



Métropole de LYON

Notice d'information

Garanties Invalidité, Perte de retraite, Décès-PTIA
Contrat collectif d'assurance à adhésion facultative

Effet au **1^{er} Janvier 2020**

CHAPITRE 1 - PREAMBULE	3
CHAPITRE 2 – DISPOSITIONS GENERALES	4
Article 1. Garanties proposées	4
Article 2. Personnes pouvant adhérer au contrat collectif de prévoyance	4
Peuvent être garantis au titre du présent contrat, les agents en activité de service et relevant d'une des catégories suivantes :	4
Article 3. Conditions d'adhésion.....	4
Article 4. Délai de stage – Conditions d'adhésion	5
Article 5. Prise d'effet et durée des garanties	6
Article 6. Information des membres participants.....	7
Article 7. Réticence ou fausse déclaration intentionnelle.....	7
Article 8. Prescription.....	7
Article 9. Données personnelles	7
Article 10. Réclamation.....	8
Article 11. Clause d'attribution de compétence	9
Article 12. Subrogation de la Mutuelle	9
TITRE I - RISQUES EXCLUS	9
TITRE II – BASE DE CALCUL DES PRESTATIONS.....	9
TITRE III - GARANTIE INVALIDITE.....	10
Article 13. Définition de la garantie	10
Article 14. Conditions d'adhésion.....	10
Article 15. Point de départ du versement de la rente.....	10
Article 16. Montant de la prestation et service de la rente.....	10
Article 17. Gestion du règlement des sinistres	11
Article 18. Service des prestations Invalidité :	11
Article 19. Radiation, résiliation, terme de l'adhésion	11
Article 20. Cas de fraude	11
Article 21. Terme du versement de la rente	11
Article 22. Maintien des prestations	12
TITRE IV - GARANTIE PERTE DE RETRAITE	12
Article 23. Objet de la garantie	12
Article 24. Conditions d'adhésion.....	12
Article 25. Montant de la rente.....	12
Article 26. Gestion du règlement des sinistres	12
Article 27. Radiation, résiliation, terme de l'adhésion	13
Article 28. Cas de fraude.....	13
Article 29. Terme du versement de la rente	13
TITRE V - GARANTIE DECES – PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE	13
Article 30. Objet de la garantie	13
Article 31. Décès - PTIA accidentel	13
Article 32. Décès - PTIA par accident de la circulation	13
Article 33. Conditions et modalités d'adhésion	14
Article 34. Exemption.....	14
Article 35. Clause de renonciation	14
Article 36. Modalités de paiement du capital en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie.....	14
Article 37. Contrôles effectués à la demande de la Mutuelle.....	14
Article 38. Litiges	15
Article 39. Gestion du règlement du capital.....	15
Article 40. Maintien des garanties Décès.....	15
Article 41. Obligations de la Mutuelle.....	15
TITRE VI - COTISATIONS	16
Article 42. Assiette de cotisations	16

CHAPITRE 1 - PREAMBULE

Le présent contrat collectif de prévoyance est conclu entre :

- D'une part : le souscripteur, dont la dénomination sociale est mentionnée aux conditions particulières ;
- D'autre part :
- La Mutuelle Nationale Territoriale (MNT), organisme assureur du contrat, Mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité, dont le siège social est situé 4 rue d'Athènes, 75009 PARIS, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° SIREN 775 678 584 et sous l'identifiant LEI 9695000Q8HEMSMEPF29 attribué par l'INSEE,
- la Mutuelle Générale de l'Education Nationale (MGEN) et la Mutuelle Générale de l'Education Nationale Vie (MGEN Vie), organismes assureurs du contrat, Mutuelles régie par le Livre II du Code de la Mutualité, dont les sièges sociaux sont situés 3 Square Max Hymans, 75748 PARIS cedex 15, inscrites respectivement au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 775 685 399 et 441 922 002.

Agissant en qualité de co-assureurs des risques garantis par le présent contrat.

Il est constitué des conditions générales et des conditions particulières.

Les organismes assureurs sont désignés, aux fins des présentes : « les Mutuelles co-assureurs ».

Les relations entre les Mutuelles co-assureurs font l'objet d'une convention de co-assurance qui précise notamment les modalités de concertation entre elles.

Le présent contrat est souscrit par le souscripteur auprès des Mutuelles co-assureurs en liaison avec la convention de participation conclue par le souscripteur avec les Mutuelles co-assureurs.

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

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

Conformément aux dispositions

- de l'article 19 du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents, ci-après dénommé le Décret ;
- de la convention de participation précitée ;

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

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

Le souscripteur est tenu d'en informer ses agents.

La MNT est désignée comme apériteur. En conséquence, la MGEN donne mandat à la MNT de la représenter et d'accomplir tous les actes nécessaires pour l'exécution du présent contrat de prévoyance en leur nom et pour leur compte. Elle est désignée aux fins des présentes « l'apériteur » ou « la MNT ».

Le présent contrat est à adhésion facultative pour les agents relevant des catégories mentionnées ci-dessous ; ils acquièrent, au titre de cette adhésion, la qualité de membre participant de la MNT et de la MGEN. Les modalités de la participation des membres participants et, le cas échéant, des membres honoraires aux assemblées générales des mutuelles co-assureurs sont déterminées par leurs statuts respectifs.

Par ailleurs, le membre participant pourra souscrire à des garanties individuelles dont les conditions sont mentionnées à la Partie II. GARANTIE FACULTATIVE A ADHESION INDIVIDUELLE du présent contrat.

Le présent contrat est régi par les dispositions du Code de la Mutualité et par les statuts des Mutuelles co-assureurs. Les conditions générales et particulières du présent contrat définissent les droits et obligations de chacune des deux parties.

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

Les Mutuelles co-assureurs ont choisi de confier totalement la gestion de ce contrat à SOFAXIS dont le siège social est situé Route de Creton - 18110 Vasselay, ayant pour adresse postale CS 80006 - 18020 Bourges Cedex, inscrite au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 335 171 096 et enregistrée à l'ORIAS sous le numéro 07 000 814 (www.orias.fr).

CHAPITRE 2 – DISPOSITIONS GENERALES

Article 1. Garanties proposées

Le contrat collectif de prévoyance a pour objet d'assurer au membre participant le versement de prestations en cas d'Invalidité, de Perte de retraite et de Décès/PTIA.

Article 2. Personnes pouvant adhérer au contrat collectif de prévoyance

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

- Les agents titulaires et stagiaires affiliés à la CNRACL ou détachés auprès de la collectivité signataire,
- Les agents de la collectivité mis à disposition d'une autre collectivité, d'un établissement public ou d'une association,
- Les agents titulaires, stagiaires et contractuels affiliés au régime général de la Sécurité Sociale et à l'IRCANTEC,
- Les agents sous contrat de droit privé.

A l'exclusion des agents vacataires.

Article 3. Conditions d'adhésion

Les garanties optionnelles à adhésion individuelle présentées ci-dessous, ne peuvent être souscrites que par les agents ayant adhéré à la garantie de base (Indemnités journalières).

Les agents adhérant à une ou plusieurs garanties optionnelles au jour de la prise d'effet de celui-ci sont admis sans condition.

L'adhésion à la garantie Perte de retraite est subordonnée à l'adhésion à la garantie Invalidité.

L'adhésion au contrat intervient sans formalités dans le délai de 12 mois suivant :

- La date d'effet du contrat signé par la collectivité,
- La date de recrutement,
- La date de retour dans la collectivité pour les agents en congé parental ou en disponibilité qui n'étaient pas présents à la date d'effet du contrat

Pour que l'adhésion soit effective, l'agent doit compléter un bulletin d'adhésion, être en position d'activité et exercer ses fonctions.

Les agents en congé maternité, paternité et d'adoption sont assimilés à des agents en activité.

Passé ce délai de 12 mois, un délai de stage de 6 mois sera appliqué.

Ce délai n'est pas appliqué en cas d'incapacité consécutive à un accident

Toutefois, aucun délai de stage ne sera appliqué si l'agent est déjà bénéficiaire d'un contrat à garanties équivalentes et ce pour toute adhésion intervenant pendant la durée de la convention

De même, aucun délai de stage ne sera appliqué en cas d'adhésion durant la première année de stage pour les agents contractuels qui seront recrutés sur un poste pérenne.

L'agent en arrêt de travail pour maladie ou accident à la prise d'effet du contrat :

- peut adhérer sans délai, dès sa reprise d'activité, pendant la première année suivant la date d'effet du contrat s'il était précédemment garanti par un contrat maintien de salaire sous réserve qu'il ait demandé à adhérer au contrat dans les 12 mois suivant sa mise en place,
- peut adhérer, après une reprise de travail de 30 jours continus, pendant la première année suivant la date d'effet, s'il n'était pas bénéficiaire d'un contrat maintien de salaire.

Au-delà des 12 premiers mois, un délai de stage de 6 mois sera appliqué à compter de la date d'effet de l'adhésion. Toutefois, aucun délai de stage ne sera appliqué si vous êtes déjà bénéficiaire d'un contrat à garanties équivalentes.

Ce délai n'est pas appliqué en cas d'incapacité 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.

Pendant la durée du contrat ou lors de leur recrutement, des agents pourraient déjà être couverts à titre individuels. Aussi, les mutuelles co-assureurs s'engagent à accepter ces agents sans délai de stage si l'agent est déjà bénéficiaire d'un contrat à garanties équivalentes. Dans ce cas, l'adhésion est reportée à compter de la date d'expiration de leur précédente garantie.

Adhésion à la suite d'un démarchage :

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

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

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

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

Dispositions en cas d'adhésion à distance :

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

Ce délai commence à courir :

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

Ce droit est à exercer par l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception adressé à SOFAXIS Santé Prévoyance Service Contrats adhésions CS 80006 – 18020 BOURGES Cedex, selon le modèle de rédaction ci-après : « Je soussigné(e) (nom, prénom), demeurant (adresse complète), vous notifie par la présente ma renonciation à mon adhésion au contrat collectif à adhésion facultative maintien de salaire effectuée le (date) à (lieu) Le (date et signature). »

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

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

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

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

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

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

Article 4. Délai de stage – Conditions d'adhésion

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

Toute incapacité de travail ouvrant droit à un congé de maladie ou qui survient au cours de ce délai de six mois n'ouvre pas droit au versement des prestations prévues aux garanties invalidité et perte de retraite du contrat.

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

Toutefois ce délai de stage n'est pas appliqué en cas d'incapacité ou d'invalidité consécutive à un accident ni en cas de décès-PTIA accidentel.

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.

4.1 - Modifications des garanties :

Au cours de la période de 12 mois suivant la date d'effet du contrat ou la date d'embauche, le membre participant peut modifier ses garanties sans condition.

Passé ce délai, la modification pourra être demandée :

- Pour toute diminution de garanties, à chaque échéance annuelle en adressant une demande par lettre recommandée avec accusé de réception au moins 2 mois avant l'échéance, soit au plus tard le 31 octobre de chaque année,

- Pour une garantie optionnelle en cours d'année, en adressant une demande par lettre recommandée avec accusé de réception. Le départ de la garantie sera effectif au 1er jour du mois suivant la demande sous réserve que le membre participant ne soit pas en arrêt à cette date. Un délai de stage de 6 mois sera appliqué sur la garantie supplémentaire souscrite.

Article 5. Prise d'effet et durée des garanties

5.1 : Prise d'effet des garanties :

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

- à la date d'effet du contrat souscrit par la collectivité pour les agents ayant demandé leur adhésion avant le 1er janvier 2020,
- au 1er jour du mois suivant la réception du bulletin d'adhésion si le membre participant adhère postérieurement à la date d'effet du contrat et sous réserve qu'il ne soit pas en arrêt de travail pour raisons médicales à cette date,
- au jour de l'entrée dans les effectifs de la collectivité pour un nouvel agent. Cela entraînera alors une proratisation de la cotisation sur le mois concerné
- au premier jour de retour dans la collectivité après une disponibilité, un congé parental, une exclusion temporaire ou toute autre situation de suspension du contrat si le membre participant avait adhéré avant son départ de la collectivité.

Les garanties prennent effet à l'égard de chaque membre participant qui est en arrêt de travail pour maladie à la date d'effet du contrat :

- dès la reprise d'activité de l'agent s'il est bénéficiaire d'un contrat maintien de salaire et qu'il a sollicité son adhésion dans les 12 mois suivant la date d'effet du contrat.
- dès le 31ème jour si l'agent a sollicité son adhésion dans les 12 mois suivant la date d'effet du contrat et qu'il n'est pas bénéficiaire d'un contrat maintien de salaire.
- dès le 31ème jour si l'agent n'a pas sollicité son adhésion dans les 12 mois suivant la date d'effet du contrat et qu'il est bénéficiaire d'un contrat maintien de salaire.
- Dès le 31ème jour avec un délai de stage de 6 mois si l'agent n'a pas sollicité son adhésion dans les 12 mois suivant la date d'effet du contrat et qu'il n'est pas bénéficiaire d'un contrat garantie de salaire.

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

5.2 Cessation des garanties :

Les garanties cessent au 31 décembre suivant leur prise d'effet. Elles se renouvellent ensuite par tacite reconduction, à chaque 1er janvier, sauf résiliation par le membre participant au moyen d'une lettre recommandée au moins **deux mois** avant cette date, soit au plus tard le 31 octobre de l'année.

Les garanties cessent de produire effet :

- à la date à laquelle le membre participant ne remplit plus les conditions visées à l'article 2 des conditions générales du présent contrat, ou cesse d'appartenir à l'effectif du souscripteur. Toutefois, les membres participants cessant d'appartenir à l'effectif du souscripteur et ayant été couverts pendant au moins deux ans, pourront bénéficier du maintien des garanties à titre individuel, sous réserve de manifester leur adhésion par la signature d'un bulletin,
- en cas de non-paiement de la cotisation,
- en cas de cessation d'activité pour les membres participants placés en congé parental et en disponibilité pour convenances personnelles. La cessation des garanties est fixée le jour de l'événement, la cotisation étant due jusqu'à la fin du mois en cours,
- en cas de cessation d'activité pour les membres participants admis à faire valoir leurs droits à la retraite,
- à l'âge de départ effectif du membre participant à la retraite pour la garantie Indemnités Journalières,
- au décès du membre participant,
- à la date d'effet de la résiliation des garanties. En cas de résiliation ou de non-renouvellement du présent contrat, les membres participants ayant été couverts pendant au moins deux ans au titre du présent contrat pourront bénéficier du maintien à titre individuel des garanties, sous réserve de manifester leur adhésion par la signature d'un bulletin,
- à la date d'effet de la résiliation de son adhésion par le membre participant.

Suspension de la garantie

En cas de congé parental d'éducation, de congé de formation professionnelle, de congé pour convenance personnelle ou de mise en disponibilité d'office autre que pour raison de santé, la garantie est suspendue à la date d'effet de l'un des événements précités, et jusqu'à la reprise du travail par le membre participant, sous réserve que la Mutuelle soit informée par le membre participant dans un délai de trois mois à compter de la date de reprise. Pendant cette période de suspension, aucune cotisation n'est due par le membre participant.

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

Si les membres participants changent d'employeur en application d'une réorganisation, le nouvel employeur est substitué de plein droit à l'ancien employeur pour la convention de participation et le contrat collectif d'assurance conclus par ce dernier avec les Mutuelles co-assureurs. La convention et le contrat sont exécutés dans les conditions antérieures jusqu'à leur échéance, sauf accord contraire entre le nouvel employeur, l'ancien employeur et les Mutuelles co-assureurs. Ceux-ci peuvent convenir d'une échéance de la convention et du contrat antérieure à celles stipulées dans le but d'harmoniser le régime des participations applicables aux agents. Les Mutuelles co-assureurs sont

informées de la substitution de personne morale par le nouvel employeur. La substitution de personne morale à la convention et au contrat n'entraîne aucun droit à résiliation ou à indemnisation pour les Mutuelles co-assureurs.

En cas de départ du membre participant de l'effectif de l'employeur avec embauche auprès d'un autre employeur, la portabilité à titre individuel de l'adhésion est acceptée sans réduction des garanties ni révision des taux de cotisation. La demande de portabilité doit être formulée par lettre recommandée avec accusé de réception, dans un délai maximum d'un mois à compter de la date d'embauche chez le nouvel employeur.

Article 6. Information des membres participants

La présente notice d'information établie par les Mutuelles co-assureurs dans les conditions prévues par le Code de la Mutualité définit les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de demande de prestations. Elle précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garantie, ainsi que les délais de prescription. Cette notice d'information, ainsi que les statuts de la Mutuelle, doivent être remis à chaque membre participant inscrit au contrat par le souscripteur.

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des membres participants, le souscripteur est tenu d'en informer chaque membre participant en lui remettant une notice établie à cet effet par les Mutuelles co-assureurs. Du fait de ces modifications, les membres participants peuvent, dans un délai d'un mois à compter de la remise de la notice, dénoncer leur adhésion au contrat.

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

Article 7. Réticence ou fausse déclaration intentionnelle

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

Article 8. Prescription

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

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

Conformément à l'article L.221-12 du Code de la mutualité, La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de celle-ci, par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque, ainsi que par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la Mutuelle Nationale Territoriale au membre participant en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation ou par le membre participant à la Mutuelle Nationale Territoriale en ce qui concerne le règlement de la prestation.

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

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

Article 9. Données personnelles

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Article 10. Réclamation

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

En cas de désaccord sur la réponse donnée, l'adhérent peut saisir le Service réclamation - 42/44 Rue du Général de Larminat - TSA 20015-33044 BORDEAUX CEDEX.

Enfin, si le litige persiste après épuisement de ces procédures internes de traitement des réclamations, les adhérents peuvent saisir le Médiateur de la Mutualité Française en lui envoyant :

- un courrier à l'adresse suivante : Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française - FNMF - 255 rue de Vaugirard - 75719 PARIS CEDEX 15.
- ou un courriel à mediation@mutualite.fr.

Le site du Médiateur est accessible sur le site Internet de la Mutualité Française : www.mutualite.fr

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

La prescription est également suspendue à compter de l'accord du débiteur constaté par l'huissier de justice pour participer à la procédure prévue à l'article L. 125-1 du code des procédures civiles d'exécution, procédure simplifiée applicable pour le recouvrement des créances dont le montant en principal et intérêts n'excède pas 4.000 euros.

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

Article 11. Clause d'attribution de compétence

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

Article 12. Subrogation de la Mutuelle

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

TITRE I - RISQUES EXCLUS

Exclusions communes à toutes les garanties y compris le Décès :

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

- A. de faits de guerres étrangères lorsque la France est partie belligérante,
- B. 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 le membre participant y prend une part active,
- C. du fait intentionnellement causé ou provoqué par le membre participant,
- D. de mutilation ou blessure volontaire,
- E. des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation, provenant de la transmutation de noyaux d'atome,
- F. de cataclysme, tremblement de terre, éruption volcanique, raz de marée,
- G. d'usage de stupéfiants, et de substances médicamenteuses en dehors des limites de prescriptions médicales,
- H. d'accidents dont est victime le membre participant alors qu'il se trouve en état d'alcoolémie ou d'ivresse manifeste, lorsque sa responsabilité est engagée.

Exclusions spécifiques à la garantie Décès :

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

- I. du suicide ou de la tentative de suicide dans la première année d'assurance,
- J. du meurtre ou complicité de meurtre commis par un ou plusieurs bénéficiaires sur la personne de l'assuré, dès lors que ce(s) bénéficiaire(s) a(ont) été condamné(s).

TITRE II – BASE DE CALCUL DES PRESTATIONS

Pour le calcul de la garantie Invalidité :

- pour les agents stagiaires, titulaires et contractuels de droit public : le traitement de référence correspond au traitement indiciaire mensuel brut plus la nouvelle bonification indiciaire (NBI) brute ayant donné lieu à cotisation au titre des présentes garanties diminué des cotisations et prélèvements sociaux obligatoires (Sécurité sociale, retraite CNRACL, IRCANTEC, CSG, CRDS...). Les primes ou indemnités nettes correspondent aux primes ou indemnités brutes ayant donné lieu à cotisation au titre de la présente garantie diminuées des cotisations et prélèvements sociaux obligatoires (CSG, CRDS...) : régime indemnitaire de grade, régime indemnitaire de fonction, indemnité différentielle, indemnité de compensation de la hausse de la CSG, indemnité dégressive, prime numérique, prime spécifique d'infirmier, indemnité différentielle métier, régime indemnitaire de collaborateur de cabinet, indemnité d'administration et de technicité, régime indemnitaire de grade maintenu, régime indemnitaire de mobilité, régime indemnitaire de fonction interim, prime de responsabilité. Les heures supplémentaires et les indemnités d'astreinte sont exclues de la base des garanties. Ne sont pas prises en compte les primes et indemnités à caractère annuel comme le Complément indemnitaire annuel, la Prime de fin d'année, la prime semestrielle, la prime d'intéressement, ni celles versées en fonction de la présence, telles que, par exemple, les indemnités travaux dangereux et la prime d'incinération.

- pour les agents contractuels de droit privé : le traitement de référence correspond au salaire mensuel brut ayant donné lieu à cotisation au titre des présentes garanties diminué des cotisations et prélèvements sociaux obligatoires (Sécurité sociale, retraite, CSG, CRDS...).

Pour le calcul de la garantie Régime Indemnitaire en cas d'incapacité de travail :

Les primes ou indemnités nettes correspondent aux primes ou indemnités brutes mensuelles ayant donné lieu à cotisation au titre de la présente garantie diminuée des cotisations et prélèvements sociaux obligatoires (CSG, CRDS...).

Les heures supplémentaires sont exclues de la base des garanties.

Pour le calcul de la garantie Décès/PTIA :

Le traitement de référence est le traitement mensuel brut plus la NBI brute plus, si le membre participant opte pour ce complément, les primes et indemnités mensuelles brutes ayant donné lieu au paiement de la cotisation et perçues par le membre participant (régime indemnitaire de grade, régime indemnitaire de fonction, indemnité différentielle, indemnité de compensation de la hausse de la CSG, indemnité dégressive, prime numérique, prime spécifique d'infirmier, indemnité différentielle métier, régime indemnitaire de collaborateur de cabinet, indemnité d'administration et de technicité, régime indemnitaire de grade maintenu, régime indemnitaire de mobilité, régime indemnitaire de fonction interim, prime de responsabilité).

Si la cotisation a été appelée sur une rémunération réduite du fait d'un arrêt de travail pour maladie ou accident, la prestation due a pour base de calcul la rémunération brute des trois derniers mois de traitement reconstitués (il s'agit de la rémunération que le membre participant aurait perçue s'il avait continué à exercer son activité).

Dans le cas où la période d'assurance est inférieure à trois mois, le traitement de référence défini ci-dessus est reconstitué sur la base du traitement du ou des derniers mois civils d'activité ayant donné lieu à cotisation.

TITRE III - GARANTIE INVALIDITE

Article 13. Définition de la garantie

La garantie invalidité a pour objet de servir une rente aux membres participants n'ayant pas atteint l'âge légal minimal de départ à la retraite et qui se trouvent dans l'impossibilité médicalement constatée d'exercer une activité professionnelle par suite de maladie ou d'accident de la vie privée, ou de maladie professionnelle ou d'accident du travail.

Pour les agents affiliés à la CNRACL :

- qui sont mis à la retraite pour invalidité ;

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

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

La garantie est acquise sans avis du médecin conseil de la Mutuelle Nationale Territoriale, ces dernières respectent les décisions de qualification d'arrêt de travail de la CNRACL, du souscripteur, de la Sécurité sociale et des autorités médicales compétentes.

Article 14. Conditions d'adhésion

Les conditions d'adhésion sont celles mentionnées à l'Article 3 de la présente notice.

Article 15. Point de départ du versement de la rente

Pour les agents affiliés à la CNRACL :

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

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

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

Article 16. Montant de la prestation et service de la rente

Montant de la rente :

Le montant de la rente mensuelle est calculé sur la base de 100 % du traitement de référence qu'aurait perçu le membre participant s'il n'avait pas cessé son activité à la date de prise en charge au titre de la présente garantie, déduction faite des sommes perçues au cours de ce mois (pension d'invalidité CNRACL, pension ou rente d'invalidité ou d'incapacité de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme).

Indemnisation des primes et indemnités mensuelles :

Sont prises en considération dans le calcul de la rente, les primes et indemnités mensuelles incluses dans l'assiette des cotisations. En tout état de cause la Mutuelle Nationale Territoriale limite son intervention à hauteur de 100 % du montant de ces primes et indemnités nettes.

Règle de cumul :

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

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

Revalorisation :

Les Mutuelles co-assureurs définissent le taux de revalorisation de la rente au 1er juillet de chaque année en fonction des résultats annuels des garanties invalidité assurées par l'apériteur. La revalorisation s'effectuera sur la base de l'évolution de l'indice 100 majoré de la Fonction Publique dans la limite d'une revalorisation de 0,50% par an.

Service de la rente :

La rente est servie mensuellement et à terme échu.

Article 17. Gestion du règlement des sinistres

Pour toute demande de prestation, le bénéficiaire fournit à la Mutuelle Nationale Territoriale :

Pour les agents affiliés à la CNRACL :

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

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

- la notification d'attribution d'une pension invalidité Sécurité sociale 2^e ou 3^e catégorie,
- le dernier bulletin de salaire,
- l'arrêté de licenciement pour inaptitude,
- la notification d'attribution d'une rente d'incapacité permanente pour un taux supérieur ou égal à 66 %,
- les décomptes de paiements de la Sécurité sociale,
- un Relevé d'Identité Bancaire, Postal ou de Caisse d'Epargne (RIB, RIP, RICE).

Article 18. Service des prestations Invalidité :

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

Article 19. Radiation, résiliation, terme de l'adhésion

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

Article 20. Cas de fraude

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

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

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

Article 21. Terme du versement de la rente

Le versement de la rente cesse dès :

- la reprise de toute activité professionnelle, même partielle, du membre participant,

- que le membre participant atteint l'âge légal d'ouverture des droits à la retraite en référence à l'ouverture des droits de la catégorie sédentaire,
- le décès du membre participant.

Article 22. Maintien des prestations

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

TITRE IV - GARANTIE PERTE DE RETRAITE

Article 23. Objet de la garantie

La garantie Perte de retraite a pour objet de servir une rente viagère au membre participant de la Mutuelle Nationale Territoriale en cas de perte de retraite consécutive à une invalidité survenue avant l'âge légal d'ouverture des droits à la retraite en référence à l'ouverture des droits de la catégorie sédentaire. Sont considérés comme invalides, les membres participants qui se trouvent dans l'impossibilité médicalement constatée d'exercer une activité professionnelle par suite de maladie ou d'accident de la vie privée, ou de maladie professionnelle ou d'accident du travail et :

Pour les agents affiliés à la CNRACL :

- qui sont mis à la retraite pour invalidité ;

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

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

Article 24. Conditions d'adhésion

L'adhésion à la présente garantie est subordonnée à l'adhésion à la garantie Invalidité décrite au Titre III ci-avant et sous réserve de répondre aux conditions d'adhésion mentionnées à l'Article 3.

Article 25. Montant de la rente

Montant de la rente :

Le montant de la rente mensuelle est égal à 100 % de la perte de retraite.

La perte de retraite est définie par la différence entre le montant de la retraite que le membre participant aurait perçu à la date de prise en charge au titre de la présente garantie s'il n'avait pas cessé son activité et le montant total des diverses pensions dont le membre participant bénéficie (retraite de la CNRACL, de la Sécurité sociale, de l'IRCANTEC, ou pension ou rente de tout autre organisme).

La retraite qu'aurait perçue le membre participant s'il n'avait pas cessé son activité est déterminée sur la base du traitement que le membre participant aurait obtenu par avancement d'échelon à l'ancienneté maximale à l'intérieur du grade détenu lors de sa radiation des cadres pour invalidité.

Les primes et indemnités mensuelles incluses dans l'assiette des cotisations sont prises en compte dans le calcul de la perte de retraite au titre de la retraite additionnelle de la Fonction publique (RAFP).

Revalorisation :

Les Mutuelles co-assureurs définissent le taux de revalorisation de la rente au 1er juillet de chaque année en fonction des résultats annuels des garanties invalidité et perte de retraite assurées par la Mutuelle Nationale Territoriale. La revalorisation s'effectuera sur la base de l'évolution de l'indice 100 majoré de la Fonction Publique dans la limite d'une revalorisation de 0,50% par an.

Règle de cumul :

Le montant de la rente versée par la Mutuelle Nationale Territoriale augmenté du montant des pensions et retraites des régimes légaux, ou de tout autre somme ou prestation de même nature que celle du présent règlement, ne peut excéder une indemnisation supérieure à 100 % de la perte de retraite tel que défini à l'article Oci-dessus.

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

Service de la rente :

La rente est servie mensuellement et à terme échu.

Article 26. Gestion du règlement des sinistres

Pour toute demande de prestation, le bénéficiaire fournit au gestionnaire :

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

Service des prestations Perte de retraite :

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

Article 27. Radiation, résiliation, terme de l'adhésion

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

Article 28. Cas de fraude

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

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

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

Article 29. Terme du versement de la rente

- au décès du membre participant

TITRE V - GARANTIE DECES – PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE
--

Article 30. Objet de la garantie

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

- Décès,
- Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA).

La garantie sera mise en œuvre lorsque la réalisation du risque s'effectuera avant l'âge de départ effectif de l'agent à la retraite.

La garantie a pour objet de :

- Garantir le versement d'un capital égal à 100% du traitement de référence annuel brut plus 100 % du montant des primes et indemnités brutes, majoré de 30% par personne fiscalement à charge plafonné à 100% (soit un capital total maximum de 200%), au profit d'un ou plusieurs bénéficiaires tels que définis à 33 ci-après.
- Garantir en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie des membres participants, le versement par anticipation du capital prévu en cas de décès au profit du bénéficiaire tel que défini à l'Article 36 ci-après.

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

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

Article 31. Décès - PTIA accidentel

Le présent contrat garantit en cas de décès ou de Perte totale et irréversible d'autonomie consécutif à un accident, le versement d'un capital supplémentaire égal à celui prévu en cas de décès, au profit d'un ou plusieurs bénéficiaires tels que définis à l'Article 36 ci-après.

Le montant de ces capitaux supplémentaires sont déterminés par référence au capital défini à l'Article 30.

On entend par accident toute atteinte ou lésion corporelle non intentionnelle de la part du membre participant, provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Ne sont pas considérés comme accidents les dommages résultant d'un traitement médical ou chirurgical ou des conséquences d'exams médicaux.

Article 32. Décès - PTIA par accident de la circulation

Le présent contrat garantit en cas de décès ou de Perte totale et irréversible d'autonomie consécutif à un accident de la circulation, le versement d'un capital supplémentaire égal à celui prévu en cas de décès, au profit d'un ou plusieurs bénéficiaires tels que définis à l'Article 36 ci-après.

Le montant de ces capitaux supplémentaires sont déterminés par référence au capital défini à l'Article 30.

On entend par accident de la circulation, toute atteinte ou lésion corporelle non intentionnelle de la part du membre participant :

- au cours d'un trajet à pied sur une voie publique ou privée du fait de la circulation d'un véhicule, d'un animal ou d'un autre piéton.

- à l'occasion d'un parcours effectué par voie de terre, de fer, d'air ou d'eau lorsque l'accident affecte un moyen de transport public ou privé utilisé par l'adhérent.

Article 33. Conditions et modalités d'adhésion

Les conditions d'adhésion sont celles mentionnées à l'Article 3.

Article 34. Exemption

L'assurance Décès – Perte totale et irréversible d'autonomie, hormis les cas prévus aux présentes garanties, est exemptée de toute restriction concernant la profession, les voyages, la cause et le lieu de décès.

Article 35. Clause de renonciation

Pendant 30 jours à compter du premier versement, le membre participant qui a signé un bulletin d'adhésion peut renoncer à la garantie par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à la Mutuelle Nationale Territoriale.

Un projet de lettre relatif à l'exercice de ce droit de renonciation est annexé au présent contrat.

La Mutuelle Nationale Territoriale remet au membre participant, contre récépissé, une note d'information sur les principales dispositions du présent contrat et notamment sur l'exercice de la faculté de renonciation.

La renonciation entraîne la restitution, par la Mutuelle Nationale Territoriale, de l'intégralité des sommes versées par le membre participant dans un délai maximum de 30 jours à compter de la réception de la lettre recommandée.

Article 36. Modalités de paiement du capital en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie

En cas de décès du membre participant,

➤ Versement du capital Décès :

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

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

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

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

Pour toute désignation particulière de bénéficiaire(s), le membre participant peut se référer au formulaire de désignation joint en annexe du bulletin d'adhésion. La désignation d'un ou plusieurs bénéficiaires de la prestation peut également être effectuée par acte sous seing privé, au moyen d'un simple courrier du membre participant daté et signé, ou par acte authentique. En l'absence de désignation d'un bénéficiaire ou à défaut d'acceptation par le bénéficiaire, le membre participant dispose à tout moment du droit de désigner un bénéficiaire ou de substituer un bénéficiaire à un autre.

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

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

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

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie du membre participant,

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

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

Article 37. Contrôles effectués à la demande de la Mutuelle

En cas de demande d'un capital pour Perte totale et irréversible d'autonomie, la Mutuelle Nationale Territoriale se réserve le droit de faire subir au membre participant un examen médical approfondi soit par son propre médecin conseil, soit par un médecin choisi en dehors du médecin traitant.

Compte tenu de l'avis formulé par ce dernier, la Mutuelle Nationale Territoriale statue sur la demande présentée et notifie sa décision au membre participant.

Le membre participant ne peut se soustraire à ce contrôle sous peine de déchéance de la garantie.

Article 38. Litiges

En cas de contestation médicale, celle-ci est appréciée en dernier ressort par un médecin arbitre désigné d'un commun accord par le médecin conseil et le médecin traitant.

Dans le cas où cet accord ne pourrait être réalisé, le médecin arbitre sera désigné, à la demande d'un des deux médecins, par le Président du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins du domicile du membre participant.

Les honoraires du médecin conseil ou du médecin choisi par la Mutuelle Nationale Territoriale restent à la charge de la Mutuelle Nationale Territoriale ainsi que les honoraires et les frais de nomination du tiers expert.

Toutefois, dans l'hypothèse où le tiers expert confirmerait la décision prise à l'égard du membre participant, les honoraires et les frais de nomination du tiers expert seront alors à la charge du membre participant.

Article 39. Gestion du règlement du capital

Le capital est payé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) après la remise des pièces suivantes :

➤ **Pour le capital Décès :**

- un extrait d'acte de décès
- la dernière désignation de(s) bénéficiaire(s) établie par l'assuré
- tout document justifiant de l'identité du bénéficiaire
- un relevé d'identité bancaire, postal ou de caisse d'épargne (RIB - RIP - RICE)
- pour la garantie accidentelle, toute pièce justifiant du rapport direct de cause à effet entre l'accident et le décès et établissant la nature de l'accident
- si le bénéficiaire est mineur ou majeur protégé, une copie du jugement de tutelle ou du certificat d'administration légale.

➤ **Pour le capital PTIA :**

- la notification de la Sécurité Sociale d'un classement en 3ème catégorie ou la décision de la CNRACL d'accorder le bénéfice de la majoration tierce personne
- un relevé d'identité bancaire, postal ou de caisse d'épargne (RIB - RIP - RICE)
- pour la garantie PTIA accidentelle, toute pièce justifiant du rapport direct de cause à effet entre l'accident et la PTIA et établissant la nature de l'accident.

➤ **En cas de majoration du capital pour accident et pour accident de la circulation :**

Il incombe au(x) bénéficiaire(s) d'apporter la preuve de la relation directe de cause à effet entre l'accident et le décès ou la Perte totale et irréversible d'autonomie, et établissant la nature de l'accident, et ce par tous moyens (rapport de gendarmerie, de police, ...).

Article 40. Maintien des garanties Décès

Les membres participants percevant des prestations incapacité de travail ou invalidité bénéficient du maintien des garanties décès si elles sont souscrites, y compris en cas de résiliation de la convention.

Article 41. Obligations de la Mutuelle

41.1 - Information sur le terme du contrat

La mutuelle adresse au membre participant au plus tard un mois avant la date du terme du contrat un relevé d'information spécifique mentionnant la date du terme de l'adhésion au contrat et le montant des capitaux garantis.

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

Si le membre participant ou le bénéficiaire ne s'est pas manifesté dans l'année qui suit la date du terme de l'adhésion au contrat, le relevé d'information spécifique est à nouveau adressé au membre participant dans le mois qui suit le premier anniversaire du terme du contrat.

41.2 - Information sur les délais de versement des capitaux décès

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

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

Au-delà du délai prévu à l'alinéa précédent, le capital non versé produit de plein droit intérêt au double du taux légal durant deux mois puis, à l'expiration de ce délai de deux mois, au triple du taux légal. Si, au-delà du délai de quinze jours mentionné au premier alinéa, la mutuelle a omis de demander au bénéficiaire l'une des pièces nécessaires au paiement, cette omission n'est pas suspensive du délai de versement mentionné au présent article.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TITRE VI - COTISATIONS

Article 42. Assiette de cotisations

Le montant de la cotisation est établi sur la base des taxes connues à la date de son émission et est susceptible de modification en cours d'année en fonction de l'évolution de la réglementation fiscale et sociale. Toutes taxes dues au titre de la présente garantie sont à la charge du membre participant et sont payables en même temps que la cotisation.

Garanties Invalidité - Perte de retraite :

La cotisation est exprimée en pourcentage, et s'applique :

- Pour les agents stagiaires, titulaires et contractuels de droit public : sur 100% sur traitement indiciaire brut plus 100% de la NBI brute perçus par les agents en activité. Sont prises en considération dans l'assiette des cotisations 100% des primes et indemnités à périodicité mensuelle perçues par les membres participants du souscripteur : régime indemnitaire de grade, régime indemnitaire de fonction, indemnité différentielle, indemnité de compensation de la hausse de la CSG, indemnité dégressive, prime numérique, prime spécifique d'infirmier, indemnité différentielle métier, régime indemnitaire de collaborateur de cabinet, indemnité d'administration et de technicité, régime indemnitaire de grade maintenu, régime indemnitaire de mobilité, régime indemnitaire de fonction interim, prime de responsabilité
- Pour les contractuels de droit privé : sur 100% du salaire brut perçu
- Pour les agents horaires : sur le traitement brut perçu

Garantie Décès/PTIA :

. La cotisation est exprimée en pourcentage, et s'applique :

- Pour les agents stagiaires, titulaires et contractuels de droit public : sur 100% sur traitement indiciaire brut plus 100% de la NBI brute perçus par les agents en activité. Sont prises en considération dans l'assiette des cotisations 100% des primes et indemnités à périodicité mensuelle perçues par les membres participants du souscripteur : régime indemnitaire de grade, régime indemnitaire de fonction, indemnité différentielle, indemnité de compensation de la hausse de la CSG, indemnité dégressive, prime numérique, prime spécifique d'infirmier, indemnité différentielle métier, régime indemnitaire de collaborateur de cabinet, indemnité d'administration et de technicité, régime indemnitaire de grade maintenu, régime indemnitaire de mobilité, régime indemnitaire de fonction interim, prime de responsabilité
- Pour les contractuels de droit privé : sur 100% du salaire brut perçu

Pour les agents horaires : sur le traitement brut.

a) Exonération de la cotisation :

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

b) Modalités de paiement de la cotisation :

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

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

Si la cotisation annuelle totale réglée ne correspondait pas à la cotisation prévue au contrat, il serait procédé à un ajustement en début d'année sur la base d'un état nominatif faisant apparaître les entrées et les sorties de membres participants en cours d'exercice.

c) Défaut de paiement de la cotisation :

A défaut de paiement des cotisations par le souscripteur dans les dix jours de leur échéance, la garantie peut être suspendue trente jours après la mise en demeure du souscripteur.

Le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai susmentionné, le défaut de paiement de la cotisation par le souscripteur est susceptible d'entraîner la résiliation du contrat collectif, sauf s'il entreprend de se substituer au souscripteur pour le paiement des cotisations.

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

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

Contrat co-assuré par la MGEN, Mutuelle régie par le Livre II du Code de la Mutualité,
immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 775 685 399
Siège social : 3 Square Max Hymans - 75748 PARIS cedex 15
la MGEN Vie, Mutuelle régie par le Livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 441 922 002
Siège social : 3 Square Max Hymans - 75748 PARIS cedex 15
la Mutuelle Nationale Territoriale, Mutuelle régie par le Livre II du Code de la Mutualité,
immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 775 678 584.
Siège social : 4, rue d'Athènes - 75009 PARIS