
- PTIA.

Est considéré comme atteint d'une PTIA l'assuré qui est reconnu par le prestataire être dans l'incapacité définitive de se livrer à une quelconque activité pouvant lui procurer gain ou profit et être obligé de recourir pendant toute son existence à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie.

Le paiement du capital au titre de la PTIA fait cesser la garantie décès.

Article.36 Montant de la prestation

Le montant du capital de base garanti est égal à 100 % de la base annuelle résultant de la rémunération nette de l'assuré, définie à l'article 14 de la présente Notice d'Information, évalué à la date du sinistre.

TERRITORIA Mutuelle garantit le doublement du capital, défini ci-dessus, en cas de décès ou de PTIA consécutif à un accident.

L'accident s'entend de toute atteinte ou lésion corporelle soudaine et non intentionnelle de la part de l'assuré.

Article.37 Règlement du capital

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

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

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

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

Article.38 Définition des bénéficiaires

38.1 Décès

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

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

Le membre participant peut toutefois désigner par lettre transmise à la Mutuelle le ou les bénéficiaires de son choix. En cas de décès d'un des bénéficiaires désignés par le membre participant, le capital est versé aux autres

bénéficiaires au prorata de leurs parts respectives. En cas de décès du bénéficiaire ou de tous les bénéficiaires désignés par le membre participant, les dispositions ci-dessus s'appliquent.

Concernant le changement de bénéficiaire du capital décès, TERRITORIA Mutuelle accepte cela dans la mesure où le cadre juridique en vigueur est respecté.

38.2 Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

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

CHAPITRE 8. GARANTIE PERTE DE RETRAITE

Cette garantie ne peut être souscrite qu'associée aux garanties "Baisse du traitement indiciaire consécutive à une Incapacité Temporaire Totale de Travail et Invalidité Permanente".

Article.39 Objet de la garantie

La Mutuelle garantit le versement d'une rente, en cas d'invalidité permanente survenue avant l'âge légal d'ouverture des droits à la retraite.

L'Invalidité Permanente s'entend telle qu'elle est définie au chapitre 6 du présent contrat.

Article.40 Montant de la prestation

Le montant du capital est au moins égal à 100% du Plafond Annuel de la Sécurité Sociale. Le capital est versé à l'âge de départ à la retraite en une fois au moment de la liquidation de la pension de vieillesse

Article.41 Règle de cumul

L'ensemble du montant des pensions et retraites des régimes légaux et du complément de retraite servi par la Mutuelle ne peut excéder le produit du plafond réglementaire prévu pour une carrière complète par le pourcentage du plafond d'indemnisation précisé dans le tableau des garanties diminué des cotisations sociales obligatoires.

Toutefois, lorsque le membre participant bénéficie en outre d'une rente d'invalidité, le cumul des pensions retraites, rentes diverses servies par les régimes légaux ainsi que du complément servi par la Mutuelle peuvent se cumuler dans la limite du produit de 100% du traitement indiciaire brut annuel défini ci-dessus par le pourcentage du plafond d'indemnisation précisé dans le tableau des garanties, diminué des cotisations sociales obligatoires.

En cas de dépassement de la limite, la prestation versée par la Mutuelle est réduite afin de ne pas dépasser ce montant défini ci-dessus.

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

Les retraites complémentaires souscrites volontairement par ailleurs ne sont pas prises en compte dans la règle de cumul.

Article.42 Versement de la Rente

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.

CHAPITRE 9. GARANTIE ACCOMPAGNEMENT SOCIAL ET ASSISTANCE

Tout membre participant de la Mutuelle, bénéficiant d'une garantie Maintien de Traitement, 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 Mutuelle Assistance. 24h/24 et 7j/7.

L'accompagnement social a pour objet de mettre en place un service d'écoute, d'Information 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.

Site internet : www.mutnov-services-plus.fr

Ligne dédiée : **09 69 32 82 67**

L'Assistance Maintien de Traitement a pour objet d'apporter aux adhérents de TERRITORIA 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.

Vous trouverez en annexe 2 un extrait des garanties assistance.

CHAPITRE 10. DONNÉES PERSONNELLES

La Mutuelle collecte et traite vos données personnelles dans le cadre de ses activités afin de vous verser les prestations prévues au contrat collectif. Afin de mettre en œuvre ces traitements, la Mutuelle a choisi de déployer une organisation spécifique à la protection de vos données personnelles.

Article.43 Données collectées

La Mutuelle est susceptible de collecter les catégories de vos données personnelles suivantes :

- Données d'identification générale (nom, prénom...) ;
- Numéros d'identification unique (NIR) ;
- Données d'identification d'adhérents ;
- Information relatives à la vie personnelle ;
- Données économiques ou financières ;
- Données de connexion ;
- Profils internet tel que l'identifiant, les profils de navigations ou des cookies.

Ces données peuvent être collectées directement auprès de vous, ou indirectement, lorsque vos données sont collectées auprès d'un organisme tiers.

Article.44 Utilisation

Les traitements portant sur vos données personnelles peuvent avoir plusieurs finalités :

- La conclusion, la gestion et l'exécution des droits et obligations de votre adhésion au contrat collectif d'assurance ;
- La gestion de la relation commerciale, sauf opposition de votre part ;
- L'analyse de tout ou partie de vos données afin d'améliorer la qualité de notre service ou d'évaluer votre situation personnelle pour vous conseiller dans les garanties ;
- Le respect de nos obligations.

Vos données sont traitées conformément au principe de licéité de traitement. Pour cela, ces traitements reposent sur l'un des fondements juridiques suivants :

- L'exécution d'un contrat conclu ou des mesures précontractuelles prises à votre demande ;
- Le respect d'une obligation légale nous incombant (exemple : lutte contre le blanchiment de capitaux) ;
- La protection de nos intérêts légitimes (exemple : lutte contre la fraude) ;
- Le consentement que vous nous avez fourni ;
- Le cas échéant, la préservation de l'intérêt public.

Article.45 Partage des données

La Mutuelle est susceptible de partager des données personnelles pour plusieurs raisons, telles que la fourniture d'un produit d'assurance ou service, le respect d'une obligation légale ou réglementaire, le traitement d'un contentieux ou la défense de ses droits.

La Mutuelle ne transfère vos données personnelles qu'aux mutuelles du Groupe APICIL dont elle fait partie, à ses intermédiaires, à ses partenaires, à ses prestataires ou aux organismes professionnels habilités qui en ont besoin pour les finalités décrites ci-dessus. La Mutuelle s'assure que ces tiers bénéficient de garanties suffisantes en matière de protection des données à caractère personnel. À cet effet, ils sont régulièrement contrôlés afin de nous assurer de leur conformité, et par incidence, préserver vos intérêts.

La Mutuelle s'engage par ailleurs à choisir comme partenaires des organismes qui respectent les exigences des lois et règlements sur la protection des données personnelles.

Enfin, la Mutuelle s'interdit de vendre ou louer vos données personnelles collectées.

Article.46 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 Gabiel – 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.

Article.47 Transferts internationaux

La Mutuelle s'efforce de ne pas transférer, héberger ou donner accès à des données en dehors de l'Union Européenne ou de pays ne présentant pas une protection adéquate en matière de protection des données personnelles. Certains traitements peuvent néanmoins nécessiter un transfert de données en dehors de ces zones. Conformément à la réglementation, ces transferts interviennent alors uniquement pour exécuter un contrat conclu entre la Mutuelle et ses prestataires, exécuter une obligation légale, protéger l'intérêt public ou défendre ses intérêts légitimes. Ces transferts sont toujours encadrés par des garanties, notamment en utilisant des clauses contractuelles types de la Commission Européenne.

Article.48 Conservation

Conformément au principe de minimisation, la Mutuelle ne traite que des données adéquates, pertinentes et limitées au regard de ce qui est nécessaire pour les finalités de traitement. Il garantit également que la durée de conservation des données est limitée au strict minimum. Cette durée de conservation est variable et dépend de la nature des données et de leur finalité. Les durées de conservation sont précisées dans une politique de durée de conservation des données.

Article.49 Droits

Conformément à la réglementation applicable en matière de protection des données, vous disposez de droits sur vos données qui font l'objet d'un traitement par la Mutuelle. Ces droits vous sont résumés ci-dessous :

- Droit d'information, afin de savoir si certaines de vos données personnelles sont détenues par nos services,
- Droit d'accès, pour demander à accéder à vos données ;
- Droit de rectification, pour compléter ou mettre à jour vos données ;
- Droit d'effacement, pour demander l'effacement de vos données dans certaines circonstances ;
- Droit à la limitation de certains traitements, pour restreindre les traitements de vos données ;
- Droit à la portabilité, pour demander que nous transmettions à un tiers de votre choix les données personnelles que vous nous avez directement fournies ;
- Droit à organiser le sort de vos données, pour désigner une personne qui exécutera vos directives sur vos données personnelles après votre décès ;
- Droit d'opposition, pour vous opposer à ce que nous traitions vos données personnelles.

Pour en savoir plus sur ces droits vous pouvez consulter le site de la CNIL : <https://www.cnil.fr/fr/les-droits-pour-maitriser-vos-donnees-personnelles>.

Dans certaines situations et pour certains droits, la Mutuelle pourra s'opposer par des raisons légitimes à votre demande. Ces raisons vous seront alors expliquées.

Article.50 Sécurité

Dans son activité, la Mutuelle a conscience que la sécurité des systèmes d'information est primordiale. Nous mettons tout en œuvre pour assurer un niveau de protection optimisé de vos données personnelles. Chacun de nos collaborateurs agit pour préserver la sécurité de vos données, bénéficie d'une formation en matière de protection des données à caractère personnel et exerce son activité conformément au principe de confidentialité. De plus, nous garantissons la mise en œuvre de « mesures techniques et organisationnelles appropriées », prises en fonction de la nature des données, des finalités du traitement et des risques associés.

Ces mesures consistent en leur chiffrage, à la supervision permanente des mesures de sécurité, à la mise en place d'habilitations ou à la sécurisation physique des data center. Si, malgré les mesures que nous prenons pour limiter tout risque, un incident qui mette en péril vos données personnelles intervenait, cette violation serait notifiée à la CNIL au plus tard dans les 72 h après que nous en ayons pris connaissance. Dans le cas où cette violation engendrerait un risque élevé pour vos droits et libertés, nous vous en informerons dans les meilleurs délais.

Article.51 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.

51.1 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.

51.2 Médiation sur nos engagements d'assurance.

Si le membre participant 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/>

CHAPITRE 11. CONTRÔLE DE LA MUTUELLE

Conformément aux dispositions du Code de la Mutualité, l'autorité chargée du contrôle de la Mutuelle preneur des garanties du présent règlement est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située au 4 place de Budapest – 75436 Paris cedex 9.

ANNEXE 1 : TABLEAU DES GARANTIES ET TAUX DE COTISATIONS APPLICABLES AU 1^{ER} JANVIER 2025

TABLEAU DES GARANTIES		
PRESTATIONS	NIVEAU DE COUVERTURE	TAUX DE COTISATION (TTC MENSUEL)
GARANTIES DE BASE		
INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL (MAINTIEN DE TRAITEMENT) + INVALIDITÉ	90% TIN + NBIN + 40% RIN DÈS LE PASSAGE À DEMI-TRAITEMENT & 90% TIN + NBIN + RIN	2,20 % TIB + NBIB + RIB
RENFORTS FACULTATIFS (aux choix de l'agent)		
RENFORT 1 INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL (MAINTIEN DE TRAITEMENT) + INVALIDITÉ	90% TIN + NBIN + 40% RIN DÈS LA PERTE DE TRAITEMENT OU DU RÉGIME INDEMNITAIRE & 90% TIN + NBIN + RIN	2.35 %* TIB + NBIB + RIB
RENFORT 2 INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL (MAINTIEN DE TRAITEMENT) + INVALIDITÉ	90% TIN + NBIN + 90% RIN DÈS LE PASSAGE À DEMI-TRAITEMENT & 90% TIN + NBIN + RIN	2.46 %* TIB + NBIB + RIB
RENFORT 3 INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL (MAINTIEN DE TRAITEMENT) + INVALIDITÉ	90% TIN + NBIN + 90% RIN DÈS LA PERTE DE TRAITEMENT OU DU RÉGIME INDEMNITAIRE & 90% TIN + NBIN + RIN	2.64%* TIB + NBIB + RIB
OPTIONS FACULTATIVES (aux choix de l'agent)		
OPTION 1 PERTE DE RETRAITE	100% DE LA PERTE DE RETRAITE	0,56 % TIB + NBIB + RIB
OPTION 2 DÉCÈS/PTIA	100 % TIB + NBIB + RIB DOUBLEMENT DU CAPITAL EN CAS DE DÉCÈS ACCIDENTEL	0,44 % TIB + NBIB + RIB

*Taux comprenant la base et le renfort

TIN : Traitement Indiciaire Net
 NBIN : Nouvelle Bonification Indiciaire Nette Indiciaire Brute
 RIN : Régime Indemnitaire Net
 PASS : Plafond Annuel de la Sécurité Sociale
 CMO : Congé de Maladie Ordinaire
 CLM : Congé Longue Maladie
 CLD : Congé de Longue Durée
 CGM : Congé de Grave Maladie

TIB : Traitement Indiciaire Brut
 NBIB : Nouvelle Bonification Indiciaire Brute
 RIB : Régime Indemnitaire Brut

ANNEXE 2 : GARANTIE ASSISTANCE
L'ACCÈS À DES SERVICES CONCRETS DÈS LA SOUSCRIPTION

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

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

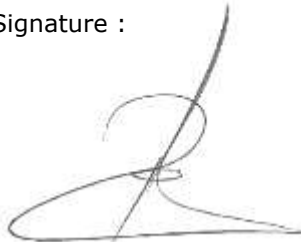
Enveloppes de services	Prise en charge et mise en œuvre sur 1 année
100 unités de services à choisir en fonction des besoins par les garanties suivantes : 1 enveloppe adultes : aide-ménagère, livraison de médicaments/de courses, transport aux rdv médicaux, portage de repas, garde d'enfants, conduite 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	

Les garanties d'assistance sont assurées par IMA ASSURANCES, ci-après dénommée TERRITORIA Mutuelle Assistance, société anonyme au capital de 7 000 000 euros entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris - 79000 Niort, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort sous le numéro 481.511.632, soumise au contrôle de l'ACPR - 4 place de Budapest - 75436 Paris cedex 09.

Fait en 2 exemplaires originaux.

GROUPEMENT DE COMMANDES COMMUNAUTE D'AGGLOMERATION DU GRAND DOLE, VILLE ET CCAS
Représenté par, M. Jean-Pascal FICHÈRE en sa qualité de Président,
Signature :

Pour la Mutuelle,
TERRITORIA Mutuelle
Représentée par M. Robert CHICHE,
En sa qualité de Président du Conseil d'Administration
Signature :



TERRITORIA MUTUELLE
54, rue de Gabiel - CS 76016
79185 CHAURAY CEDEX
05 49 33 76 51
Mutuelle régie par le Code de la mutualité
SIREN N°483 041 307