



**CONTRAT DE PRÉVOYANCE**

**MAINTIEN DE SALAIRE ET DECES**

INDEMNITÉS JOURNALIÈRES -  
INVALIDITÉ-DECES/PERTE TOTALE ET  
IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE - PERTE DE  
RETRAITE

**CONDITIONS GÉNÉRALES**  
**(Référence : CG – Lyon Métropole - 2020)**

<b>TITRE I - CHAMP D'APPLICATION DU CONTRAT.....</b>	<b>3</b>
Article 1.    Préambule.....	3
Article 2.    Objet du contrat .....	4
Article 3.    Assurés.....	4
<b>PARTIE I. GARANTIES DE BASE .....</b>	<b>5</b>
Article 4.    Conditions d'adhésion .....	5
Article 5.    Délai de stage – Conditions d’adhésion.....	6
Article 6.    Information des membres participants .....	7
Article 7.    Conditions de prise d'effet et durée du contrat .....	7
Article 8.    Prise d'effet et durée des garanties .....	7
Article 9.    Prescription .....	9
<b>TITRE II - RISQUES EXCLUS .....</b>	<b>9</b>
Article 10.   Exclusions .....	9
<b>TITRE III - GARANTIES.....</b>	<b>10</b>
CHAPITRE 1 - DISPOSITION COMMUNE .....	10
Article 11.  Subrogation de la mutuelle.....	10
CHAPITRE 2 - BASE DE CALCUL DES PRESTATIONS.....	10
Article 12.  Définition du traitement, des primes et indemnités .....	10
CHAPITRE 3 - GARANTIE INDEMNITÉS JOURNALIÈRES .....	10
Article 13.  Définition de la garantie .....	10
Article 14.  Montant de la prestation.....	10
Article 15.  Point de départ du versement des indemnités journalières – Périodes de franchise	11
Article 16.  Durée du service des indemnités journalières.....	12
Article 17.  Terme du versement des indemnités journalières.....	12
Article 18.  Maintien des prestations.....	12
CHAPITRE 4 – FONDS D’ACTION SOCIALE .....	12
CHAPITRE 5 - GARANTIE ASSISTANCE .....	12
Article 19.  Garantie.....	12
Article 20.  Prise d’effet de la garantie .....	12
Article 21.  Cessation de la garantie .....	12
<b>TITRE V – CONDITIONS D’ATTRIBUTION DES PRESTATIONS.....</b>	<b>13</b>
Article 22.  Garantie Indemnités Journalières.....	13
Article 23.  Contrôles effectués à la demande de l’apériteur.....	13
Article 24.  Procédure d’arbitrage.....	13
Article 25.  Radiation, résiliation, terme de l’adhésion .....	14
Article 26.  Cas de fraude .....	14
Article 27.  Réticence ou fausse déclaration intentionnelle.....	14
<b>TITRE VI - COTISATIONS.....</b>	<b>14</b>
Article 28.  Montant de la cotisation.....	14
Article 29.  Modalité de paiement de la cotisation .....	15
Article 30.  Défaut de paiement de la cotisation .....	15
Article 31.  Défaut de paiement de la participation financière du souscripteur.....	15
Article 32.  Clause de participation aux bénéfices .....	16
<b>TITRE VII - GESTION DES ASSURÉS .....</b>	<b>16</b>
Article 33.  Etats à fournir .....	16
Article 34.  Données personnelles .....	17
Article 35.  Réclamation.....	17
Article 36.  Clause d’attribution de compétence.....	18
<b>PARTIE II. GARANTIES OPTIONNELLES A ADHESION INDIVIDUELLE EN COMPLEMENT DE LA GARANTIE DE BASE.....</b>	<b>19</b>
<b>ANNEXE I : MODELE DE LETTRE DE RENONCIATION.....</b>	<b>34</b>

## TITRE I - CHAMP D'APPLICATION DU CONTRAT

### **Article 1. Préambule**

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 9695000Q8HEMSMEPFF29 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; la 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](http://www.orias.fr)).

## **Article 2. Objet du contrat**

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

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

Le contrat peut être résilié par chacune des parties à effet du 31 décembre de chaque année, par lettre recommandée adressée sous préavis de six mois, ou à tout moment selon les modalités prévues à l'article 30 en cas de défaut de paiement des cotisations.

L'apériteur, pour le compte des Mutuelles co-assureurs, peut, avant le 30 juin de chaque année, proposer des révisions de cotisations et/ou de garanties, par avenant au contrat adressé sous forme de lettre recommandée.

Les garanties sont définies en prenant en considération la réglementation actuelle du Régime de base français. Si ultérieurement une nouvelle réglementation, en application des dispositions législatives ou réglementaires alors en vigueur, entraîne une modification des engagements, l'apériteur peut, pour le compte des Mutuelles co-assureurs, selon le contexte et les contraintes réglementaires, proposer un ajustement de la cotisation ou une adaptation des prestations dans leurs conditions d'ouverture et/ou leur montant.

## **Article 3. Assurés**

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.

## PARTIE I. GARANTIES DE BASE

### **Article 4. Conditions d'adhésion**

Les agents adhérant au contrat au jour de la prise d'effet de celui-ci sont admis sans condition, sous réserve que le souscripteur du contrat communique au gestionnaire l'état nominatif de ces membres participants, dans les conditions prévues à l'Article 33 du présent contrat.

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 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. 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.

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 stagiairisation pour les agents contractuels qui seront recrutés sur un poste pérenne.

Les agents en arrêt de travail pour maladie ou accident à la prise d'effet du contrat pourront adhérer à celui-ci après une reprise d'activité de 30 jours calendaires (y compris en cas de reprise à temps partiel thérapeutique).

Toutefois, l'agent en arrêt à la date d'effet du contrat et précédemment garanti par un contrat présentant la garantie de maintien de salaire, et qui demanderait à adhérer au contrat dans les 12 mois suivant sa mise en place soit avant le 31 décembre 2020, bénéficierait des garanties du présent contrat le jour de la reprise effective de son activité.

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 (y compris en cas de reprise à temps partiel thérapeutique), 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 l'agent est déjà bénéficiaire d'un contrat à garanties équivalentes. Ce délai de stage n'est pas appliqué en cas d'incapacité consécutive à un accident.

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 5. Délai de stage – Conditions d'adhésion**

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

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

Les rechutes des congés de longue maladie, de longue durée ou de grave maladie survenus au cours du délai de stage n'ouvrent pas droit au versement des prestations prévues à la garantie indemnités journalières.

Exemple n°1 : un agent dont l'adhésion au présent contrat prend effet au 1<sup>er</sup> juillet de l'année N (N étant l'année de prise d'effet de l'adhésion au contrat) et qui dans les six mois qui suivent cette date d'effet de l'adhésion bénéficie d'un congé de maladie (congé de maladie ordinaire, congé de longue maladie ou de grave maladie) ne peut pas bénéficier des prestations de la garantie indemnités journalières.

Exemple n°2 : un agent dont l'adhésion au présent contrat prend effet au 1<sup>er</sup> janvier de l'année N et qui bénéficie d'un congé de longue maladie à compter du 1<sup>er</sup> mai de cette même année avec un passage à demi-traitement au 1<sup>er</sup> mai de l'année suivante N+1 ne peut pas bénéficier des prestations indemnités journalières.

Toutefois 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.

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

#### **Article 6. Information des membres participants**

Une 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. Cette notice d'information, ainsi que les statuts des Mutuelles co-assureurs, 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.

##### **6.1 - Résiliation du contrat collectif :**

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

#### **Article 7. Conditions de prise d'effet et durée du contrat**

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

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

Toutefois, le présent contrat peut être résilié par lettre recommandée avec accusé de réception par chacune des parties moyennant un préavis de six (6) mois avant l'échéance, ,

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

**Le montant et les modalités des garanties sont établis en fonction des textes législatifs et réglementaires existant à la date de prise d'effet de la convention de participation.**

**Si ultérieurement, ces textes venaient à être modifiés, les mutuelles co-assureurs se réservent le droit de réviser leurs conditions de garanties, en accord avec le souscripteur. En cas de désaccord du Souscripteur sur les nouvelles conditions proposées, la convention de participation sera résiliée en respectant un préavis de 6 mois. Pendant ce préavis, la convention de participation en cours sera maintenue.**

#### **Article 8. Prise d'effet et durée des garanties**

##### **8.1 : 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 1<sup>er</sup> janvier 2020,
- au 1<sup>er</sup> 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 ou accident 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 31<sup>ème</sup> 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 31<sup>ème</sup> 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 31<sup>ème</sup> 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.

## 8.2 Formalités d'adhésion :

Afin d'adhérer aux présentes garanties, le membre participant doit retourner à la MNT 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 des mutuelles co-assureurs et de celles des présentes garanties.

## 8.3 Cessation des garanties :

Les garanties cessent au 31 décembre suivant leur prise d'effet. Elles se renouvellent ensuite par tacite reconduction, à chaque 1<sup>er</sup> 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 3 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'évènement, 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 droit 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.

En cas de désaccord sur les modifications tarifaires proposées ou en absence de réponse du souscripteur, le présent contrat collectif prend automatiquement fin au 31 décembre.

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



## **Article 9. Prescription**

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

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration 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.

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 ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception adressé, par la Mutuelle au membre participant en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation par le membre participant ou le bénéficiaire à la Mutuelle Nationale Territoriale en ce qui concerne le règlement de la prestation.

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

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

## **TITRE II - RISQUES EXCLUS**

## **Article 10. Exclusions**

**LES MUTUELLES CO-ASSUREURS NE PRENNENT PAS EN CHARGE LES RISQUES RESULTANT :**

- A. du fait intentionnellement causé ou provoqué par le membre participant,
- B. de faits de guerres étrangères lorsque la France est partie belligérante,
- C. de guerre civile ou étrangère, d'attentat, d'acte de terrorisme, d'émeute, d'insurrection, quel que soit le lieu où se déroulent ces évènements et quels qu'en soient les protagonistes, dès lors que le membre participant y prend une part active, étant précisé que les cas de légitime-défense et d'assistance à personnes en danger sont garantis,
- D. de mutilation ou blessure volontaire, du refus de se soigner au sens du Code de la Sécurité Sociale,
- 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 et raz de marée,
- G. D'accidents dont est victime le membre participant alors qu'il se trouve en état d'alcoolémie ou d'ivresse manifeste, et lorsque sa responsabilité est engagée.
- H. D'usage de stupéfiants et de substances médicamenteuses, en dehors des limites de prescriptions médicales

## TITRE III - GARANTIES

### CHAPITRE 1 - DISPOSITION COMMUNE

#### **Article 11. 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, les Mutuelles co-assureurs sont subrogées jusqu'à concurrence des prestations versées dans les droits et actions des membres participants, des bénéficiaires ou ayants droit contre les tiers responsables.**

### CHAPITRE 2 - BASE DE CALCUL DES PRESTATIONS

#### **Article 12. Définition du traitement, des primes et indemnités**

##### 12.1 - Pour le calcul de la garantie Indemnités Journalières :

- 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...)

### CHAPITRE 3 - GARANTIE INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

#### **Article 13. Définition de la garantie**

La garantie indemnités journalières a pour objet de faire bénéficier d'indemnités journalières les membres participants âgés de moins de 67 ans (ou 70 ans dans le cas d'une poursuite d'activité), et qui :

- se trouvent momentanément dans l'impossibilité médicalement constatée d'exercer une activité professionnelle par suite d'une maladie ou d'un accident de la vie privé, et d'une maladie professionnelle et d'un accident de travail pour la part de rémunération relative au régime indemnitaire et pour les agents contractuels soumis au régime de la Sécurité sociale,

- et perçoivent à ce titre des indemnités journalières 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 ou ne perçoivent aucune indemnité ou rémunération

#### **Article 14. Montant de la prestation**

##### 14.1 - Pour les agents titulaires ou non titulaires :

Les indemnités journalières sont calculées et versées à hauteur de 100 % du traitement de référence que le membre participant aurait perçu s'il n'avait pas cessé son activité, déduction faite des sommes perçues au cours de ce même mois (demi-traitement, indemnités journalières de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme).

Sont prises en considération dans le calcul des prestations, les primes et indemnités mensuelles incluses dans l'assiette des cotisations. En tout état de cause les Mutuelles co-assureurs limitent leur intervention à hauteur de 100% du montant de ces primes et indemnités nettes selon la formule choisie, déduction faite du maintien des primes et indemnités de la collectivité et ce, à l'issue des périodes de franchise, définies à l'article 15 du présent contrat.

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

Les indemnités journalières sont calculées sur la base de 100 % du traitement moyen de référence déduction faite des sommes perçues (Indemnités Journalières de la Sécurité sociale). Le traitement moyen de référence est égal au montant net de la moyenne des 12 derniers mois de traitement ayant donné lieu à cotisation. En tout état de cause la Mutuelle Nationale Territoriale limite son intervention à 50 % du traitement moyen de référence.

#### 14.3 - Revalorisation :

Pendant la durée du contrat, les indemnités journalières versées sont revalorisées en fonction :

- de l'évolution de l'indice 100 majoré de la Fonction Publique constatée au cours des 12 derniers mois,
- de l'évolution de carrière.

Après la fin du contrat, 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.

#### 14.4 - Règle de cumul :

Le montant mensuel des indemnités journalières versées au titre de la présente garantie augmenté des prestations versées par l'employeur, par la Sécurité Sociale ou de toute autre somme ou indemnité quelle qu'en soit la nature juridique versée par quelque organisme que ce soit, ne peut excéder 100 % du traitement de référence plus 100 % du montant des primes et indemnités nettes mensuelles incluses dans l'assiette des cotisations que le membre participant aurait perçu s'il avait continué d'exercer son activité.

En cas de dépassement de cette limite, les indemnités versées par les Mutuelles co-assureurs sont réduites à due concurrence de ce montant.

#### **Article 15. Point de départ du versement des indemnités journalières – Périodes de franchise**

La prestation est servie à compter de la fin de la période à plein traitement prévue par le statut de la Fonction Publique Territoriale.

#### 15.1 - Pour les agents titulaires affiliés à la CNRACL :

- en cas de maladie ordinaire, à partir du 91<sup>e</sup> jour d'arrêt de travail continu ou discontinu,
- en cas de congé de longue maladie, à partir du début de la 2<sup>e</sup> année,
- en cas de congé de longue durée, à partir du début de la 4<sup>e</sup> année,
- en cas de congé de longue durée, lorsque la maladie a été contractée en service, à partir du début de la 6<sup>e</sup> année.
- en cas de mise en disponibilité d'office pour raison de santé : après épuisement des droits à congé de maladie en relais des indemnités de coordination, du maintien du demi-traitement prévue par le décret n°2011-1245 du 5 octobre 2011 ou du versement de l'Allocation d'Invalidité Temporaire.

#### 15.2 - Pour les agents titulaires non affiliés à la CNRACL :

- en cas de maladie ordinaire, à partir du 91<sup>e</sup> jour d'arrêt de travail continu ou discontinu,
- en cas de congé de grave maladie, à partir du début de la 2<sup>e</sup> année.
- en cas de mise en disponibilité d'office pour raison de santé : après épuisement des droits à congé de maladie en relais des indemnités de coordination, du maintien du demi-traitement prévue par le décret n°2011-1245 du 5 octobre 2011 ou du versement de l'Allocation d'Invalidité Temporaire.

#### 15.3 - Pour les agents non titulaires :

- en cas de Maladie Ordinaire :
  - pour les agents ayant une ancienneté de moins de 4 mois : à partir du 31<sup>e</sup> jour d'arrêt de travail continu ou discontinu,
  - pour les agents ayant une ancienneté comprise entre 4 mois et 2 ans : à partir du 31<sup>e</sup> jour d'arrêt de travail continu ou discontinu,
  - pour les agents ayant une ancienneté comprise entre 2 ans et 3 ans : à partir du 61<sup>e</sup> jour d'arrêt de travail continu ou discontinu,
  - pour les agents ayant une ancienneté égale ou supérieure à 3 ans : à partir du 91<sup>e</sup> jour d'arrêt de travail continu ou discontinu.
- en cas de congé de grave maladie :
  - pour les agents ayant une ancienneté inférieure à 3 ans : à partir 31<sup>e</sup> jour d'arrêt de travail continu ou discontinu.
  - pour les agents ayant une ancienneté égale ou supérieure à 3 ans : à partir du début de la 2<sup>e</sup> année.

15.4 - Pour les agents non titulaires et horaires ne percevant pas de plein traitement de la part de leur employeur et relevant du régime général de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail pour maladie ou accident :

- à partir du 31<sup>e</sup> jour d'arrêt de travail continu ou discontinu (après épuisement de 30 jours continus ou non sur une période de 12 mois consécutifs) en cas de maladie ou d'accident de la vie privé.
- à partir du 31<sup>e</sup> jour d'arrêt de travail continu ou discontinu (après épuisement de 30 jours continus ou non sur une période de 12 mois consécutifs) en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle.

#### **Article 16. Durée du service des indemnités journalières**

Pour tous les membres participants, la durée du service de la prestation versée par les Mutuelles co-assureurs ne peut pas excéder plus de 1 095 jours continus. La limite de 1095 jours est fixée pour un seul et même sinistre. En cas de reprise d'activité, ce droit est automatiquement rechargé dès le premier jour de travail.

#### **Article 17. Terme du versement des indemnités journalières**

Le service des indemnités journalières prend fin à dater :

- soit du jour de la reprise d'activité,
- soit de la fin de l'indemnisation par l'employeur au titre du statut de la Fonction Publique Territoriale ou par l'assurance maladie au titre du régime général de la Sécurité sociale,
- soit de la liquidation d'une pension d'invalidité par le régime de base du membre participant,
- soit de l'expiration de la durée de 1095 jours visée à l'Article 16 du présent contrat,
- soit de la date de la liquidation de la pension de retraite par le régime de base du membre participant,
- soit au plus tard au 67<sup>ème</sup> anniversaire, porté à 70 ans dans le cas d'une poursuite d'activité,
- soit du décès ou de la PTIA du membre participant.

#### **Article 18. Maintien des prestations**

En cas de résiliation du présent contrat, le service des prestations est maintenu et revalorisé 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 jusqu'au terme prévu à l'Article 17 du présent contrat.

### **CHAPITRE 4 – Fonds d'action Sociale**

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

### **CHAPITRE 5 - Garantie Assistance**

#### **Article 19. Garantie**

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

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

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

RMA est seul(e) responsable des garanties délivrées au titre de ce contrat.

#### **Article 20. Prise d'effet de la garantie**

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

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

#### **Article 21. Cessation de la garantie**

La garantie cesse de produire ses effets :

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

## **Article 22. Garantie Indemnités Journalières**

### **22.1 - Obligations du membre participant :**

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

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

### **22.2 - Pièces à fournir :**

- Une attestation ou un arrêté émanant de l'employeur qui indique notamment la nature du congé accordé (maladie ordinaire, longue maladie, congé de longue durée, disponibilité)
- Les bulletins de paie pour les périodes à demi traitement
- Le dernier bulletin de paie à plein traitement
- Une attestation de l'employeur indiquant les périodes d'arrêt de travail au cours des 365 jours précédent l'arrêt au titre duquel la prestation est demandée
- Pour les contractuels, une attestation de l'employeur précisant la date d'embauche de l'assuré
- Les décomptes de paiement des indemnités journalières
- un Relevé d'Identité Bancaire, Postal ou de Caisse d'Epargne (RIB, RIP, RICE) du (des) bénéficiaire(s).

### **22.3 -Service des prestations :**

Une fois les droits du membre participant ouverts, le paiement des prestations est effectué sur la base des demandes d'indemnités au fur et à mesure de leur réception par le gestionnaire. Les prestations sont versées mensuellement à terme échu. L'indemnisation des primes et indemnités prises en considération dans l'assiette des cotisations s'effectue dans les conditions suivantes :

- mensuellement et à terme échu s'il y a une décision du Comité Médical Départemental, ou si les primes ou indemnités suivent le même régime que le traitement.
- en une seule fois lors de la reprise d'activité si il n'y pas eu d'avis du Comité Médical Départemental avant cette reprise et si les primes ou indemnités ne suivent pas le même régime que le traitement.

## **Article 23. Contrôles effectués à la demande de l'apériteur**

### **23.1 - Garantie Maintien de salaire**

Pour les sinistres donnant lieu à la prise en charge partielle des compléments versées aux agents en application des obligations statutaires du souscripteur, soit au titre du régime spécial des fonctionnaires, soit au titre du régime général de la Sécurité Sociale, l'apériteur s'engage à respecter les décisions de l'autorité administrative de qualification de l'arrêt de travail.

Pour les sinistres ne donnant pas lieu à une indemnisation au titre des obligations statutaires du souscripteur, l'apériteur 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. Elle peut également effectuer elle-même tous les contrôles et enquêtes administratives qu'elle juge utiles.

Le service des prestations peut être suspendu au vu des résultats de ces contrôles et enquêtes. Il en est de même si le bénéficiaire se refuse à subir le contrôle ou à fournir les pièces justificatives demandées par la Mutuelle Nationale Territoriale.

## **Article 24. Procédure d'arbitrage**

24.1 - En cas de contestation sur l'état d'incapacité, celle-ci est estimée par une commission comprenant le médecin traitant ou un médecin désigné par le membre participant, un médecin désigné par l'apériteur et un médecin choisi en accord avec les deux premiers. Dans le cas où cet accord ne pourrait être réalisé, le troisième médecin est désigné, sur la demande d'un des deux médecins, par le Président du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins du lieu de domicile du membre participant.

24.2 - Les honoraires du médecin désigné par les Mutuelles co-assureurs et ceux du tiers expert sont à la charge des Mutuelles co-assureurs. Toutefois, dans le cas où le médecin tiers expert confirmerait la décision de suspension des prestations à l'égard de l'intéressé, les honoraires du tiers expert seraient alors à la charge de ce dernier.

## **Article 25. Radiation, résiliation, terme de l'adhésion**

Les membres participants cessant d'appartenir à l'effectif du souscripteur ou en cas de résiliation du présent contrat collectif ou dont l'adhésion au présent contrat a pris fin pour quelque cause que ce soit, ne peuvent prétendre à aucune prestation au titre des arrêts de travail prescrits postérieurement à la date d'effet de l'un des événements mentionnés ci-dessus. Les prestations versées au titre des arrêts de travail prescrits antérieurement à l'un des événements mentionnés ci-dessus continuent d'être servies sous réserve des contrôles prévus à l'Article 23 jusqu'à épuisement des droits.

Par ailleurs, la résiliation ou le non-renouvellement du contrat est sans effet sur le versement des prestations immédiates ou différées, acquises ou nées durant son exécution. Le versement des prestations de toute nature se poursuit à un niveau au moins égal à celui de la dernière prestation due ou payée avant la résiliation ou le non-renouvellement, sans préjudice des révisions prévues dans le contrat. De telles révisions ne peuvent être prévues à raison de la seule résiliation ou du seul non-renouvellement.

## **Article 26. Cas de fraude**

En cas de fraude du membre participant de nature à entraîner le paiement de prestations indues, l'apérateur 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 aux Mutuelles co-assureurs.

## **Article 27. Réticence ou fausse déclaration intentionnelle**

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle faite par le membre participant entraîne la nullité de la garantie maintien de salaire dès lors que cette réticence ou fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour les Mutuelles co-assureurs, 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 aux Mutuelles co-assureurs qui ont droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts. Les Mutuelles co-assureurs se réservent également le droit d'engager des poursuites pour le recouvrement des sommes indûment payées par elles au membre participant ou à ses ayants droit.

# **TITRE VI - COTISATIONS**

## **Article 28. Montant de la cotisation**

La cotisation est fixée aux conditions particulières.

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

Le taux de cotisation est maintenu pendant trois ans hors évolutions réglementaires.

A compter de la 4<sup>e</sup> année, le taux de la cotisation peut évoluer, en cas d'aggravation de la sinistralité, de variation du nombre d'agents adhérents, d'évolutions démographiques ou de modifications de la réglementation, ayant un caractère significatif, conformément à l'article 20 du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011. Dans ce cas, le souscripteur en informe l'ensemble des agents ayant adhéré au présent contrat collectif.

L'aggravation de la sinistralité doit être constatée par les Mutuelles co-assureurs par garantie et sur la base :

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

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

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

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

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

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

#### **28.1 - Garantie Indemnités journalières :**

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.

#### **28.2 - Exonération de la cotisation :**

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

### **Article 29. Modalité de paiement de la cotisation**

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

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

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.

### **Article 30. 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.

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

Les Mutuelles co-assureurs ont 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.

### **Article 31. Défaut de paiement de la participation financière du souscripteur**

La procédure prévue à l'article précédent est applicable à l'employeur qui ne paie pas sa part de cotisation. Dans ce cas, l'apérteur informe chaque membre participant de la mise en oeuvre de cette procédure et de ses conséquences dès l'envoi de la lettre de mise en demeure mentionnée au deuxième alinéa de l'article précédent et remboursent, le cas échéant, au membre participant la fraction de cotisation afférente au temps pendant lequel les Mutuelles co-assureurs ne couvrent plus le risque.

### **Article 32. Clause de participation aux bénéfices**

Pour faire face aux fluctuations de sinistralité afférentes à la convention, une réserve générale est mise en place

#### **COMPTE ANNUEL**

Au débit

Prestations réglées au titre de l'exercice N, vu à fin février N+1  
Provisions pour prestations restant à payer à fin février N+1  
Contribution forfait patientèle  
Participations aux frais fixés à 12%

Au crédit

Cotisations émises nettes de taxes au titre de l'exercice N

#### **ALIMENTATION DE LA RESERVE GENERALE**

La réserve est alimentée par 75% du solde créditeur du compte de résultat

Si le compte annuel est débiteur, alors 100% du solde vient du débit de la réserve

#### **INTERETS FINANCIERS**

Les intérêts financiers sont le produit de 85% du taux de rendement des actifs de la MNT pour l'exercice et de la réserve générale de l'exercice N-1

#### **UTILISATION DE LA RESERVE GENERALE**

Cette réserve est affectée dans l'ordre d'ancienneté des dotations annuelles à la compensation des résultats techniques déficitaires de l'exercice. Lorsque la réserve générale atteint 100% du montant de la cotisation annuelle nette de taxes, ou lorsque les dotations annuelles n'ont dans un délai de 10 ans pu être utilisées, des propositions seront présentées à la collectivité pour que tout ou partie de la réserve soit utilisée dès l'année suivante, via une baisse de la cotisation, une majoration des garanties ou le financement d'actions de prévention.

#### **EN CAS DE RESILIATION DU CONTRAT**

Si un nouvel organisme complémentaire assure la collectivité, la réserve générale lui sera transférée à hauteur de 75%.

Dans les autres cas, la réserve générale reste acquise à la mutuelle.

## **TITRE VII - GESTION DES ASSURÉS**

### **Article 33. Etats à fournir**

Le souscripteur du contrat doit adresser à la MNT les pièces suivantes :

1 - A la souscription :

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

2 - En cours d'exercice et trimestriellement :

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



### 3 - A chaque renouvellement du contrat :

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

#### **Article 34. Données personnelles**

Dans le cadre de ses activités, les mutuelles co-assureurs réalisent 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, les mutuelles co-assureurs, pour utiliser ses données personnelles, doivent 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. Les mutuelles co-assureurs l'informeront 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. Les mutuelles co-assureurs informeront alors le membre participant et, si nécessaire, lui demanderont 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 les mutuelles co-assureurs.

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](mailto: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 35. Réclamation**

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

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

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](mailto:mediation@mutualite.fr).

Le site du Médiateur est accessible sur le site Internet de la Mutualité Française : [www.mutualite.fr](http://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 36. Clause d'attribution de compétence**

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

## **PARTIE II. GARANTIES OPTIONNELLES A ADHESION INDIVIDUELLE EN COMPLEMENT DE LA GARANTIE DE BASE**

### **Article 37. Prise d'effet et renouvellement de l'adhésion**

36.1 : Prise d'effet des garanties optionnelles :

L'adhésion aux garanties optionnelles en complément de la garantie de base 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 1<sup>er</sup> janvier 2020,
- au 1<sup>er</sup> 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 entrainera alors une proratisation de la cotisation sur le mois concernant
- 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 ou accident 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 31<sup>ème</sup> 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 31<sup>ème</sup> 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 31<sup>ème</sup> 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.

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

Elle se renouvelle ensuite annuellement à chaque 1<sup>er</sup> janvier, par tacite reconduction, sauf dénonciation par l'une ou l'autre des parties – le membre participant ou l'apériteur. Pour être recevable, la dénonciation doit être notifiée par lettre recommandée avant le 31 OCTOBRE précédant la date de renouvellement.

### **Article 38. Conditions d'adhésion**

Les garanties optionnelles en complément de la garantie de base présentées ci-dessous, ne peuvent être souscrite que par les agents ayant adhéré à la garanties de base (Indemnités journalières) telle que définie précédemment.

Les agents adhérant aux garanties au jour de la prise d'effet du contrat 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 39. Délai de stage – Conditions d'adhésion**

Un délai de stage de six mois est appliqué aux garanties individuelles 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 36 ci-avant.

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

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

#### **39.1 - 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 1<sup>er</sup> 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 40. Formalités d'adhésion**

Afin d'adhérer aux présentes garanties, le membre participant doit retourner à la MNT 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 des Mutuelles co-assureurs et de celles des présentes garanties.

### **Article 41. Information des membres participants**

Une notice d'information établie par les Mutuelles co-assureurs dans les conditions prévues par le Code de la Mutualité définit la garantie et ses modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de demande de prestations. Cette notice d'information, ainsi que les statuts des Mutuelles co-assureurs, 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 42. Réticence ou fausse déclaration intentionnelle**

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle faite par le membre entraîne la nullité de la garantie maintien de salaire dès lors que cette réticence ou fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour les Mutuelles co-assureurs, 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 aux Mutuelles co-assureurs qui ont droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts. Les Mutuelles co-assureurs se réservent également le droit d'engager des poursuites pour le recouvrement des sommes indûment payées par elles au membre participant ou à ses ayants droit.

#### **Article 43. Exclusions**

##### **43.1 - Exclusions communes à toutes les garanties y compris le Décès-PTIA :**

##### ***LES MUTUELLES CO ASSUREURS NE PRENNENT PAS EN CHARGE LES RISQUES RESULTANT :***

- A. du fait intentionnellement causé ou provoqué par le membre participant,**
- B. de faits de guerres étrangères lorsque la France est partie belligérante,**
- C. 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, étant précisé que les cas de légitime-défense et d'assistance à personnes en danger sont garantis,**
- D. de mutilation ou blessure volontaire, du refus de se soigner au sens du Code de la Sécurité Sociale,**
- 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 et raz de marée,**
- G. D'accidents dont est victime le membre participant alors qu'il se trouve en état d'alcoolémie ou d'ivresse manifeste, et lorsque sa responsabilité est engagée.**
- H. D'usage de stupéfiants et de substances médicamenteuses, en dehors des limites de prescriptions médicales**

##### **43.2 - Exclusions spécifiques à la garantie Décès-PTIA :**

##### ***LES MUTUELLES CO ASSUREURS NE PRENNENT PAS EN CHARGE LES RISQUES RESULTANT :***

- I. 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**
- 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).**

#### **Article 44. Définition de la base de calcul des prestations**

##### **44.1 - 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...).

#### 44.2 - 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.

### **Article 45. Cotisations**

#### **a) Assiette des 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 perçu

#### **b) 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.

#### **c) Modalités de paiement de la cotisation :**

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

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

#### **d) 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.

#### **Article 46. Prescription**

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

**Toutefois, ce délai ne court :**

- **en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance.**
- **en cas de réalisation du risque décès ou perte totale et irréversible d'autonomie, 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 les Mutuelles co-assureurs au membre participant en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation ou par le membre participant aux Mutuelles co-assureurs 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 47. Subrogation de la Mutuelle**

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



## **Article 48. 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](mailto: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 49. Réclamation**

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

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

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](mailto:mediation@mutualite.fr).

Le site du Médiateur est accessible sur le site Internet de la Mutualité Française : [www.mutualite.fr](http://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 50. Cessation des garanties**

**L'assurance cesse de produire ses effets :**

- **en cas de non-paiement de la cotisation ;**
- **dès que le membre participant atteint l'âge de départ effectif à la retraite pour la garantie décès-PTIA ;**
- **dès la reprise d'une quelconque activité professionnelle, même partielle ;**
- **à l'âge légal d'ouverture des droits à la retraite en référence à l'ouverture des droits de la catégorie sédentaire pour la garantie Invalidité ;**
- **à la liquidation de la pension vieillesse de l'assuré pour la garantie Invalidité ;**
- **au décès du membre participant ;**
- **à la date d'effet de la résiliation du contrat ;**
- **à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion.**

### **TITRE I - GARANTIE INVALIDITE**

#### **Article 51. Définition de la garantie**

La garantie invalidité a pour objet de servir une rente aux membres participants n'ayant pas atteint l'âge légal d'ouverture des droits à la retraite en référence à l'ouverture des droits de la catégorie sédentaire 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 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> catégorie au sens de l'article L.341-4, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> 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 52. Conditions d'adhésion**

Les conditions d'adhésion sont celles mentionnées à l'Article 38.

#### **Article 53. Point de départ du versement de la rente**

**Pour les agents affiliés à la CNRACL :**

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

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

- la date d'attribution de la pension d'invalidité de la Sécurité sociale de 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> 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 54. Montant de la prestation et service de la rente**

### 54.1 - 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).

### 54.2 - Indemnisation des primes et indemnités mensuelles :

Sont prises en considération dans le calcul de la rente, si le membre participant opte pour ce complément, 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.

### 54.3 - Règle de cumul :

Le montant de la rente versée au titre de la présente garantie augmenté des prestations versées par la CNRACL, la sécurité sociale ou de toute autre somme ou indemnité quelle qu'en soit la nature juridique versée par quelque organisme que ce soit, ne peut excéder 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.

### 54.4 - Revalorisation :

Les Mutuelles co-assureurs définissent le taux de revalorisation de la rente au 1<sup>er</sup> 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.

### 54.5 - Service de la rente :

La rente est servie mensuellement et à terme échu.

## **Article 55. 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) précisant un taux d'invalidité CNRACL supérieur ou égal à 60%.
- 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 :

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

### 55.1 - Service des prestations Invalidité :

Les membres participants percevant une rente d'Invalidité au titre du présent contrat doivent adresser au gestionnaire, 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 56. 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 57. 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 58. 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 59. Maintien des prestations**

En cas de résiliation du contrat, le service des prestations est maintenu et revalorisé 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, jusqu'au terme prévu à l'Article 58.

## **TITRE II - GARANTIE PERTE DE RETRAITE**

### **Article 60. 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<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> catégorie au sens de l'article L.341-4, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> 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 61. Conditions d'adhésion**

L'adhésion à la présente garantie est subordonnée à l'adhésion à la garantie Invalidité décrite au Titre I, ci-avant et sous réserve de répondre aux conditions d'adhésion mentionnées à l'Article 38.

### **Article 62. Point de départ du versement de la rente**

La rente est servie dès que le membre participant a atteint l'âge légal d'ouverture des droits à la retraite en référence à l'ouverture des droits de la catégorie sédentaire. Cette garantie prend la suite de la garantie Invalidité et compense jusqu'au décès la perte de retraite due à la cessation anticipée de l'activité par la suite d'une invalidité permanente.

### **Article 63. Montant et service de la rente**

#### 63.1 - 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, si 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).

#### 63.2 - 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.

#### 63.3 - 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 63.1 -ci-dessus.

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

#### 63.4 - Service de la rente :

La rente est servie mensuellement et à terme échu.

### **Article 64. Gestion du règlement des sinistres**

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

- 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.

#### 64.1 - Service des prestations Perte de retraite :

Les membres participants percevant une rente perte de retraite au titre du présent contrat doivent adresser au gestionnaire, 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 65. 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 66. 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 67. Terme du versement de la rente**

- au décès du membre participant.

## **TITRE III - GARANTIE DECES – PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE**

### **Article 68. 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 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 Article 74 ci-après.
- Garantir le versement par anticipation du capital prévu en cas de décès au profit du bénéficiaire tel que défini à l'Article 74 ci-après.

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

- Soit l'invalidité de 3<sup>ème</sup> catégorie définie à l'article L. 341-4, 3<sup>ème</sup> 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 69. 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 74 ci-après.

Le montant de ces capitaux supplémentaires sont déterminés par référence au capital défini à l'Article 68.

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'examens médicaux.

### **Article 70. 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 dont le montant égal à celui prévu en cas de décès, au profit d'un ou plusieurs bénéficiaires tels que définis à l'Article 74 ci-après.

Le montant de ces capitaux supplémentaires sont déterminés par référence au capital défini à l'Article 68.

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 71. Conditions et modalités d'adhésion**

Les conditions d'adhésion sont celles mentionnées à l'Article 38.

### **Article 72. 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 73. 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 74. 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 75. Contrôles effectués à la demande de la Mutuelle Nationale Territoriale**

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 76. 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 77. 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 78. 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 79. Obligation de la Mutuelle**

### **79.1 - 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 présent 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 présent 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.

#### 79.2 - 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.

#### 79.3 - 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.

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

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

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

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

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

## ANNEXE I : MODELE DE LETTRE DE RENONCIATION

Je soussigné(e), ..... (*nom et prénoms du membre participant*),  
demeurant, ..... (*adresse complète*),

déclare renoncer à mon adhésion aux Mutuelles co-assureurs au titre de la garantie *Décès/PTIA* et entends recevoir dans un délai maximum de 30 jours la restitution intégrale des sommes versées.

Fait à .....,

Le ....., (date et signature)

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