NOTICE D'INFORMATION valant conditions générales
Assurance prévoyance complémentaire
Centre de Gestion de la Gironde

Version du 14.11.2023
Effet de la notice d'information : 01.01.2020
Date d'application : 01.01.2024

Sommaire

1 Présentation du régime d'assurance collectif 3
2 Tableau des garanties 5
3 Lexique 6
4 Adhésion des agents 6
5 Cotisations 9
6 Garanties 10
6.1 Garantie incapacité temporaire de travail 10
6.2 Garantie invalidité permanente 13
6.3 Garantie perte de retraite 14
6.4 Garantie décès toutes causes et perte totale et irréversible d'autonomie 14
6.5 Garantie accompagnement social et assistance 15
7 Exclusions 18
8 Dispositions communes aux garanties 18
9 Justificatifs à produire pour le règlement des prestations 20
10 Protection de la clientèle 21
10.1 Traitement de vos données personnelles 21
10.2 Contacts en cas de réclamation et de médiation 24

1 Présentation du régime d'assurance collectif

Dispositions générales.

Votre Employeur vous verse une **participation** si vous adhérez aux garanties d'assurance prévoyance du contrat collectif à adhésions facultatives souscrit par le Centre de Gestion de la Gironde auprès de TERRITORIA mutuelle, mutuelle régie par le Livre II du code de la Mutualité.

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

- les dispositions du **décret 2011-1474 du 8 novembre 2011** relatif à la participation des employeurs territoriaux au financement de la protection sociale de leurs agents,
- la législation sur les assurances, dont le code de la Mutualité et la **loi n°89-1009 du 31 décembre 1989** renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, dite « Loi Evin »,
- les statuts de TERRITORIA mutuelle,
- les dispositions du contrat collectif souscrit par le Centre de Gestion de la Gironde et à adhésions facultatives de votre Employeur et de vous-même.

Sur la base de votre bulletin d'adhésion signé, vous adhérez à TERRITORIA mutuelle et en devenez un **membre participant**. La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts de la mutuelle, et des droits et obligations définis par la présente notice d'information. Vous pouvez, dès lors, participer à la vie démocratique de la mutuelle.

L'organisme d'assurance qui vous assure.

L'organisme d'assurance qui vous assure est TERRITORIA mutuelle, mutuelle régie par le livre II du code de la Mutualité, ayant son siège social au 54, rue de Gabiel – CS 76016 – 79185 CHAURAY CEDEX.

En application de l'article L 211-5 du code de la Mutualité, AÉSIO mutuelle, ayant son siège 4, rue du Général Foy – 75008 PARIS Cedex, se substitue intégralement à TERRITORIA mutuelle, pour la constitution des garanties d'assurances maladie et accident offertes aux Assurés de la substituée, relevant des branches 1,2 et 20, tels qu'ils sont définis dans le règlement mutualiste de TERRITORIA mutuelle, qui fait partie intégrante de la convention. La mutuelle substituante, AÉSIO mutuelle, donne à la mutuelle substituée, sa caution solidaire pour l'ensemble de ses engagements financiers et charges, y compris non assurantiels, vis-à-vis des membres participants appartenant, ayant appartenu ou en lien avec la Fonction Publique, ayants-droit, bénéficiaires et de toute autre personne physique ou morale. AÉSIO mutuelle dispose d'un agrément pour les branches 1,2, 20, et 21. Si l'agrément d'AÉSIO mutuelle lui était retiré pour ces branches, les garanties seraient résiliées le quarantième jour (40ème) à midi à compter de la publication de la décision de retrait d'agrément, la portion afférente à la période non garantie étant alors remboursée au membre participant ou au souscripteur du contrat collectif.

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

Notice d'information.

La Mutuelle établit la présente notice d'information qui définit les garanties, leurs modalités d'entrée en vigueur et les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque (congé de maladie à demi-traitement, mise en invalidité, décès). Elle précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de

garantie ainsi que les délais de prescription. Votre Employeur est tenu de vous remettre cette notice et les statuts de la mutuelle. Lorsque des modifications sont apportées à vos droits et obligations par avenant au contrat collectif, votre Employeur est tenu de vous informer en vous remettant une nouvelle notice établie à cet effet par la Mutuelle. Dès lors, vous disposez d'un mois à compter de la remise de la notice pour résilier votre adhésion en raison de ces modifications.

Ce qui est garanti.

Les garanties proposées ont pour objectif de compenser :

- La **perte de votre salaire en cas de :**
  - **congé de maladie** ou de disponibilité d'office à compter du passage à demi-traitement et/ou versement d'indemnités journalières, grâce au versement d'indemnités journalières de la garantie incapacité de travail,
  - **mise en retraite pour invalidité** de la vie privée ou imputable au service si vous êtes agent affiliés à la CNRACL, ou mise en invalidité de 2ème ou de 3ème catégorie (invalidité de la vie privée) ou à compter d'un taux d'incapacité d'au moins 66% (invalidité professionnelle) si vous êtes affilié à l'IRCANTEC, grâce à une rente mensuelle de la garantie invalidité permanente,
- La **perte de droit à retraite à la suite d'une invalidité** si vous êtes affilié à la CNRACL, grâce à un capital de la garantie perte de retraite.

En complément, une garantie en cas de décès toutes causes (accident ou maladie) ou de perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) permet à vos bénéficiaires de bénéficier d'un capital.

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

Ce qui n'est pas garanti :

Ne sont pas garantis :

- Votre perte de salaire en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle si vous êtes agent affilié à la CNRACL, car votre employeur maintient votre plein traitement et votre régime indemnitaire pendant cette période,
- Votre perte de régime indemnitaire lorsque vous êtes en congé de maladie pendant la période de plein-traitement,
- Les frais de soins engagés en cas de maladie ou d'accident, car ils sont garantis au titre de votre contrat d'assurance complémentaire santé.

2 Tableau des garanties

Les garanties proposées dépendent du choix de l'adhérent quant à :

- **l'assiette garantie, c'est-à-dire la couverture de votre traitement et de votre NBI, ou de votre traitement, de votre NBI et du régime indemnitaire,**
- **la possibilité de souscrire à des garanties complémentaires optionnelles.**

TABLEAU DES GARANTIES DU DISPOSITIF N°1 Garantie du RI incluse pour l'incapacité de travail et l'invalidité permanente. Votre Employeur participe sur la garantie de base uniquement, avec possibilité de compléter votre couverture avec des garanties optionnelles			
Prestations	**Nature**	**Plafonds d'indemnisation**	**Taux de cotisation TTC**
Garantie obligatoire de base			
Incapacité de travail	**Indemnités journalières**	**95% TIN + NBIN + RIN**	1.15 % TIB + NBI + RIB
Garanties complémentaires optionnelles			
Invalidité permanente	**Rente mensuelle**	**90% TIN + NBIN+ RIN**	0.78 % TIB + NBI + RIB
Décès toutes causes et PTIA	**Capital**	**4 PMSS**	0.45 % TIB + NBI + RIB
Perte de retraite suite à invalidité	**Capital**	**6 PMSS**	0.35 % TIB + NBI + RIB

TABLEAU DES GARANTIES DU DISPOSITIF N°2 Pas de garantie du RI pour l'incapacité de travail et l'invalidité permanente. Votre Employeur participe sur la garantie de base uniquement, avec possibilité de compléter votre couverture avec des garanties optionnelles			
Prestations	**Nature**	**Plafonds d'indemnisation**	**Taux de cotisation TTC**
Garantie obligatoire de base			
Incapacité de travail	**Indemnités journalières**	**95% TIN + NBIN**	1 % TIB + NBI
Garanties complémentaires optionnelles			
Invalidité permanente	**Rente mensuelle**	**90% TIN + NBIN**	0.78 % TIB + NBI
Décès toutes causes et PTIA	**Capital**	**4 PMSS**	0.45 % TIB + NBI
Perte de retraite suite à invalidité	**Capital**	**6 PMSS**	0.35 % TIB + NBI

TIB : Traitement Indiciaire Brut
NBI : Nouvelle Bonification Indiciaire Brute
RIB : Régime Indemnitaire Brut
TIN : Traitement Indiciaire Net
NBIN : Nouvelle Bonification Indiciaire Nette
RIN : Régime Indemnitaire Net
PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (valeur 2024 : 3 864 €)

3 Lexique

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

Accident : toute atteinte corporelle provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure et non intentionnelle de la part de l'adhérent.

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

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

Echéance : 1er janvier.

Employeur : collectivité territoriale ou établissement public de coopération intercommunale ayant adhéré au contrat collectif d'assurance prévoyance souscrit par le Centre de Gestion de la Gironde. En adhérant, les Employeurs deviennent membres honoraires de la Mutuelle.

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

Maladie : affection constatée par une autorité médicale et mettant la personne dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions.

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

Mutuelle : TERRITORIA MUTUELLE CS 76016 79185 CHAURAY.

Souscripteur du contrat : Centre de Gestion de la Gironde.

4 Adhésion des agents

Absence de limite d'âge à l'adhésion.

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

Formalisation de l'adhésion

Les adhésions sont formalisées par un bulletin d'adhésion remis par la Mutuelle. La date d'effet de l'adhésion est celle du contrat collectif dans le cas d'une demande d'adhésion antérieure, ou le premier jour du mois suivant la demande de l'adhésion en cas de demande d'adhésion postérieurement à la date d'effet du contrat. Avec le bulletin d'adhésion, la

Mutuelle remet la notice d'information du contrat collectif d'assurance et le document d'information sur le produit d'assurance à l'Assuré.

Droit de renonciation à l'adhésion

L'Assuré peut renoncer à son adhésion dans les 30 jours à compter de la confirmation par la Mutuelle de son adhésion. L'Assuré adresse par lettre recommandée avec accusé de réception au siège social de la Mutuelle sa demande de renonciation. La Mutuelle restitue dans ce cas à l'Assuré l'intégralité de la cotisation déjà versée, dans un délai de 30 jours calendaires à compte de la réception de la lettre recommandée. L'Assuré qui a renoncé à son adhésion ne peut plus adhérer par la suite au contrat collectif.
La lettre de renonciation de l'Assuré sera rédigée en les termes suivants : « Je soussigné(e) ..... demeurant à ..... déclare renoncer à mon adhésion au contrat n°..... et entend recevoir dans un délai de 30 jours calendaires la restitution de ma cotisation versée pour un montant de ..... Euros. Date et signature : .....».

Durée de l'adhésion et résiliation.

L'adhésion est annuelle. Elle est tacitement reconduite chaque année, à la date d'échéance du contrat, sauf résiliation par l'Assuré deux mois au moins avant cette date par lettre recommandée avec accusé de réception.
Lorsque des modifications contractuelles sont apportées, l'Employeur doit communiquer la nouvelle version de la notice d'information trois mois au minimum avant la date d'entrée en vigueur de ces modifications. L'Assuré peut résilier son adhésion à réception de cette nouvelle version de la notice d'information en raison de ces modifications, par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception à la Mutuelle. La résiliation prend effet au premier jour du mois qui suit la réception de la demande de résiliation par la Mutuelle.
La résiliation de l'adhésion entraîne la cessation des garanties.

Demande et date d'effet de l'adhésion.

Si l'agent demande son adhésion au plus tard dans les 6 mois à compter de la date d'effet du contrat collectif d'assurance ou de sa date d'embauche, et se trouve dans l'une des situations suivantes à cette date d'effet :

Activité normale de service :	L'adhésion est effective à la date d'effet indiquée au bulletin d'adhésion.
Temps partiel thérapeutique :	L'adhésion est effective à la date d'effet indiquée au bulletin d'adhésion.
Arrêt de travail :	L'adhésion est effective à l'issue d'une période de 30 jours continus de reprise d'activité normale de service si l'agent ne peut justifier de l'adhésion préalable auprès d'un organisme d'assurance pour des garanties équivalentes, ou du jour de la reprise effective d'activité si l'agent justifie de l'adhésion préalable auprès d'un organisme d'assurance pour des garanties équivalentes, et sous réserve que la résiliation de son ancien contrat et son adhésion au contrat collectif soient simultanées.
Autres situations :	Pour les agents en congé parental, congé sans solde, congé de solidarité familiale, congé sabbatique, congé pour création d'entreprise ou disponibilité pour des raisons autres que médicales, l'adhésion prend effet au terme de ces périodes sans traitement.

Si l'agent **demande son adhésion après les 6 mois à compter de la date d'effet du contrat collectif d'assurance ou de sa date d'embauche ou, ayant déjà adhéré au contrat, demande à être garanti à l'une des garanties facultatives**, et se trouve dans l'une des situations suivantes à cette date d'effet :	
Activité normale de service :	L'adhésion est effective à la date d'effet indiquée au bulletin d'adhésion **avec application d'un délai de stage de 6 mois, sauf pour la garantie décès toutes causes.**
Temps partiel thérapeutique :	L'adhésion est effective à la date d'effet indiquée au bulletin d'adhésion **avec application d'un délai de stage de 6 mois, sauf pour la garantie décès toutes causes.**
Arrêt de travail :	L'adhésion est effective à l'issue d'une période de reprise en activité normale de service de 30 jours consécutifs et **avec application d'un délai de stage de 6 mois, sauf pour la garantie décès toutes causes.**
Autres situations :	L'adhésion est effective à la date d'effet indiquée au bulletin d'adhésion au terme de l'une des périodes mentionnées en amont, **avec application d'un délai de stage de 6 mois, sauf pour la garantie décès toutes causes.**

Un délai d'attente/de stage de 6 mois est appliqué aux garanties à compter de la date d'effet de l'adhésion au présent contrat. Toute incapacité de travail ouvrant droit à un congé de ou à un temps partiel pour raison thérapeutique qui survient au cours de ce délai de 6 mois ainsi que toute invalidité et perte de retraite faisant suite à cette incapacité ou survenant au cours de ce délais n'ouvrent pas droit au versement des prestations prévues aux garanties indemnités journalières, invalidité et perte de retraite du présent règlement.
Les rechutes des congés de longue maladie, de longue durée ou de grave maladie survenus au cours du délai d'attente n'ouvrent pas droit au versement des prestations prévues aux garanties indemnités journalière, invalidité et perte de retraite du présent contrat.
Toutefois ce délai d'attente n'est pas appliqué en cas d'incapacité, d'invalidité consécutive à un accident.
L'accident s'entend de toute atteinte ou lésion corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré provenant exclusivement de l'action soudaine d'une cause extérieure.
La preuve de la relation directe de cause à effet entre l'accident et l'incapacité ou l'invalidité incombe au demandeur.

Changement de garanties.

Le changement de garanties ne peut intervenir qu'au 1er janvier de chaque année. Il n'est pas soumis au délai de stage. Le changement de garantie est possible une seule fois pendant la durée de l'adhésion.

Cessation de l'adhésion.

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

- A la date à laquelle l'Assuré cesse de bénéficier de la qualité d'agent,
- A la date d'effet de la résiliation ou de la renonciation de l'adhésion par l'Assuré,
- En cas de non-paiement de la cotisation par l'Assuré,
- A l'âge légal maximal de départ en retraite de l'Assuré, pour la garantie Incapacité de travail,
- A l'âge légal minimal de départ en retraite de l'Assuré, pour la garantie Invalidité permanente,
- Au décès de l'Assuré,
- A la date d'effet de la résiliation du contrat par le Souscripteur.

Portabilité de l'adhésion.

L'adhésion de l'Assuré est maintenue dans deux cas :

- Par application des dispositions de l'article L 5111-7 du code général des collectivités locales,
- En cas de départ de l'Assuré de l'effectif de l'Employeur avec embauche simultanée 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 de deux mois à compter de la date d'embauche chez le nouvel Employeur.

5 Cotisations

Base des cotisations.

Les garanties sont accordées par la Mutuelle moyennant le paiement d'une cotisation par l'Assuré calculée à partir des taux de cotisations toutes taxes comprises indiqués dans le tableau des garanties, applicables à la base de l'assurance qui est composée comme suit :

Fonctionnaires CNRACL	Traitement indiciaire brut et nouvelle bonification indiciaire, complétés du régime indemnitaire brut si mentionné au bulletin d'adhésion.
Fonctionnaires IRCANTEC	Traitement indiciaire brut et nouvelle bonification indiciaire, complétés du régime indemnitaire brut si mentionné au bulletin d'adhésion.
Contractuels de droit public IRCANTEC	Salaire brut, complété des primes en brut si mentionnées au bulletin d'adhésion.
Contractuels de droit privé IRCANTEC	Salaire brut annuel des 12 derniers mois qui précédent l'adhésion. Pour une ancienneté inférieure à 12 mois, moyenne des salaires bruts perçus depuis l'embauche jusqu'à l'adhésion. Pour les assistantes maternelles et familiales, les primes liées à l'entretien des enfants ne sont pas prises en compte.

Mode de paiement des cotisations.

Le paiement des cotisations est effectué :

- Par l'Employeur par précompte mensuel auprès des Assurés. Dans ce cas, l'Employeur est le seul responsable du paiement à la Mutuelle de la totalité des cotisations prélevées sur les feuilles de paie des Assurés,
- A défaut, par l'Assuré sous la forme du prélèvement bancaire.

La périodicité des paiements par l'Employeur ou l'Assuré selon les cas est mensuelle. Le défaut de paiement des cotisations est régi par la réglementation sur les assurances.

Lorsque l'Employeur assure le précompte de la cotisation, à défaut de paiement d'une cotisation dans les dix jours de son échéance et indépendamment du droit pour la Mutuelle d'appliquer des majorations de retard à la charge exclusive de l'Employeur et de poursuivre en justice l'exécution du contrat collectif, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure de l'Employeur. Dans la lettre de mise en demeure qu'elle adresse à l'Employeur, la mutuelle l'informe des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie.

L'Assuré est informé qu'à l'expiration du délai de 10 jours, le défaut de paiement de la cotisation par l'Employeur est susceptible d'entraîner la résiliation du bulletin d'adhésion ou du contrat collectif, sauf s'il entreprend de se substituer à l'Employeur pour le paiement des cotisations. La Mutuelle a le droit de résilier le contrat collectif dix jours après le délai de trente jours mentionné en amont. Le contrat collectif non résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées à celles-ci les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement. La procédure est applicable à l'Employeur qui ne paie pas sa part de cotisation. Dans ce cas, la mutuelle ou l'union informe chaque membre participant de la mise en œuvre de cette procédure et de ses conséquences dès l'envoi de la lettre de mise en demeure mentionnée et rembourse, le cas échéant, à l'Assuré la fraction de cotisation afférente au temps pendant lequel la mutuelle ne couvre plus le risque.

Lorsque l'Employeur n'assure pas le précompte des cotisations, l'Assuré qui ne paie pas sa cotisation dans les dix jours de son échéance peut être exclu du contrat. L'exclusion ne peut intervenir que dans un délai de quarante jours à compter de la notification de la mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées. Lors de la mise en demeure, l'Assuré est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner son exclusion des garanties définies au bulletin d'adhésion ou au contrat collectif. L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le débiteur de cotisations.

Exonération de cotisations.
En cas de versement par la Mutuelle des rentes des garanties d'invalidité permanente, les Assurés bénéficient d'une exonération de cotisations.

6 Garanties

6.1 Garantie incapacité temporaire de travail

Définition.
La garantie incapacité temporaire de travail a pour objet le versement **d'indemnités journalières** par la Mutuelle aux Assurés n'ayant pas atteint l'âge d'ouverture des droits à la retraite à taux plein, et qui :

- Se trouvent momentanément dans l'impossibilité médicalement constatée d'exercer leur activité professionnelle par la suite d'une **maladie ou d'un accident de la vie privée**, ou sont autorisés à accomplir un service à temps partiel pour raison thérapeutique. La garantie est étendue aux conséquences d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle pour les Assurés affiliés à l'IRCANTEC,
- Et perçoivent un demi-traitement versé par leur Employeur et/ou des indemnités journalières de la Sécurité sociale, selon les droits de l'Assuré.

La garantie est délivrée par la Mutuelle sans remise en cause par celle-ci des décisions de l'Employeur au regard de la situation de l'Assuré, ni de décision préalable de son médecin conseil.

Assurés	Selon le statut de l'Assuré, les événements garantis sont :
Fonctionnaires CNRACL	- Congé de maladie ordinaire (CMO), - Congé de longue maladie (CLM), - Congé de longue durée (CLD), - Disponibilité d'office (DO) pour raison de santé à titre conservatoire avec maintien du demi-traitement selon les dispositions des articles 17 et 37 du décret n°87-602 du 30 juillet 1987, - Disponibilité d'office (DO) pour raison de santé avec versement des indemnités journalières de coordination selon les dispositions de l'article 19 du décret n°86-68 du 13 janvier 1986, - Temps partiel thérapeutique (TPT) pour le régime indemnitaire uniquement.
Fonctionnaires IRCANTEC	- Congé de maladie ordinaire (CMO), - Congé de grave maladie (CGM), - Disponibilité d'office (DO) pour raison de santé à titre conservatoire avec maintien du demi-traitement selon les dispositions des articles 17 et 37 du décret n°87-602 du 30 juillet 1987, - Disponibilité d'office (DO) pour raison de santé avec versement des indemnités journalières de coordination selon les dispositions de l'article 19 du décret n°86-68 du 13 janvier 1986, - Temps partiel thérapeutique (TPT) pour le régime indemnitaire uniquement.
Contractuels de droit public IRCANTEC	- Congé de maladie ordinaire (CMO), - Congé de grave maladie (CGM).
Contractuels de droit privé IRCANTEC	- Arrêt de travail pour maladie, - Affection de Longue Durée (ALD).

Base de l'assurance.

Le montant de l'indemnité journalière est calculé en fonction du taux de prestation indiqué dans le tableau des garanties, multiplié par la Base de l'assurance, puis divisé par le nombre de jours correspondants. A ce montant est déduit le traitement journalier versé par l'Employeur et/ou la Sécurité sociale. Les indemnités journalières sont versées mensuellement à terme échu.

La base de l'assurance est définie comme suit :

Fonctionnaires CNRACL	Traitement indiciaire net et nouvelle bonification indiciaire nette, complétés du régime indemnitaire net si mentionné au bulletin d'adhésion, que l'Assuré aurait perçu s'il n'avait pas été en arrêt de travail.
Fonctionnaires IRCANTEC	Traitement indiciaire net et nouvelle bonification indiciaire nette, complétés du régime indemnitaire net si mentionné au bulletin d'adhésion, que l'Assuré aurait perçu s'il n'avait pas été en arrêt de travail.
Contractuels de droit public IRCANTEC	Salaire net, complété des primes en net si mentionnées au bulletin d'adhésion, que l'Assuré aurait perçu s'il n'avait pas été en arrêt de travail,

Contractuels de droit privé IRCANTEC	Salaire net annuel des 12 derniers mois qui précédent l'arrêt de travail, hors primes diverses liés à l'entretien des enfants. Si l'Assuré ne dispose pas d'une année complète de rémunération, la base de l'assurance est la moyenne des salaires nets qui précédent l'arrêt de travail.
L'indemnité compensatrice de la CSG est assimilée au traitement indiciaire ou au salaire. **Le Complément Indemnitaire Annuel (CIA) et la Prime de Fin d'Année ne sont pas garantis au titre du régime indemnitaire.**	

Période indemnisée.
La Mutuelle intervient après une période de franchise et pour une durée d'indemnisation maximum telles qu'indiqués ci-après :

Assurés	Franchise	Durée d'indemnisation
Fonctionnaires CNRACL	Période de plein traitement selon les congés de maladie.	**1 095 jours indemnisés** par la Mutuelle pour une même pathologie
Fonctionnaires IRCANTEC	Période de plein traitement selon les congés de maladie.	
Contractuels de droit public IRCANTEC	30 jours quelle que soit l'ancienneté de l'Assuré chez l'Employeur.	
Contractuels de droit privé IRCANTEC	30 jours quelle que soit l'ancienneté de l'Assuré chez l'Employeur.	

La période de franchise est calculée sur la base des 365 jours discontinus ou continus qui précédent l'arrêt de travail.
La Mutuelle verse aux Assurés les indemnités journalières pendant toutes les périodes indemnisées par l'Employeur et/ou par la Sécurité sociale, selon les droits de l'Assuré, et dans la limite de 1 095 jours indemnisés, pour une même pathologie.

Le service des indemnités journalières prend fin à effet :
- Soit du jour de la reprise d'activité de l'Assuré,
- Soit de la fin de l'indemnisation par l'Employeur pour l'Assuré soumis au régime spécial de la fonction publique territoriale, et/ou par l'Assurance maladie pour l'Assuré soumis au régime général de la Sécurité sociale,
- Soit de la liquidation d'une pension d'invalidité par le régime de base de l'Assuré,
- Soit de la date du début de la liquidation de la pension de retraite du régime de base de l'Assuré,
- Soit au jour du décès de l'Assuré.

Droits rétablis.
En cas de rétablissement du plein traitement par l'Employeur, à effet rétroactif et pour la période indemnisée au titre des garanties accordées par la Mutuelle (c'est-à-dire lorsque l'Assuré est mis en congé de longue maladie ou de congé de maladie de longue durée ou de congé de grave maladie, ou en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle reconnue), l'Assuré rembourse obligatoirement les indemnités journalières versées par la Mutuelle.

6.2 Garantie invalidité permanente

Définition.
La garantie invalidité permanente a pour objet le versement par la Mutuelle d'une **rente mensuelle** aux Assurés n'ayant pas atteint l'âge légal de départ à la retraite, et qui :

- Pour les **Assurés affiliés à la CNRACL**, sont mis à la retraite pour invalidité y compris celle imputable au service,
- Ou, pour les **autres Assurés**, justifient d'une réduction d'au moins des 2/3 de la capacité de travail ou de gain avec classement en 2ère ou 3ème catégorie, au sens de la Sécurité sociale, ou d'un taux d'incapacité au moins égal à 66% dans le cas de maladie professionnelle ou d'accident du travail.

La garantie est acquise sans avis du médecin conseil de la Mutuelle, ce dernier respectant les dispositions de la notification de la CNRACL ou de la Sécurité sociale selon les situations des Assurés.
Le montant de la rente mensuelle est calculé selon le taux de prestation indiqué au tableau des garanties.

Base de l'assurance.
Le montant de **la rente mensuelle** est calculé en fonction du taux de prestation indiqué dans le tableau des garanties, multiplié par la Base de l'assurance. A ce montant est déduit la rente ou la pension versée par la CNRACL ou la Sécurité sociale. La rente est versée mensuellement à terme échu.
La Base de l'assurance est composée comme suit :

Fonctionnaires CNRACL	Indice brut retenu pour la liquidation de la pension d'invalidité, indiqué sur le décompte de pension délivré par la CNRACL, complété, si la garantie est mentionnée au bulletin d'adhésion, de 1/12ème du régime indemnitaire net annuel que l'Assuré aurait perçu s'il avait continué à travailler sur attestation de l'Employeur.
Fonctionnaires IRCANTEC	Traitement annuel net que l'Assuré aurait perçu s'il avait continué à travailler, indiqué sur l'attestation fournie par l'Employeur, complété, si la garantie est mentionnée au bulletin d'adhésion, de 1/12ème du régime indemnitaire net annuel que l'Assuré aurait perçu s'il avait continué à travailler sur attestation de l'Employeur.
Contractuels de droit public IRCANTEC	Traitement annuel net que l'Assuré aurait perçu s'il avait continué à travailler, indiqué sur l'attestation fournie par l'Employeur, complété, si la garantie est mentionnée au bulletin d'adhésion, de 1/12ème du régime indemnitaire net annuel que l'Assuré aurait perçu s'il avait continué à travailler sur attestation de l'Employeur.
Contractuels de droit privé IRCANTEC	Salaire annuel net que l'Assuré aurait perçu s'il avait continué à travailler, indiqué sur l'attestation fournie par l'Employeur, complété, si la garantie est mentionnée au bulletin d'adhésion, de 1/12ème des primes nettes annuelles que l'Assuré aurait perçues s'il avait continué à travailler sur attestation de l'Employeur.

Période indemnisée.
La rente est servie mensuellement selon un terme échu à compter de:
- La date de mise à la retraite pour invalidité, pour les agents affiliés à la CNRACL,
- La date d'attribution de la pension d'invalidité de la Sécurité sociale, ou de 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, pour les agents relevant du régime général de Sécurité sociale.

Le service de la rente prend fin à effet :
- Soit de la reprise de toute activité professionnelle, même partielle, de l'Assuré,
- Soit au plus tard à l'âge légal de départ en retraite de l'Assuré,
- Soit à la liquidation de la pension d'assurance vieillesse,
- Soit au jour du décès de l'Assuré.

6.3 Garantie perte de retraite

Définition.
La garantie perte de retraite a pour objet le versement d'un capital afin de compenser la perte de retraite consécutive à une invalidité permanente, telle que définie dans le présent contrat, survenue avant l'âge légal de départ en retraite. Elle ne peut être souscrite qu'associée à la garantie invalidité permanente.
Le montant du capital correspond au taux de prestation et selon la base de l'assurance indiqués au tableau des garanties.
La perte de retraite est calculée par différence entre le montant de la retraite que l'Assuré aurait perçue à la date de prise en charge de la présente garantie s'il n'avait cessé son activité professionnelle, et le montant cumulé des pensions versées à l'Assuré par les organismes de toute nature.
La pension de retraite qu'aurait perçue l'Assuré s'il n'avait cessé son activité est déterminée sur la base de l'Assurance que l'Assuré aurait obtenue par avancement d'échelon à l'ancienneté maximale au sein du grade détenu lors de sa radiation des cadres pour invalidité.

Période indemnisée.
La rente mensuelle viagère est servie mensuellement et selon un terme échu à compter de la date d'entrée en jouissance de la pension de retraite servie par les organismes d'assurance retraite de l'Assuré, et au plus tôt à compter de la date de l'âge légal minimal de départ en retraite. Le service de la rente viagère prend fin à la date de décès de l'Assuré.

6.4 Garantie décès toutes causes et perte totale et irréversible d'autonomie

Définition.
La garantie décès toutes causes, c'est-à-dire en raison d'une maladie ou d'un accident, a pour objet le versement d'un capital en cas de :
- Décès de l'Assuré survenant avant son âge d'ouverture du droit à la retraite à temps plein,
- Perte totale et irréversible d'autonomie de l'Assuré survenant avant l'âge légal de départ en retraite de celui-ci. Est considéré comme atteint d'une perte totale et irréversible d'autonomie l'Assuré qui, avant l'âge légal de départ en retraite, est reconnu :

- Etre dans l'incapacité totale et définitive de se livrer à une quelconque activité pouvant lui procurer un gain ou un profit, au sens de la réglementation de la Sécurité sociale,
- Et être obligé de recourir de manière permanente à l'assistance d'une tierce personne afin d'accomplir les quatre actes ordinaires de la vie (se laver, s'habiller, se nourrir, se déplacer).

Le versement du capital en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie met fin à la garantie Décès.
Le montant du capital décès correspond au taux de prestation et selon la base de l'assurance indiqués au tableau des garanties.
La garantie présente un caractère temporaire, annuel et révisable. L'assemblée générale de la Mutuelle statue annuellement sur le maintien de cette garantie.

Bénéficiaires.
Pour le capital de perte totale et irréversible d'autonomie, le bénéficiaire est l'Assuré.
Pour le capital en cas de décès de l'Assuré, les bénéficiaires sont la (ou les) personne(s) ayant fait l'objet d'une désignation écrite de l'Assuré auprès de la Mutuelle, et formalisée dans le bulletin d'adhésion.
L'Assuré a le droit de modifier à tout moment la clause bénéficiaire, en particulier lorsque sa situation familiale change (mariage, divorce, séparation, naissance, adoption…).
En cas de pluralité de bénéficiaires de même rang et de prédécès de l'un ou de plusieurs d'entre eux, la part du capital lui (leur) revenant est répartie entre les autres bénéficiaires au prorata de leurs parts respectives.
En cas d'absence de désignation expresse de bénéficiaire, ou de prédécès de tous les bénéficiaires, le capital est attribué selon l'ordre de priorité suivant :

- Au conjoint survivant non séparé de corps par un jugement définitif passé en force de chose jugée, à défaut au concubin notoire ou au partenaire de PACS,
- A défaut à ses enfants vivants ou représentés,
- A défaut à ses petits-enfants,
- A défaut de descendants directs, à ses parents survivants,
- A défaut de ceux-ci, aux grands-parents survivants,
- A défaut, et par parts égales, à ses frères et sœurs,
- A défaut, aux héritiers et selon la répartition en vigueur conformément aux principes du droit de la succession.

En cas de déshérence, les capitaux non réglés sont versés à la Caisse des dépôts et consignations (CDC) à l'issue d'un délai de 10 ans à compter de la date de connaissance du décès de l'Assuré ou de l'échéance du contrat ou de l'adhésion.

6.5 Garantie accompagnement social et assistance

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

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

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

Assistance.

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

L'ACCES A DES SERVICES CONCRETS DES LA SOUSCRIPTION

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

UN ACCOMPAGNEMENT RENFORCE EN CAS D'INCIDENT DE SANTE

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

UN SOUTIEN DANS LA DUREE EN CAS DE COUP DUR

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

Ces services sont accessibles directement via le site internet : www.mutnov-services-plus.fr et/ou par une ligne téléphonique dédiée : **09 69 32 82 67.**

7 Exclusions

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

- **De faits de guerres étrangères lorsque la France est partie belligérante,**
- **De guerre civile ou étrangère, d'attentat, d'acte de terrorisme, d'émeute, d'insurrection quel que soit le lieu où se déroulent ces évènements, et quels qu'en soient les protagonistes, dès lors que l'Assuré y prend une part active,**
- **Du fait intentionnellement causé ou provoqué par l'Assuré,**
- **De tentative de suicide et de suicide survenus au cours de la première année d'adhésion,**
- **De la mutilation ou blessure volontaire,**
- **Des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de la transmutation de noyaux d'atome,**
- **D'activités sportives ou de loisirs pratiquées dans le non-respect de la réglementation, des règles, consignes et recommandations de sécurité, de prudence élémentaire ou pratiquées au moyen d'un matériel non conforme à l'usage qui en est fait ou pratiquées à titre professionnel,**
- **De cataclysme, tremblement de terre, éruption volcanique et raz de marée,**
- **D'usage de stupéfiants et de drogues,**
- **D'accidents dont est victime l'Assuré alors qu'il se trouve en état d'alcoolémie ou d'ivresse manifeste, et lorsque sa responsabilité est engagée.**

8 Dispositions communes aux garanties

Pathologies antérieures à l'adhésion de l'Assuré.

La Mutuelle doit, sous réserve des sanctions prévues en cas de fausse déclaration, prendre en charge les suites d'états pathologiques survenus antérieurement à l'adhésion de l'Assuré, y compris les rechutes.

Suspension des garanties.

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, les garanties sont suspendues à la date d'effet de l'un de ces événements précités, et jusqu'à la reprise effective du travail par l'Assuré, sous réserve que la Mutuelle soit informée par l'Assuré dans un délai de 3 mois à compter de la date de reprise. Pendant cette période de suspension, aucune cotisation n'est due par l'Assuré.

Cumul des prestations.

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

Réticence ou fausse déclaration intentionnelle.

Les garanties accordées aux Assurés par la Mutuelle sont nulles en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de l'Assuré, quand cette réticence ou cette fausse

déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la Mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'Assuré a été sans influence sur la réalisation du risque. Les cotisations acquittées demeurent acquises à la Mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

Omission ou déclaration inexacte.

L'omission ou la déclaration inexacte de l'Assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie, n'entraîne pas la nullité des garanties. Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la Mutuelle a le droit de maintenir l'adhésion moyennant une augmentation de cotisation acceptée par l'Assuré. A défaut d'accord de celui-ci, l'adhésion prend fin le premier jour du mois qui suit la date de la notification adressée à l'Assuré par lettre recommandée. La Mutuelle restitue à l'Assuré la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus. Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux de la cotisation payée par l'Assuré par rapport au taux de cotisation qui aurait été due, si les risques avaient été exactement déclarés.

Contrôle médical.

La Mutuelle, par le service de son médecin conseil, peut effectuer un contrôle médical de l'Assuré, et faire pratiquer des examens complémentaires lorsque le versement des prestations est lié à son état de santé. Ces contrôles et examens complémentaires sont effectués au frais de la Mutuelle par un médecin désigné par ses soins. **Ils peuvent être réalisés uniquement en cours de prestation, et non à la demande de prestation.**
Le règlement des prestations est suspendu à compter de la notification de la décision de la Mutuelle à l'Assuré prise à l'issue de la conclusion du rapport d'expertise diligenté par la Mutuelle en défaveur de l'Assuré, **sauf si l'Assuré saisit la commission d'arbitrage prévue au contrat**. Dans ce dernier cas, le versement des prestations est maintenu. L'Assuré qui refuse de se soumettre au contrôle médical ou aux examens médicaux complémentaires demandés perd tout droit aux prestations. En cas de contestation de la décision du médecin conseil de la Mutuelle par l'Assuré, ce dernier peut demander, dans le mois qui suit par lettre recommandée avec accusé de réception auprès de la Mutuelle, la constitution d'une commission d'arbitrage composée d'un médecin désigné par l'Assuré, d'un médecin désigné par la Mutuelle, et d'un médecin choisi en accord avec les deux premiers. En cas de désaccord pour la désignation de ce troisième médecin, ce dernier 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 de l'Assuré. Les honoraires des trois médecins pour l'exercice de cette commission d'arbitrage sont à la charge de la Mutuelle, et ce quelle que soit la décision prise. La décision prise par la commission d'arbitrage s'impose à la Mutuelle et à l'Assuré.

Revalorisation des prestations.

Les prestations en cours de service sont revalorisées par référence à la variation de l'indice 100 majoré de la Fonction Publique constaté entre la date d'application de la revalorisation et la date de la dernière revalorisation effectuée, ou la date d'attribution de la prestation. Le taux de revalorisation est servi à la même date que celle de l'évolution de l'indice 100 majoré.

Maintien des garanties

Les garanties sont maintenues, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux, au profit des personnes :

- Bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée,
- Garanties du chef de l'Assuré décédé, pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant le décès auprès de la Mutuelle. La garantie prend effet, au plus tard, au lendemain de la demande.

Maintien des prestations.
Par application de **l'article 7 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989**, 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. L'engagement doit être couvert à tout moment par des provisions représentées par des actifs équivalents de la Mutuelle.

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

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

Quand l'action de l'Assuré ou du Bénéficiaire contre la Mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Assuré ou le Bénéficiaire, ou a été indemnisé par celui-ci.
La prescription est portée à dix ans lorsque, pour la garantie décès toutes causes, le bénéficiaire n'est pas l'Assuré.

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

9 Justificatifs à produire pour le règlement des prestations

Garantie incapacité de travail.
Afin de faire valoir ses droits, l'Assuré doit remplir et adresser à la Mutuelle un formulaire de demande de prestations dûment complété, daté et signé par l'Employeur, accompagné des pièces justificatives suivantes :

- les 3 derniers bulletins de paie,
- l'attestation de prise en charge à demi-traitement ou les décomptes de la Sécurité Sociale,
- une attestation de l'Employeur indiquant les périodes d'arrêt de travail au cours des 365 jours précédant l'arrêt au titre duquel la prestation est demandée,
- le certificat médical sous pli confidentiel à l'attention du service médical de la Mutuelle,
- la copie de l'avis du Comité Médical Départemental,

- la copie de l'arrêté de l'Employeur relatif au congé de maladie, ou de la Commission de réforme,
- l'attestation de l'Employeur précisant la date d'embauche de l'adhérent pour les agents contractuels,
- un Relevé d'Identité Bancaire, Postal ou de Caisse d'Epargne (RIB, RIP, RICE) de l'Assuré,
- dans le cas d'une mise en disponibilité d'office, la copie de l'avis de la Sécurité sociale pour l'ouverture des droits à prestations.

Les prestations sont versées mensuellement à terme échu.

Garantie invalidité permanente.
Afin de faire valoir ses droits, l'Assuré doit remplir et adresser à la Mutuelle un formulaire de demande de prestations dûment complété, daté et signé par l'Employeur, accompagné des pièces justificatives suivantes :
Pour les agents affiliés à la CNRACL :

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

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

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

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

Garantie décès toutes causes.
Pour bénéficier du versement du capital en cas de décès de l'Assuré, la Mutuelle doit recevoir les pièces justificatives suivantes :

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

Pour bénéficier du versement du capital en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'Assuré, la Mutuelle doit recevoir les pièces justificatives suivantes :

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

10 Protection de la clientèle

10.1 Traitement de vos données personnelles

La Mutuelle collecte et traite vos données personnelles dans le cadre de ses activités afin de vous verser les prestations prévues au contrat collectif. Afin de mettre en œuvre ces

traitements, la Mutuelle a choisi de déployer une organisation spécifique à la protection de vos données personnelles.

Données collectées.

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

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

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

Utilisation.

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

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

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

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

Partage des données.

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

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

La Mutuelle s'engage par ailleurs à choisir comme partenaires des organismes qui respectent les exigences des lois et règlements sur la protection des données personnelles. Enfin, la Mutuelle s'interdit de vendre ou louer vos données personnelles collectées.

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

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

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

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

Pour en savoir plus sur ces droits vous pouvez consulter le site de la CNIL : https://www.cnil.fr/fr/les-droits-pour-maitriser-vos-donnees-personnelles.
Dans certaines situations et pour certains droits, la Mutuelle pourra s'opposer par des raisons légitimes à votre demande. Ces raisons vous seront alors expliquées.

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

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

10.2 Contacts en cas de réclamation et de médiation

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

Protection des données.

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

- En envoyant un mail à : dpo@territoria-mutuelle.fr
- Ou par courrier à l'adresse suivante : à l'attention du DPO, TERRITORIA mutuelle, 54 Rue de Gabiel, CS 76016 79185 CHAURAY.

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

Réclamation sur nos engagements d'assurance.

Pour toute réclamation sur les engagements d'assurance de la Mutuelle, vous pouvez contacter notre **Service qualité** :

- En envoyant un mail à : service-qualité@territoria-mutuelle.fr,
- Ou par courrier à l'adresse suivante : à l'attention du Service qualité, TERRITORIA mutuelle, 54 Rue de Gabiel, CS 76016 79185 CHAURAY.

Médiation sur nos engagements d'assurance.

Si l'Assuré ou ses Bénéficiaires ont épuisé les voies de recours internes à la Mutuelle, et ont tenté de résoudre au préalable un différend directement avec la Mutuelle par une réclamation sans résultat, ils peuvent saisir le Médiateur de la Mutualité Française :

- Par courrier à l'adresse suivante : Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française – FNMF, 255 rue de Vaugirard, 75719 PARIS cedex 15,
- Ou en renseignant le formulaire en ligne suivant : https://www.mediateur-mutualite.fr/saisir-le-mediateur/