

NOTICE D'INFORMATION

VALANT

CONDITIONS GÉNÉRALES & CONDITIONS PARTICULIÈRES

ASSURANCE PRÉVOYANCE COMPLÉMENTAIRE

POUR LES AGENTS DU

CDG 65

&

DES COLLECTIVITÉS ET ETABLISSEMENTS PUBLICS AFFILIÉS

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

VERSION DU : 08/08/2024



Centre
de Gestion
des Hautes-Pyrénées

CONTRAT COLLECTIF À ADHÉSION FACULTATIVE
N° :

SOMMAIRE

CHAPITRE 1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES	3
CHAPITRE 2. COTISATIONS.....	10
CHAPITRE 3. PRESTATIONS	13
CHAPITRE 4. EXCLUSIONS	16
CHAPITRE 5. GARANTIE INCAPACITÉ.....	16
CHAPITRE 6. GARANTIE INVALIDITÉ.....	19
CHAPITRE 7. GARANTIE PERTE DE RETRAITE.....	21
CHAPITRE 8. GARANTIE DÉCÈS OU PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE.....	21
CHAPITRE 9. MAINTIEN DU RÉGIME INDEMNITAIRE	23
CHAPITRE 10. REPORTING	23
CHAPITRE 11. GARANTIE ACCOMPAGNEMENT SOCIAL ET ASSISTANCE	24
CHAPITRE 12. DONNÉES PERSONNELLES	24
CHAPITRE 13. CONTRÔLE DE LA MUTUELLE.....	27
ANNEXE 1 : TABLEAU DES GARANTIES ET TAUX DE COTISATIONS APPLICABLES AU 01/01/2025.....	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 le Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale des Hautes-Pyrénées et TERRITORIA Mutuelle.

Le décret n°2022-581 du 20 avril 2022 relatif aux garanties de protection sociale complémentaire et à la participation obligatoire des collectivités territoriales et de leurs établissements publics à leur financement précise les garanties minimales au titre de la couverture prévoyance et définit les montants de référence permettant de déterminer la participation minimale obligatoire des employeurs au financement des cotisations de protection sociale complémentaire destinées à couvrir les risques santé et prévoyance.

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, Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, inscrite au répertoire SIRENE sous le numéro 302 927 553 dont le siège social est situé 51 boulevard Marius Vivier Merle, 69003 LYON, se substitue intégralement à TERRITORIA Mutuelle dont le siège social est situé au 54 rue de Gabiel - CS 76016 - 79185 CHAURAY Cedex pour la constitution des garanties d'assurance maladie et accident offertes aux membres participants de la Mutuelle substituée et à leurs ayants droit, ainsi que pour l'exécution des engagements nés ou à naître relevant des branches 1, 2 et 20, tels qu'il sont définis dans la présente Notice d'Information.

La Mutuelle substituante donne à la Mutuelle substituée TERRITORIA MUTUELLE, sa caution solidaire pour l'ensemble de ses engagements financiers et charges, y compris non assurantiels, vis à vis des membres participants, appartenant, ayant appartenu ou en lien avec la fonction publique, ayants droit, bénéficiaires et de toute autre personne physique ou morale. En cas de carence de la Mutuelle substituée pour fixer ces paramètres, ils seront déterminés par la Mutuelle substituante. APICIL Mutuelle dispose d'un agrément pour les branches 1, 2, 20, 21 et 22. Si l'agrément d'APICIL Mutuelle lui était retiré ou était déclaré caduque pour l'une de ces branches, les garanties issues des bulletins d'adhésion ou des contrats collectifs mentionnés à l'article L.221-1 du Code de la mutualité seraient résiliées le quarantième jour à midi à compter de la publication de la décision de retrait d'agrément, la portion afférente à la période non garantie étant alors restituée au membre participant 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 Conditions 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 des collectivités territoriales 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 et 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 : personne physique régulièrement inscrite sur le tableau des effectifs des collectivités territoriales et des établissements publics affiliés au CDG 65, ainsi que les propres agents du CDG 65 qui ont souscrit à la convention de participation bénéficient, à leur demande, des garanties du contrat et appartenant à l'une des catégories suivantes :
 - Fonctionnaires actifs ;
 - Agents non titulaires de droit public (en contrat continu d'une durée minimale de 12 mois) ;
 - Agents de droit privé (en contrat continu d'une durée minimum de 12 mois) ;
 - Agents de la collectivité, de l'établissement ou du CDG 65 mis à disposition ;
 - Agents en détachement au sein de la collectivité, de l'établissement ou du CDG 65 (pour une durée minimum de 12 mois).

Les agents considérés doivent travailler à temps complet, partiel ou non complet ;

- CNRACL : Caisse Nationale de Retraite des Agents des Collectivités Locales ;
- CTI : Complément de Traitement Indemnitaire, instauré par le décret N° 2020-1152 du 19 septembre 2020, relatif au versement d'un complément de Traitement Indiciaire à certains agents publics ;
- 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 ;
- Mutuelle : TERRITORIA Mutuelle, 54 rue de Gabiel - CS 76016 - 79185 CHAURAY cedex
N° SIREN 483 041 307 ;
- NBI : par NBI, il faut entendre la majoration indiciaire octroyée par l'employeur lorsque l'agent occupe une fonction ouvrant droit à ladite NBI. Lorsqu'il est fait référence à la NBI Nette, on entend par NBI nette, la NBI Brute diminuée des cotisations sociales obligatoires (retraite CNRACL, Sécurité Sociale, CSG, CRDS, retraite IRCANTEC et retraite complémentaire obligatoire) ;

- Régime Indemnitare : Il faut entendre par Régime Indemnitare, les primes, indemnités, gratifications brutes résultant de dispositions législatives ou réglementaires, à l'exclusion des remboursements de frais et des indemnités accessoires rattachées à l'exercice des fonctions ;
- Souscripteur : le Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale des Hautes-Pyrénées ainsi que les collectivités et établissements publics affiliés, qui ont souscrit le contrat « Maintien de Traitement » au profit des agents ;
- Traitement Indiciaire Brut annuel (TIB) : Le Traitement Indiciaire Brut annuel est donné par la formule IT x VP
 - IT : représentant l'indice de traitement nouveau majoré de l'assuré ;
 - VP : représentant la valeur du point indice.

Lorsqu'il est fait référence au traitement indiciaire net, on entend par traitement indiciaire net, le traitement indiciaire brut soumis à retenue pour pension, diminué des cotisations sociales obligatoires (retraite CNRACL, Sécurité Sociale, CSG, CRDS, retraite IRCANTEC et retraite complémentaire obligatoire).

Article.4 Garanties

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

Garanties obligatoires :

- [L'incapacité de travail](#) ;
- [L'invalidité](#).

Garanties optionnelles facultatives (aux choix de l'agent) :

- Option 1 : Renfort incapacité temporaire de travail à 95% ;
- Option 2 : [Perte de retraite](#) à 50% ;
- Option 3 : [Perte de retraite](#) à 100% ;
- Option 4 : [Décès toutes causes & PTIA](#) à 100%.

Ce qui n'est pas assuré :

- ✗ 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 indemnitare pendant cette période ;
- ✗ 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 novembre 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 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.

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 dans la continuité de son ancien contrat, si l'agent justifie de l'adhésion préalable auprès d'un organisme d'assurance pour des garanties équivalentes et sous réserve que la résiliation de son ancien contrat et son adhésion au contrat collectif soient simultanées ; Ou
 - 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.
 - 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 à [l'article 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 de l'assuré 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 de l'adhérent

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 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 par lettre recommandée au plus tard le 31 octobre de chaque année.

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 » et « perte de retraite ».

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 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.

Article.11 Informations 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 d'Informations 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'Informations, 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 de 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⁾ ;
- Variation du nombre d'agents adhérents ;
- Évolutions démographiques ;
- Modifications de la réglementation.

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. En tout état de cause, le montant de la revalorisation annuelle de la cotisation ne pourra excéder 25% d'augmentation. 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 maximum
Absentéisme réduit	De 5 % depuis le départ	0%
Absentéisme constant	0	0%
Absentéisme aggravé	+ 5 % depuis la consultation	5%
Absentéisme aggravé	+ 10 % depuis la consultation	10%
Absentéisme aggravé	+ 15 % depuis la consultation	15%
Absentéisme aggravé	+ 25 % depuis la consultation	25%

⁽¹⁾ L'aggravation de la sinistralité doit être constatée par TERRITORIA 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 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.

TERRITORIA Mutuelle ne majore pas ses tarifs lorsque l'agent adhère après le délai des 6 premiers mois.

Article.14 Assiette de cotisations

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

- Du Traitement Indiciaire Brut en activité ;
- De la Nouvelle Bonification Indiciaire Brute en activité ;
- Du Complément de Traitement Indiciaire Brut en activité ;
- Du Régime Indemnitaire Brut en activité.

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'Information.

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 ou à terme à échoir selon les modalités et périodicités mentionnées à la présente Notice d'Information.

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.

Article.16 Révision

Les parties conviennent de se communiquer réciproquement, dès qu'elles en ont connaissance, tout fait ou acte juridique, décisions législatives, réglementaires ou conventionnelles, susceptibles d'entraîner une révision des conditions du contrat.

Dans le cadre de la modification de garanties, il incombe au souscripteur d'informer les bénéficiaires des modifications apportées à leurs droits et obligations. En cas de désaccord, chaque bénéficiaire peut résilier son adhésion.

Chapitre 3. PRESTATIONS

Article.17 Généralités sur les prestations

17.1 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 perte de retraite (rente annuelle viagère) ;
- De décès de l'adhérent (capital).

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.

17.2 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.

17.3 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 aux conditions particulières.

17.4 Base de calcul des prestations

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

- Le Traitement Indiciaire net mensuel, la Nouvelle Bonification Indiciaire Nette, le Complément de Traitement Indiciaire Net et le Régime Indemnitaire Net correspondant au Traitement Indiciaire Brut mensuel, à la Nouvelle Bonification Indiciaire Brute, au Complément de Traitement Indiciaire Brut et au 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.

17.5 Revalorisation

En cours de convention de participation, le montant des prestations « baisse du traitement consécutive à une Incapacité Temporaire Totale de travail », « Invalidité permanente », « perte de retraite » est revalorisé annuellement à chaque 1^{er} janvier par référence à l'évolution de la valeur du point d'indice de la Fonction Publique Territoriale.

17.6 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.18 Attribution des prestations

18.1 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.

18.2 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.

18.3 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.

18.4 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.

18.5 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 – Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, 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.19 Objet de la garantie

La garantie incapacité de travail a pour objet de faire bénéficier d'indemnités journalières complémentaires les adhérents qui se trouvent momentanément dans l'incapacité complète d'exercer une quelconque activité professionnelle à la suite d'une maladie ou d'un accident médicalement constatés et perçoivent, à ce titre, des prestations, soit de leur employeur en application du régime statutaire de la fonction publique territoriale, soit du régime général d'assurance maladie de la Sécurité Sociale, et après accord du médecin conseil de la Mutuelle.

Article.20 Agents recrutés à temps complet et non complet

Le montant de la prestation est égal à 90% ou 95 % selon l'option retenue de 1/360^{ème} de la rémunération brute définie à [l'article 17.4](#) 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 Agent à temps partiel

L'indemnité journalière est égale à 90% de 1/360^{ème} de la rémunération brute définie à [l'article 17.4](#) 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 le membre participant 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 membre participant est amené à travailler à temps partiel pour des raisons médicales, la Mutuelle prend en charge la baisse de traitement consécutif à ce temps partiel.

Article.22 Période de la garantie

	Agents CNRACL titulaires et stagiaires	Agents IRCANTEC titulaires et stagiaires	Agents IRCANTEC non titulaires
Congé de Maladie Ordinaire	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	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.	Intervention de la Mutuelle en complément des droits statutaires: - Pour les agents d'une ancienneté de moins de 4 mois, aucune intervention de la Mutuelle à partir du 31 ^{ème} jour. - Pour les agents d'une ancienneté comprise entre 4 mois et 2 ans, intervention de la Mutuelle à compter du 31 ^{ème} jour d'arrêt de travail. - Pour les agents d'une ancienneté comprise entre 2 ans et 3 ans, intervention de la Mutuelle à compter du 61 ^{ème} jour d'arrêt de travail. - Pour les agents d'une ancienneté égale et supérieure à 3 ans, intervention de la Mutuelle à compter du 91 ^{ème} jour d'arrêt de travail
Congé de Longue Maladie	Intervention de la Mutuelle en complément des droits statutaires à compter du 366 ^{ème} jour d'arrêt de travail et jusqu'au 1095 ^{ème} jour d'arrêt de travail		
Congé de maladie de Longue Durée	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. Dans le cas d'une maladie contractée dans l'exercice des fonctions, l'intervention de la Mutuelle est prévue de la 6 ^{ème} année jusqu'à la fin de la 8 ^{ème} année d'arrêt de travail		
Congé de Grave Maladie		Intervention de la Mutuelle en complément des droits statutaires à compter du 366 ^{ème} jour d'arrêt de travail et jusqu'au 1095 ^{ème} jour d'arrêt de travail	Pour les agents d'une ancienneté supérieure à 3 ans intervention de la Mutuelle en complément des droits statutaires à compter du 366 ^{ème} jour d'arrêt de travail et jusqu'au 1095 ^{ème} jour d'arrêt de travail
Accident du travail		Intervention de la Mutuelle en complément des droits statutaires après une franchise de 90 jours et jusqu'à la reprise de fonctions ou mise à la retraite d'office	-Pour les agents d'une ancienneté de moins d'1 an, intervention de la Mutuelle à compter du 31 ^{ème} jour et jusqu'à la reprise de fonctions ou mise à la retraite d'office. -Pour les agents d'une ancienneté comprise entre 1 an et 4 ans, intervention de la Mutuelle à compter du 62 ^{ème} jour d'arrêt de travail et jusqu'à la reprise de fonctions ou mise à la retraite d'office. -Pour les agents d'une ancienneté supérieure à 4 ans, intervention de la Mutuelle à compter du 91 ^{ème} jour d'arrêt de travail et jusqu'à la reprise de fonctions ou mise à la retraite d'office
Mise en Disponibilité d'Office	Pour les agents titulaires à la suite de l'épuisement des droits statutaires à congé de maladie ordinaire, en complément de l'indemnité de coordination sur validation par la Sécurité Sociale	Pour les agents titulaires à la suite de l'épuisement des droits statutaires à congé de maladie ordinaire, en complément de l'indemnité de coordination sur validation par la Sécurité Sociale	

<p>Mise en Disponibilité d'Office à Titre Conservatoire (Dans l'attente de l'avis d'une instance).</p>	<p>Pour les agents titulaires à la suite de l'épuisement des droits statutaires à congé de maladie ordinaire, longue maladie ou longue durée en attente d'une décision de mise à la retraite pour invalidité, à tous les autres cas d'attente d'une décision de l'administration.</p>	<p>Pour les agents titulaires à la suite de l'épuisement des droits statutaires à congé de maladie ordinaire, longue maladie ou longue durée en attente d'une décision de mise à la retraite pour invalidité, à tous les autres cas d'attente d'une décision de l'administration.</p>	<p>Pour les agents contractuels à la suite de l'épuisement des droits statutaires à congé de maladie ordinaire, longue maladie ou longue durée en attente d'une décision de mise à la retraite pour invalidité, à tous les autres cas d'attente d'une décision de l'administration.</p>
--	---	---	---

Pour les agents de droit privé, le contrat d'assurance a pour objet de garantir la prise en charge d'une partie de la perte de traitement en complément des droits à congés maladie versés par la sécurité sociale dans la limite du niveau de couverture retenu par l'employeur.

Lorsque l'agent est placé en Disponibilité d'Office pour maladie : L'indemnité de coordination est versée au maximum 2 ans en cas d'inaptitude temporaire après la Maladie Ordinaire et après avis de la CPAM. Au-delà des 2 ans ou après un Congé de Longue Maladie ou de Longue Durée, si l'inaptitude est toujours temporaire et que l'agent est placé en Disponibilité d'Office pour raisons de santé, il ne peut pas y avoir d'indemnité de coordination mais éventuellement une Allocation d'Invalidité Temporaire (AIT), toujours après avis de la CPAM

Sur production d'un avis favorable de la CPAM, TERRITORIA Mutuelle complète les indemnités de coordination de l'AIT, pour une durée maximale de 1095 jours.

Dans le cas d'une Disponibilité d'Office dans l'attente de la décision de la CNRACL, l'inaptitude étant définitive et non plus temporaire, il ne peut exister d'indemnité de coordination ni d'AIT.

Article.23 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, ou de la Commission de réforme ;
- 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'Épargne (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.24 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 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 de l'assuré ;
- Soit en cas de non-présentation à un contrôle médical ;
- Soit en cas de démission ou de radiation des effectifs du souscripteur.

Article.25 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.26 Définition de la garantie

La garantie invalidité a pour objet de servir une rente aux membres participants qui remplissent 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.

Article.27 Montant de la prestation

Garanties minimales pour les agents affiliés à la CNRACL

Les fonctionnaires affiliés à la CNRACL perçoivent une rente garantissant une rémunération équivalente à 90% ou 95% selon l'option retenue par l'agent de leur traitement net de référence, sous réserve :

- D'avoir été mis à la retraite pour invalidité, après avis du conseil médical unique réuni en formation plénière et après avis de la CNRACL
- De ne pas avoir atteint l'âge d'ouverture des droits à pension de retraite soit 62 ans et progressivement 64 ans pour les assurés nés à compter du 1^{er} janvier 1955.

Elle est revalorisée, chaque 1^{er} janvier, en fonction de la valeur du point d'indice de la Fonction Publique Territoriale. 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.

Garanties minimales pour les agents affiliés au régime général

Les agents affiliés au régime général de la sécurité sociale perçoivent une rente garantissant une rémunération équivalente à 90 % du traitement net de référence, sous réserve :

- Soit de justifier d'une invalidité réduisant d'au moins deux tiers sa capacité de travail ou de gain avec un classement en 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie ;
- Soit de justifier d'un taux d'incapacité au moins égal à 66 % en cas de maladie professionnelle ou d'accident du travail.

Elle est revalorisée, chaque 1^{er} janvier, en fonction de la valeur du point d'indice de la Fonction Publique Territoriale. 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.28 Règles 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 90 % de la garantie de base nette, définie dans le présent contrat, pris en compte par le prestataire et revalorisé dans les conditions définies dans le présent contrat. En cas de dépassement de la limite, la rente versée par le prestataire est réduite, afin de ne pas dépasser le montant défini ci-dessus.

Article.29 Service de la prestation :

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

L'agent reconnu en invalidité est exonéré de ses cotisations futures tout en percevant la prestation d'invalidité.

Article.30 Terme du versement de la rente

Le versement de la rente cesse :

- À la reprise d'une quelconque activité professionnelle, même partielle,
- En cas de décès,
- À l'âge légal d'ouverture des droits à la retraite,
- À la liquidation de la pension vieillesse de l'assuré.

Article.31 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 30](#) de la présente Notice d'Information.

Chapitre 7. 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.32 Définition de la garantie

La Mutuelle garantit le versement d'un capital, exprimé en pourcentage du PASS (Plafond Annuel de Sécurité Sociale) à l'agent, s'il a été mis en retraite pour invalidité avant d'avoir atteint l'âge légal de la retraite. Le versement s'effectue lors de son départ en retraite sur présentation de sa notification de pension. Ce capital sera net de tous prélèvements sociaux.

Article.33 Montant de la prestation

Le montant du capital est fonction de la formule choisie par l'agent.

Article.34 Versement du capital

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 8. GARANTIE DÉCÈS OU PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE

Article.35 Objet de la garantie

La garantie Décès – Perte Totale et Irréversible d'Autonomie a pour objet de verser un capital aux bénéficiaires ou au membre participant en cas de décès, ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie du membre participant. Le membre participant est considéré comme atteint d'une perte totale et irréversible d'autonomie lorsqu'il est prouvé, qu'il est totalement inapte à la moindre activité ou occupation et ceci de façon irréversible ; il doit notamment être dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie et bénéficier de ce fait de l'allocation correspondante de la Sécurité Sociale.

Le versement du capital en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie est définitive et met fin à la garantie Décès.

Article.36 Montant du capital

Le montant du capital de base garanti est égal à 100% de la base annuelle résultant du traitement indiciaire net, de la nouvelle bonification nette, du Complément de Traitement Indiciaire net et du Régime Indemnitaire Net, évalué à la date du sinistre, aux bénéficiaires ou à l'adhérent.

La Perte Totale et Irréversible d'Autonomie s'entend telle qu'elle est définie à [l'article 35](#) de la présente Notice d'Information. L'accident s'entend comme toute atteinte ou lésion corporelle soudaine et non intentionnelle de la part de l'adhérent.

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 l'assuré, 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 9. MAINTIEN DU RÉGIME INDEMNITAIRE

TERRITORIA Mutuelle assure la prise en charge du RI pour la garantie Incapacité à hauteur de :

- 0% en Congé de Maladie Ordinaire à plein traitement ;
- 90% (50% employeur & 40% TERRITORIA Mutuelle) ou 95% pour l'option 1 (50% employeur & 45% TERRITORIA Mutuelle) en Congé de Maladie Ordinaire à demi-traitement ;
- 90% (ou 95% pour l'option 1) en Congé de Longue Maladie, Longue Durée et Grave Maladie dès le 1^{er} jour de plein traitement ;
- 90% (ou 95% pour l'option 1) en Congé de Longue Maladie, Longue Durée et Grave Maladie en demi-traitement.

TERRITORIA Mutuelle assure la prise en charge du RI pour la garantie Invalidité à hauteur de 90%.

Chapitre 10. REPORTING

Les pièces mentionnées aux articles D.8222-5 ou D.8222-7 et 8 du code de travail sont à produire par le titulaire **tous les six mois** jusqu'à la fin de l'exécution du contrat. TERRITORIA Mutuelle s'engage à transmettre annuellement au pouvoir adjudicateur un compte de résultat :

- D'une part :
 - Les résultats de la consommation par exercice, déclinés par poste de garantie et mettant en évidence l'évolution du nombre de règlements effectués en regard du nombre de personnes assurées,
 - Les provisions (avec indication des méthodes de calcul) ;
- D'une part :
 - Les cotisations perçues hors taxes ;
 - Les frais de gestion ;
 - Les produits financiers.

Sur demande du pouvoir adjudicateur et **dans un délai de 30 jours**, TERRITORIA Mutuelle communiquera l'état des sinistres réglés ou provisionnés sur l'exercice en cours.

En cas de non remise des documents susmentionnés par le titulaire, le CDG 65 peut résilier le contrat au tort du titulaire après mise en demeure restée infructueuse.

TERRITORIA Mutuelle établit chaque année, un rapport pour l'ensemble des adhésions au contrat, et **au cours du 1^{er} trimestre** de l'année suivante.

Ce rapport contient les comptes techniques des garanties de prévoyance présentant de façon distincte pour les garanties « Incapacité de Travail » et « Invalidité Permanente », les éléments suivants :

- Cotisations, brutes de réassurance, de l'exercice ;
- Produits financiers nets de l'exercice ;
- Prestations, brutes de réassurance, servies au cours de l'exercice ;
- Provisions techniques constituées au 1^{er} janvier de l'exercice ;
- Provisions techniques constituées au 31 décembre de l'exercice ;
- Frais du contrat.

Outre ce rapport annuel sur les comptes techniques, le Titulaire de la convention s'engage à fournir au CDG 65 sur simple demande écrite de sa part, toutes informations statistiques relatives au présent contrat.

L'assureur produit, au **15 mai** suivant chacune de ces périodes, et au terme de la convention, un rapport retraçant les opérations définies aux critères 2 et 4 de l'Art. 18 du décret n°2011-1474 du 08 novembre 2011, qui mentionne notamment les opérations effectuées, répondant d'une part, à l'exigence de solidarité intergénérationnelle, et de rémunération entre les agents, et d'autre part, permettant d'assurer une couverture effective des plus âgés et des plus exposés aux risques.

Chapitre 11. 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'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.

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 12. 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.39 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 ;

- Informations 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.40 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.41 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.42 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 Gabel – 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.43 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.44 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.45 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 traitons 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.46 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 chiffrement, 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.47 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.

Article.48 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.

Article.49 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/>

Chapitre 13. 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 01/01/2025

TABLEAU DES GARANTIES			
VOTRE EMPLOYEUR PARTICIPE UNIQUEMENT SUR LES GARANTIES OBLIGATOIRES			
PRESTATIONS	NATURE	PLAFONDS D'INDEMNISATION	TAUX DE COTISATION TTC MENSUEL
GARANTIES OBLIGATOIRES DE BASE			
GARANTIES DE BASE	INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL (ITT)	INDEMNITÉS JOURNALIÈRES 90 % DU TIN + NBIN + CTIN + RIN À HAUTEUR DE <ul style="list-style-type: none"> 0% EN CMO À PLEIN TRAITEMENT 90% EN CMO À DEMI-TRAITEMENT (50% EMPLOYEUR & 40% TERRITORIA) 90% EN CLM, CLD ET CGM DÈS LE 1^{ER} JOUR DE PLEIN TRAITEMENT 90% EN CLM, CLD ET CGM EN DEMI-TRAITEMENT 	1.51 % TIB + NBIB + RIB + CTIB
	INVALIDITÉ PERMANENTE	RENTE MENSUELLE 90 % DU TIN + NBIN + RIN + CTIN	
GARANTIES OPTIONNELLES FACULTATIVES (AUX CHOIX DE L'AGENT)			
OPTION 1*	INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL (ITT)	INDEMNITÉS JOURNALIÈRES 95 % DU TIN + NBIN + CTIN + RIN À HAUTEUR DE <ul style="list-style-type: none"> 0% EN CMO À PLEIN TRAITEMENT 95% EN CMO À DEMI-TRAITEMENT (50% EMPLOYEUR & 45% TERRITORIA) 95% EN CLM, CLD ET CGM DÈS LE 1^{ER} JOUR DE PLEIN TRAITEMENT 95% EN CLM, CLD ET CGM EN DEMI-TRAITEMENT 	1.59 % TIB + NBIB + RIB + CTIB
	INVALIDITÉ PERMANENTE	RENTE MENSUELLE 90 % DU TIN + NBIN + RIN + CTIN	
OPTION 2	PERTE DE RETRAITE	CAPITAL	50% DU PASS 0.75 % TIB + NBIB + RIB + CTIB
OPTION 3	PERTE DE RETRAITE	CAPITAL	100% DU PASS 1.49 % TIB + NBIB + RIB + CTIB
OPTION 4	DÉCÈS & PTIA	CAPITAL	100% DU TIN + NBIN + RIN + CTIN 0.42 % TIB + NBIB + RIB + CTIB



***L'option 1 vient en remplacement de la garantie de base**

Les options 2 et 3 ne sont pas cumulables

TIB : Traitement Indiciaire Brut
NBIB : Nouvelle Bonification Indiciaire Brute
RIB : Régime Indemnitaire Brut
CTIB : Complément de Traitement Indiciaire Brut
PASS : Plafond Annuel de la Sécurité Sociale

TIN : Traitement Indiciaire Net
NBIN : Nouvelle Bonification Indiciaire Nette
RIN : Régime Indemnitaire Net
CTIN : Complément de Traitement Indiciaire Net

ANNEXE 2 : GARANTIE ASSISTANCE

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	



L'ACCÈS À DES SERVICES CONCRETS DÈS LA SOUSCRIPTION

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

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

PROJET

