



CENTRE INTERDEPARTEMENTAL DE GESTION DE LA GRANDE COURONNE

Notice d'information

Garanties Maintien de salaire, Invalidité, Régime
indemnitaire, Décès/PTIA et Perte de retraite
Contrat collectif d'assurance à adhésion facultative

Effet au **1er janvier 2024**

PREAMBULE	4
TITRE I - DISPOSITIONS GENERALES.....	5
Article 1. Garanties proposées	5
Article 2. Assurés	5
Article 3. Conditions d'adhésion	5
Article 4. Délai de stage – Conditions d'adhésion.....	7
Article 5. Prise d'effet et durée des garanties	7
Article 6. Information des membres participants	9
Article 7. Prescription.....	9
Article 8. Protection des données à caractère personnel - passation gestion et exécution des contrats d'assurance	10
Article 9. Réclamation.....	11
Article 10. Clause d'attribution de compétence	11
TITRE II - RISQUES EXCLUS.....	11
Article 11. Exclusions	11
TITRE III - GARANTIES.....	12
CHAPITRE 1 - DISPOSITIONS COMMUNES.....	12
Article 12. Subrogation de la mutuelle	12
Article 13. Modalités d'application dans le temps des garanties du contrat.....	12
Article 14. Obligation de la Mutuelle concernant les garanties décès	12
CHAPITRE 2 - BASE DE CALCUL DES PRESTATIONS.....	13
Article 15. Définition du traitement, des primes et indemnités	13
CHAPITRE 3 - GARANTIE INDEMNITÉS JOURNALIÈRES.....	14
Article 16. Définition de la garantie	14
Article 17. Montant de la prestation.....	14
Article 18. Point de départ du versement des indemnités journalières – Périodes de franchise	14
Article 19. Durée du service des indemnités journalières.....	15
Article 20. Terme du versement des indemnités journalières	15
Article 21. Maintien des prestations.....	15
CHAPITRE 4 - GARANTIE INVALIDITE	16
Article 22. Définition de la garantie	16
Article 23. Détermination du montant de la rente et service de la rente	16
Article 24. Point de départ du versement de la rente	16
Article 25. Terme du versement de la rente.....	16
Article 26. Maintien des prestations.....	16
CHAPITRE 5 - GARANTIE REGIME INDEMNITAIRE INDEMNITES JOURNALIERES SUR LE DEMI-TRAITEMENT (SI SOUSCRITE PAR LE MEMBRE PARTICIPANT).....	17
Article 27. Définition de la garantie	17
Article 28. Conditions et modalités d'adhésion	17
Article 29. Montant de la prestation.....	17
Article 30. Terme du versement des indemnités journalières	17
Article 31. Maintien des prestations.....	17
CHAPITRE 6 - GARANTIE REGIME INDEMNITAIRE INDEMNITES JOURNALIERES SUR LE PLEIN- TRAITEMENT (SI SOUSCRITE PAR LE MEMBRE PARTICIPANT).....	17
Article 32. Définition de la garantie	17
Article 33. Conditions et modalités d'adhésion	17
Article 34. Montant de la prestation.....	17
Article 35. Terme du versement des indemnités journalières	17
Article 36. Maintien des prestations.....	17
CHAPITRE 7 - GARANTIE REGIME INDEMNITAIRE INVALIDITE (SI SOUSCRITE PAR LE MEMBRE PARTICIPANT).....	18
Article 37. Définition de la garantie	18
Article 38. Conditions et modalités d'adhésion	18
Article 39. Point de départ du versement de la rente	18
Article 40. Détermination du montant de la rente et service de la rente	18
Article 41. Terme du versement de la rente.....	18
Article 42. Maintien des prestations.....	18
CHAPITRE 8 - GARANTIE DECES – PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (SI SOUSCRITE PAR LE MEMBRE PARTICIPANT).....	19
Article 43. Objet de la garantie	19
Article 44. Conditions et modalités d'adhésion	19
Article 45. Exemption	19
Article 46. Clause de renonciation	19
Article 47. Bénéficiaires des prestations en cas de Décès	19
Article 48. Bénéficiaires des prestations en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.....	20
Article 49. Maintien des garanties Décès	20
CHAPITRE 9 - GARANTIE PERTE DE RETRAITE (SI SOUSCRITE PAR LE MEMBRE PARTICIPANT).....	20
Article 50. Objet de la garantie	20
Article 51. Conditions d'adhésion	20
Article 52. Point de départ du versement du capital.....	20



Article 53.	Montant du capital	20
CHAPITRE 10 - FONDS D'ACTION SOCIALE		
CHAPITRE 11 - GARANTIES ASSISTANCE.....		
Article 54.	Garantie	21
Article 55.	Prise d'effet de la garantie	21
Article 56.	Cessation de la garantie	21
TITRE IV - CONDITIONS D'ATTRIBUTION ET SERVICES DES PRESTATIONS.....		
Article 57.	Garanties Indemnités Journalières - Régime indemnitaire indemnités journalières	22
Article 58.	Garanties Invalidité - Régime indemnitaire invalidité - Perte de retraite.....	22
Article 59.	Garanties Décès - Perte Totale et Irréversible d'Autonomie	23
Article 60.	Contrôles effectués à la demande de la Mutuelle Nationale Territoriale	23
Article 61.	Procédure d'arbitrage.....	23
Article 62.	Radiation, résiliation, terme de l'adhésion.....	23
Article 63.	Cas de fraude.....	24
Article 64.	Réticence ou fausse déclaration intentionnelle.....	24
TITRE V – COTISATIONS.....		
Article 65.	Montant de la cotisation	25
Article 66.	Exonération de la cotisation :	25
Article 67.	Modalité de paiement de la cotisation.....	25
Article 68.	Défaut de paiement de la cotisation	25



PREAMBULE

Le contrat collectif de prévoyance est conclu entre :

- la collectivité, dont la dénomination sociale est mentionnée à la Convention d'adhésion à la Convention de Participation à la Protection Sociale Complémentaire 2024-2029 souscrite par le CIG Grande Couronne ;
- 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.

Il est constitué des conditions générales et de la Convention d'adhésion à la Convention de Participation à la Protection Sociale Complémentaire 2024-2029 souscrite par le CIG Grande Couronne.

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 de Budapest CS 92459 75436 PARIS CEDEX 09.

Le contrat est souscrit par la collectivité auprès de la Mutuelle Nationale Territoriale, en liaison avec la convention de participation conclue par le Centre Interdépartemental de Gestion de la Grande Couronne avec la Mutuelle Nationale Territoriale pour le compte de la collectivité, et à laquelle elle a adhéré via la Convention d'Adhésion à la Convention de Participation de Protection Sociale Complémentaire 2024-2029.

La collectivité contribue au financement des garanties du 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 d'adhésion mise en place par la collectivité.

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 à la collectivité de procéder à l'information de l'ensemble de ses agents de la signature de ladite convention de participation, des caractéristiques du contrat collectif souscrit auprès de la Mutuelle Nationale Territoriale au titre duquel ladite convention de participation est conclue, ainsi que des modalités d'adhésion au 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 contrat collectif de prévoyance. De même, la dénonciation de l'adhésion de la collectivité à la Convention d'adhésion à la Convention de Participation à la Protection Sociale Complémentaire 2024-2029 entraîne, automatiquement, à la même date, résiliation du contrat collectif de prévoyance.

La collectivité est tenue d'en informer ses agents.

Le 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 Mutuelle Nationale Territoriale. Par ailleurs, le membre participant pourra souscrire à des garanties individuelles dont les conditions sont mentionnées dans la présente notice.

Le contrat est régi par les dispositions du Code de la Mutualité et par les statuts de la Mutuelle Nationale Territoriale. Les conditions générales et la Convention d'adhésion à la Convention de Participation à la Protection Sociale Complémentaire 2024-2029, définissent les droits et obligations de chacune des deux parties et des agents y adhérant.

Les membres participants sont, du fait de leur adhésion au contrat, soumis aux dispositions des statuts de la Mutuelle Nationale Territoriale ; la présente notice d'information qui leur est remise par la collectivité définit notamment les garanties du contrat ainsi que leurs modalités d'entrée en vigueur.

Ainsi, l'ordre d'application préférentielle des documents contractuels est institué comme suit :

1. Les conditions particulières (document CPR),
2. Les conventions spéciales (document CSP),
3. Le dossier contractuel de gestion.
4. Les conditions générales de la MNT et la Convention d'adhésion à la Convention de Participation à la Protection Sociale Complémentaire 2024-2029 souscrite par le CIG Grande Couronne.

TITRE I - DISPOSITIONS GENERALES

Article 1. Garanties proposées

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

- des **garanties collectives** : Indemnités Journalières couvrant l'incapacité de travail et Invalidité
- des **garanties supplémentaires à adhésion individuelle** : Régime indemnitaire Indemnités Journalières demi-traitement, Régime indemnitaire Indemnités Journalières plein-traitement, Régime indemnitaire Invalidité, Décès/Perte Totale et Irréversible d'autonomie et Perte de retraite.

Article 2. Assurés

Peuvent être garantis au titre du contrat, les agents en activité de service et relevant d'une des catégories suivantes : fonctionnaires et agents contractuels de droit public et de droit privé, y compris les agents mis à disposition par la collectivité auprès d'un autre employeur public et les agents détachés auprès de la collectivité.

Article 3. Conditions d'adhésion

Les agents adhérant au contrat au jour de la prise d'effet de celui-ci sont admis sans condition, sous réserve de compléter le bulletin d'adhésion remis par la MNT.

Les agents qui ne sont pas en arrêt de travail à la date d'effet du contrat et qui ne sont pas inscrits à celui-ci peuvent y adhérer sous réserve que leur inscription intervienne pendant les six premiers mois qui suivent la date de prise d'effet du contrat. Ces adhésions doivent être formalisées à l'aide d'un bulletin d'adhésion. Passé ce délai, un délai de stage de six mois sera appliqué à compter de la date d'effet de l'adhésion.

Les agents embauchés postérieurement à la date de prise d'effet du contrat peuvent y adhérer sans condition sous réserve que leur inscription intervienne dans les six premiers mois qui suivent la date d'embauche. Ces adhésions doivent être formalisées à l'aide d'un bulletin d'adhésion. Passé ce délai, un délai de stage de six mois sera appliqué à compter de la date d'effet de l'adhésion.

Les agents en situation d'activité pendant un congé de longue maladie pris de manière fractionnée ou de congé de longue durée pris de manière fractionnée ou de congé de grave maladie pris de manière fractionnée à la date d'effet du contrat et qui ne sont pas inscrits à celui-ci peuvent y adhérer sous réserve que leur inscription intervienne pendant les six premiers mois qui suivent la date de prise d'effet du contrat. Ces adhésions doivent être formalisées à l'aide d'un bulletin d'adhésion. Passé ce délai, un délai de stage de six mois sera appliqué à compter de la date d'effet de l'adhésion. Toutefois, le contrat ne couvrira que les conséquences d'une nouvelle pathologie (maladie ou accident de vie privé). Les conséquences de la maladie en cours à la souscription du contrat ne seront pas prises en charge au titre du contrat. A cette fin, lors de l'adhésion, l'agent devra communiquer au médecin conseil de la MNT un certificat médical de son médecin traitant faisant mention des pathologies à l'origine de l'arrêt de travail.

Les agents en arrêt de travail (autre que CLM fractionné, CLD fractionné et CGM fractionné) pour maladie ou accident à la date d'effet du contrat ne peuvent pas adhérer au contrat. Ils ne peuvent y adhérer qu'à l'issue d'une reprise effective de leur activité au moins égale à 30 jours continus et sous réserve que leur inscription intervienne pendant les six premiers mois suivant leur reprise d'activité. Toutefois, ce délai de 30 jours est supprimé si les agents justifient de l'adhésion préalable auprès d'un organisme d'assurance pour des garanties équivalentes, et sous réserve que la résiliation de leur ancien contrat et de leur adhésion au contrat soient simultanées. Ces adhésions doivent être formalisées à l'aide d'un bulletin d'adhésion. Passé ce délai, l'adhésion est effective à l'issue d'une reprise effective de leur activité au moins égale à 30 jours continus et avec application d'un délai de stage de six mois.

Les agents à temps partiel pour raison thérapeutique à la date de prise d'effet du contrat peuvent adhérer au contrat sous réserve que leur inscription intervienne dans les six premiers mois qui suivent la date de prise d'effet du contrat. Passé ce délai, un délai de stage de six mois est appliqué à la garantie à compter de la date d'effet de l'adhésion. Ces adhésions doivent être formalisées à l'aide d'un bulletin d'adhésion. Toutefois, le contrat ne couvrira que les conséquences d'une nouvelle pathologie (maladie ou accident de vie privé). Les conséquences de la maladie en cours à la souscription du contrat ne seront pas prises en charge au titre du contrat. A cette fin, lors de l'adhésion, l'agent devra communiquer au médecin conseil de la MNT un certificat médical de son médecin traitant faisant mention des pathologies à l'origine de l'arrêt de travail.

Les agents en congé parental ou en disponibilité pour d'autres raisons que celles liées à la santé à la date d'effet du contrat peuvent y adhérer à leur retour dans la collectivité sous réserve que leur inscription intervienne dans les six mois qui suivent leur date de retour. Ce délai prend effet le 1^{er} jour du mois qui suit la reprise d'activité. Ces adhésions doivent être formalisées à l'aide d'un bulletin d'adhésion. Passé ce délai, un délai de stage de six mois sera appliqué à compter de la date d'effet de l'adhésion.

Pour les agents bénéficiant d'un contrat de prévoyance à la date de mise en place du contrat, l'adhésion peut intervenir au-delà du délai de six mois en fonction de la date d'échéance du contrat individuel sous réserve que leur inscription au contrat intervienne dans un délai de deux mois maximum suivant la date d'échéance de leur précédent contrat, qu'ils ne soient pas en arrêt de travail à leur date d'adhésion et que la résiliation de leur ancien contrat soit effectuée au cours de l'année qui suit la mise en place du contrat. Ces adhésions doivent être formalisées à l'aide d'un bulletin d'adhésion. Passé ce délai, un délai de stage de six mois sera appliqué à compter de la date d'effet de l'adhésion.

La garantie Décès/Perte Totale et Irréversible d'Autonomie n'est pas soumise au délai de stage.

Si membre participant demande son adhésion après les 6 mois à compter de la date d'effet du contrat ou de sa date d'embauche ou, ayant déjà adhéré au contrat, demande à être garanti à l'une des garanties facultatives, un délai de stage de six mois sera appliqué aux nouvelles garanties souscrites à compter de la date d'effet de l'adhésion.

Les garanties supplémentaires à adhésion individuelle ne peuvent être souscrites que par les agents ayant adhéré aux garanties collectives (Indemnités journalières et Invalidité).



Dispositions applicables en cas d'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 mentionnés 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. La Mutuelle est tenue 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 à la Mutuelle 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 applicables en cas d'adhésion à distance :

En cas d'adhésion réalisée à distance c'est-à-dire hors la présence d'un conseiller de la Mutuelle Nationale Territoriale, 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 droit de renonciation de quatorze jours calendaires révolus à compter de la date de prise d'effet de l'adhésion. 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 accusé de réception adressé à MNT Contrats - TSA 70020 - 33044 Bordeaux 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 trente 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 correspondant à la durée de couverture 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. La Mutuelle Nationale Territoriale 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 la Mutuelle Nationale Territoriale reçoit notification par le membre participant de sa volonté de se rétracter.

Les informations figurant au 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 Nationale Territoriale, 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'au contrat initial, 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, ou à la Mutuelle Nationale Territoriale, 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 conclu.

Les dispositions du Code de la consommation relatives notamment à une faculté de renonciation en cas de vente hors établissement ne sont pas applicables aux relations entre une mutuelle régie par le Code de la mutualité et ses adhérents.

Article 4. Délai de stage – Conditions d’adhésion

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

Toute incapacité de travail ouvrant droit à un congé de maladie 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, invalidité et Perte de retraite du contrat.

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

Exemple n°1 : un agent dont l’adhésion au contrat prend effet au 1^{er} juillet de l’année N 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) suivi d’une invalidité ne peut pas bénéficier des prestations des garanties indemnités journalières, invalidité et Perte de retraite.

Exemple n°2 : un agent dont l’adhésion au contrat prend effet au 1^{er} janvier de l’année N et qui bénéficie d’un congé de longue maladie à compter du 1^{er} avril de cette même année avec un passage à demi-traitement au 1^{er} avril de l’année suivante N+1 ne peut pas bénéficier des prestations indemnités journalières, ni des prestations au titre des garanties invalidité et Perte de retraite s’il est reconnu par la suite en invalidité dans le prolongement de ce congé de longue maladie.

Exemple n°3 : un agent dont l’adhésion au contrat prend effet au 1^{er} janvier de l’année N et qui bénéficie d’un congé de longue maladie à compter du 1^{er} mai de cette même année N, suivi d’une reprise d’activité au cours de l’année N+1, puis rechute au titre de ce congé de longue maladie ne peut pas bénéficier des prestations au titre de la garantie indemnités journalières, ni des prestations au titre des garanties invalidité et Perte de retraite s’il est reconnu par la suite en invalidité dans le prolongement de ce congé de longue maladie.

Toutefois, ce délai n’est pas appliqué en cas d’incapacité ou 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.

Article 5. Prise d’effet et durée des garanties

5.1 - Prise d’effet des garanties :

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

- à la date d’effet du contrat souscrit par la collectivité,
- au 1^{er} 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.

Les garanties prennent effet à l’égard de chaque membre participant qui est en arrêt de travail, autre que CLM fractionné, CLD fractionné et CGM fractionné pour maladie ou accident à la date d’effet du contrat :

- dès le 31^{ème} jour continu de reprise effective d’activité si le membre participant 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 le membre participant 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.

L’adhésion aux garanties supplémentaires à adhésion individuelle prend effet au 1^{er} jour du mois qui suit l’acceptation de la demande d’adhésion par la Mutuelle Nationale Territoriale.

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^{er} janvier, par tacite reconduction, sauf dénonciation par l’une ou l’autre des parties – le membre participant ou la Mutuelle Nationale Territoriale. Pour être recevable, la dénonciation doit être notifiée par lettre recommandée avant le 31 octobre précédant la date de renouvellement.

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

5.2 - Cessation des garanties :

Les garanties cessent au 31 décembre suivant leur prise d’effet. Elles se renouvellent ensuite par tacite reconduction, à chaque 1^{er} janvier, sauf résiliation par le membre participant notifiée par lettre ou tout autre support durable, par déclaration faite au Siège social ou dans une agence de la Mutuelle, par acte extrajudiciaire ou par un mode de communication à distance au moins deux mois avant cette date.

Les garanties cessent de produire effet :

- à la date à laquelle le membre participant ne remplit plus les conditions visées à l’article 3 de la présente notice, ou cesse d’appartenir à l’effectif de la collectivité. Toutefois, les membres participants cessant d’appartenir à l’effectif de la collectivité 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,

- au 67ème anniversaire du membre participant pour les garanties Indemnités Journalières, Indemnités Journalières,
- au 62ème anniversaire du membre participant pour les garanties Invalidité, Régime indemnitaire Indemnités Journalières et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie,
- au décès du membre participant,
- à la date d'effet de la résiliation des garanties,
- à la date d'effet de la résiliation de son adhésion par le membre participant.

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 à la collectivité, et ce quel que soit le motif de cette résiliation.

Pathologies et situations antérieures à l'adhésion de l'agent :

Par application de l'article 3 de la loi n°89-1009 modifiée, la MNT prend en charge les suites des états pathologiques survenus antérieurement à la souscription du contrat collectif ou à l'adhésion à celui-ci du salarié, sous réserve des sanctions prévues en cas de fausse déclaration.

L'Assureur doit les garanties du contrat à l'Assuré selon les situations antérieures de celui-ci à la date d'effet de son adhésion :

- **Situation 1 : situations antérieures sans arrêt de travail.** Les suites d'états pathologiques d'un accident survenu ou d'une maladie contractée antérieurement à la date d'effet de l'adhésion de l'Assuré sans arrêt de travail antérieurement à cette date sont prises en charge par l'Assureur,
- **Situation 2 : situations antérieures avec arrêt de travail.** L'Assuré dont l'arrêt de travail fait l'objet d'une **rechute** (Assuré en arrêt de travail avec reprise du travail antérieure à la date d'adhésion au contrat, puis de nouveau en arrêt de travail survenu pendant la période de validité du contrat consécutif à cette même pathologie ou accident antérieur) avec ou sans **transformation ou requalification** (exemple : passage d'un arrêt de travail de type congé pour raison de santé en disponibilité d'office ou retraite pour invalidité), est garanti par l'Assureur selon les cas suivants :
 - Cas 1. *L'Assuré était couvert antérieurement à la date d'effet de son adhésion par une garantie équivalente de son ancien contrat individuel.* Dans ce cas, l'Assureur doit la garantie en cas de refus contractuellement justifié de l'ancien assureur,
 - Cas 2. *L'Assuré était couvert antérieurement à la date d'effet de son adhésion par une garantie équivalente de l'ancien contrat collectif.* En application des dispositions des articles 3 et 7 de la Loi EVIN aux contrats collectifs à adhésion facultative souscrits par des collectivités au profit de leurs agents, l'organisme assureur résilié est tenu de prendre en charge un sinistre survenu après la résiliation du contrat, lorsqu'il est démontré que ce sinistre résulte du même fait générateur qu'un sinistre survenu pendant l'exécution du contrat et que ce sinistre ait été indemnisé avant la résiliation. Par conséquent, les agents précédemment couverts par un contrat collectif et ayant été indemnisés au titre de ce contrat seront à nouveau indemnisés en cas de rechute après la résiliation du contrat collectif par l'assureur résilié. Le nouveau contrat ne couvrira que les conséquences d'une nouvelle pathologie (maladie ou accident de vie privé). Les conséquences de la maladie en cours à la souscription du contrat des agents en situation d'activité pendant un congé de longue maladie pris de manière fractionnée ou de congé de longue durée pris de manière fractionnée ou de congé de grave maladie pris de manière fractionnée à la date d'effet du nouveau contrat et des agents à temps partiel pour raison thérapeutique à la date de prise d'effet du nouveau contrat ne seront pas prises en charge au titre du contrat. En revanche, le nouvel assureur (MNT) prendra en charge la rechute si l'organisme assureur résilié n'a pas eu connaissance de l'arrêt de travail et n'a pas indemnisé l'agent avant la résiliation du contrat ou si l'agent a été indemnisé avant la résiliation mais qu'il a bénéficié postérieurement d'un maintien à plein traitement à effet rétroactif qui a entraîné un remboursement des prestations indûment versées à l'organisme assureur résilié.
 - Cas 3. *L'Assuré n'était pas couvert antérieurement à la date d'effet de son adhésion par une garantie équivalente.*

L'Assuré couvert antérieurement communique à l'Assureur tous les documents contractuels relatifs à son ancienne adhésion, comme le bulletin d'adhésion et les conditions générales, le règlement mutualiste ou la notice d'information, ainsi que leurs avenants successifs et tout autre document nécessaire à sa prise en charge.

L'Assureur apporte son assistance juridique et technique auprès de l'Assuré afin de faire valoir les droits de ce dernier auprès de l'ancien Assureur si nécessaire.

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

Les garanties d'assurance du contrat sont maintenues pour l'Assuré et ses ayants-droits éventuels dans deux cas :

- Cas 1 : application des dispositions de l'article L5111-7 du code général des collectivités locales. Si les Assurés changent d'employeur en application d'une réorganisation, le nouvel employeur est substitué de plein droit à l'ancien pour la convention de participation et le contrat collectif d'assurance conclus par ce dernier avec l'Assureur. 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 l'Assureur. Ceux-ci peuvent convenir d'une échéance de la convention du contrat, antérieures à celles stipulées, dans le but d'harmoniser le régime des participations applicables aux agents. L'Assureur est informé 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 l'Assureur.
- Cas 2 : en cas de départ de l'Assuré de l'effectif de l'Employeur avec embauche simultanée auprès d'un autre employeur. En cas de départ de l'Assuré de l'effectif de la collectivité, pour une cause autre qu'un départ en retraite pour lequel les garanties restent acquises, l'Assureur ne peut refuser de maintenir les garanties à l'Assuré qui en fait la demande, et sous réserve du paiement des cotisations et des sanctions prévues en cas de fausse déclaration. Le maintien des garanties par l'Assureur s'effectue sans réduction de celles-ci, ni révision des taux de cotisation. La demande de maintien des garanties doit être formulée par lettre recommandée avec accusé de réception, dans un délai maximum de deux mois à compter de la date de départ de l'Assuré.

Maintien des garanties en cas de suspension de l'activité ou du contrat de travail :**Cas 1 : maintien obligatoire des garanties. Cas des suspensions rémunérées ou indemnisées.**

Le bénéfice des garanties du contrat est maintenu au profit des Assurés, et de leurs ayants-droits, dont l'activité ou le contrat de travail est suspendu pour la période au titre de laquelle ils bénéficient :

- d'un maintien, total ou partiel, de salaire,
- d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par la collectivité, versées directement par ce dernier ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers,
- d'un revenu de remplacement versé par la collectivité. Ce cas concerne notamment les Assurés placés en activité partielle ou en activité partielle de longue durée, dont l'activité est totalement suspendue ou dont les horaires sont réduits, ainsi qu'en période de congé rémunéré par la collectivité (reclassement, mobilité...).

Dans ce cas, la collectivité et l'Assuré continuent de s'acquitter du versement de la part de cotisation qui leur incombe pendant toute la durée de la suspension de l'activité ou du contrat de travail rémunérée ou indemnisée. Cette cotisation est calculée sur la base de la rémunération ou de l'indemnisation soumise aux cotisations de Sécurité sociale.

Cas 2 : maintien facultative des garanties. Cas des suspensions non rémunérées ou non indemnisées.

Les Assurés dont l'activité ou le contrat de travail est suspendu et qui ne bénéficient d'aucun maintien de salaire, ni de perception d'indemnités journalières (par exemple les Assurés en congé sans solde, congé parental d'éducation à temps plein, congé sabbatique...) peuvent, à leur demande, continuer à bénéficier des garanties d'assurance, sous réserve de s'acquitter, pendant toute la durée de la suspension de l'activité ou du contrat de travail non rémunérée ou non indemnisée, de l'intégralité de la cotisation due (part collectivité et part Assuré) calculée sur la base du salaire des 12 derniers mois civils précédant cette suspension.

Maintien des prestations en cas de non-renouvellement ou résiliation du contrat :

Par application des articles 7 et 7-1 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, la résiliation ou le non-renouvellement du contrat ou des adhésions individuelles des Assurés sont sans effet sur :

- Le versement des prestations immédiates ou différées, acquises ou nées durant l'exécution du contrat, relatives aux garanties incapacité temporaire de travail, invalidité permanente, perte de retraite et décès. 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,
- Les prestations à naître au titre du maintien de la garantie décès avant le terme de la période d'incapacité de travail ou d'invalidité permanente définie dans le contrat.

Ces engagements doivent être couverts à tout moment par l'Assureur par des provisions représentées par des actifs équivalents.

Article 6. Information des membres participants

La présente notice d'information établie par la Mutuelle Nationale Territoriale dans les conditions prévues par le Code de la Mutualité définit les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de demande de prestations. Elle précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garantie, ainsi que les délais de prescription.

Cette notice d'information, ainsi que les statuts de la Mutuelle, doivent être remis à chaque membre participant inscrit au contrat par la collectivité.

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des membres participants, la collectivité est tenue d'en informer chaque membre participant en lui remettant une notice établie à cet effet par la Mutuelle Nationale Territoriale trois mois au minimum avant la date d'entrée en vigueur de ces modifications. 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 à la collectivité.

Article 7. Prescription

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

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance.
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là
- Quand l'action du membre participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la Mutuelle Nationale Territoriale, a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où le tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

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

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

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

Conformément à l'article L.221-12 du Code de la mutualité, La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de celle-ci, par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque, ainsi que par l'envoi 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.

Article 8. Protection des données à caractère personnel - passation gestion et exécution des contrats d'assurance

Dans le cadre de ses activités, la MNT réalise différents traitements de données à caractère personnel concernant le membre participant et ses ayants-droits 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.

Aux fins des intérêts légitimes de la MNT à garantir à ses adhérents des services de qualité, la MNT partage avec les organismes de rattachement des adhérents concernés des informations à caractère personnel facilitant leur identification, le calcul des cotisations mais surtout le versement des prestations. Les données sont collectées par la MNT ou l'entité de rattachement de l'adhérent, et partagées de manière sécurisée au travers d'Espaces Web tel que les Espaces Collectivités ou Adhérents. Les entités de rattachement de l'adhérent ou la MNT, selon les traitements considérés, agissent en qualité de responsables des traitements qu'elles réalisent dans le cadre de la gestion globale des services liés au contrat porté par la MNT. Les données échangées sur ces espaces web y sont conservées pendant deux (2) ans à compter de la cessation de la relation contractuelle avec la MNT ou avec l'organisme de rattachement. Les adhérents peuvent exercer leurs droits auprès du délégué à la protection des données (DPO) de la MNT pour l'ensemble des traitements qui relèvent directement des services opérés par la Mutuelle.

Dans certains cas, la Mutuelle Nationale Territoriale, 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 Mutuelle Nationale Territoriale 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 Mutuelle Nationale Territoriale informera alors le membre participant et, si nécessaire, lui demandera 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 Mutuelle Nationale Territoriale.

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 Mutuelle Nationale Territoriale : 4, rue d'Athènes – 75009 Paris ou dpo@mnt.fr.

Le membre participant peut également introduire une réclamation relative à la protection des données personnelles auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL), sise 3, place de Fontenoy – TSA 80715 – 75 334 Paris Cedex 07. Le formulaire est 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 9. Réclamation

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

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

Dans tous les cas, quel que soit l'interlocuteur ou le service auprès duquel l'adhérent a formulé sa réclamation et qu'il y ait été ou non répondu, l'adhérent peut saisir le Médiateur de la Mutualité Française

- soit par courrier à l'adresse suivante : Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française - FNMF - 255 rue de Vaugirard - 75719 PARIS CEDEX 15.
- soit en ligne à l'adresse suivante : www.mediateur-mutualite.fr.

deux mois après l'envoi d'une première réclamation écrite.

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 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 la somme mentionnée à l'article R. 125-1 du Code des procédures civiles d'exécution.

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 10. Clause d'attribution de compétence

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

TITRE II - RISQUES EXCLUS

Article 11. Exclusions

11.1 - Exclusions communes à toutes les garanties y compris le Décès :

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

- de guerres civiles ou étrangères et d'émeutes, sauf si les conditions sont fixées par la législation à intervenir sur les assurances sur la vie en temps de guerre,
- dus aux effets directs ou indirects d'explosion, de chaleur ou de radiation provenant d'une transmission du noyau de l'atome, comme la fission, la fusion, la radioactivité ou du fait de radiation provoqués par l'accélération des particules atomiques,
- de la manipulation volontaire d'engins de guerre ou d'explosifs dont la détention est interdite.

11.2 - Exclusions spécifiques aux garanties Décès :

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

- du suicide ou de la tentative de suicide dans la première année d'assurance,
- 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).

CHAPITRE 1 - DISPOSITIONS COMMUNES

Article 12. Subrogation de la mutuelle

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

Article 13. Modalités d'application dans le temps des garanties du contrat

L'indemnisation de la mutuelle s'effectue selon les dispositions en vigueur du contrat à la date de l'arrêt de travail du membre participant.

Article 14. Obligation de la Mutuelle concernant les garanties décès

14.1 - Information sur le terme du contrat

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

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

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

14.2 - 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 de quinze jours, mentionné au premier alinéa, le capital non versé produit de plein droit intérêt au double du taux légal durant un mois puis, à l'expiration de ce délai d'un mois, au triple du taux légal. Au-delà du délai d'un mois prévu au deuxième alinéa, 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. La période au cours de laquelle le capital a, le cas échéant, produit intérêt en application de l'alinéa précédent s'impute sur le calcul de ce délai de deux mois. 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.

14.3 - Revalorisation des capitaux décès et 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.

Le capital en euros garanti en cas de décès produit de plein droit intérêt dès la date du décès de l'assuré, et ce jusqu'à la réception des pièces mentionnées à l'Article 14.2 - de la présente notice ou, le cas échéant, jusqu'au dépôt de ce capital à la Caisse des dépôts et consignations en application de l'Article 14.4 - de la présente notice.

A 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.

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

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

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

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

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

CHAPITRE 2 - BASE DE CALCUL DES PRESTATIONS

Article 15. Définition du traitement, des primes et indemnités

15.1 - Pour le calcul de la garantie Indemnités Journalières :

- Le traitement de référence correspond au traitement indiciaire mensuel brut, y compris le Complément au traitement indiciaire (CTI) 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...).

L'indemnité compensatrice de la CSG est assimilée au traitement indiciaire ou au salaire.

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

Les heures supplémentaires 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 (CIA) et la Prime de Fin d'Année (PFA).

15.2 - Pour le calcul de la garantie Invalidité :

- Le traitement de référence correspond au traitement indiciaire mensuel brut, y compris le Complément au traitement indiciaire (CTI) 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...).

L'indemnité compensatrice de la CSG est assimilée au traitement indiciaire ou au salaire.

- Les primes ou indemnités nettes correspondent aux primes ou indemnités brutes mensuelles ayant donné lieu à cotisation au titre de la présente garantie diminuées des cotisations et prélèvements sociaux obligatoires (CSG, CRDS...) si le membre participant opte pour ce complément.

Les heures supplémentaires 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 (CIA) et la Prime de Fin d'Année (PFA).

15.3 - Pour le calcul des garanties Régime indemnitaire indemnités journalières et Régime indemnitaire Invalidité :

Les prestations sont exprimées en pourcentage des primes ou indemnités nettes correspondant aux primes ou indemnités brutes mensuelles ayant donné lieu à cotisation au titre de la présente garantie diminuées des cotisations et prélèvements sociaux obligatoires (CSG, CRDS...).

Les heures supplémentaires 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 (CIA) et la Prime de Fin d'Année (PFA).

15.4 - Pour le calcul de la garantie Décès/PTIA :

Les prestations sont exprimées en pourcentage :

- o du traitement de référence correspondant au traitement indiciaire brut fixe, y compris le Complément au traitement indiciaire (CTI), plus, la Nouvelle Bonification Indiciaire (NBI) brute ayant donné lieu au paiement de la cotisation au titre de la présente garantie.

L'indemnité compensatrice de la CSG est assimilée au traitement indiciaire ou au salaire.

- o des primes et indemnités mensuelles brutes ayant donné lieu au paiement de la cotisation et perçu par le membre participant.

Ne sont pas prises en compte les primes et indemnités à caractère annuel comme le Complément Indemnitaire Annuel (CIA) et la Prime de Fin d'Année (PFA).

15.5 - Pour le calcul de la garantie Perte de retraite :

La prestation est exprimée en nombre de PMSS (Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale).

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.

CHAPITRE 3 - GARANTIE INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

Envoyé en préfecture le 14/10/2024

Reçu en préfecture le 14/10/2024

Publié le

Berger
Levrault

ID : 095-249500489-20241007-2024_049-DE

Article 16. Définition de la garantie

La garantie incapacité temporaire de travail a pour objet le versement d'indemnités journalières aux membres participant âgés de moins de 67 ans 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

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, ou une indemnité de coordination, versés par leur Employeur et/ou des indemnités journalières de la Sécurité sociale.

La garantie est délivrée par la MNT 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.

Article 17. Montant de la prestation

Le montant de la prestation telle que définie au présent article est brut de tous prélèvements obligatoires (notamment la CSG et la CRDS) dus par l'adhérent conformément à la réglementation applicable. La prestation est versée déduction faite de l'ensemble de ces prélèvements.

17.1 - Pour les fonctionnaires et contractuels :

Les indemnités journalières sont calculées et versées à hauteur de 90 % 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, la Mutuelle Nationale Territoriale limite son intervention à hauteur de 40 % du montant de ces primes et indemnités nettes, et ce, à l'issue des périodes de franchise, définies à l'Article 18 de la présente notice.

17.2 - Pour les agents en temps partiel thérapeutique :

- Pour les agents CNRACL

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, la Mutuelle Nationale Territoriale limite son intervention à hauteur de 40 % du montant de ces primes et indemnités nettes, et ce, à compter du 1^{er} jour de temps partiel thérapeutique.

- Pour les agents relevant du régime général de la Sécurité Sociale :

Les indemnités journalières sont calculées et versées à hauteur de 90 % 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 (traitement perçu au titre du temps partiel thérapeutique et 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, la Mutuelle Nationale Territoriale limite son intervention à hauteur de 40 % du montant de ces primes et indemnités nettes.

17.3 - Pour les agents ayant un horaire variable (contractuels) :

Les indemnités journalières sont calculées sur la base de 90 % 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 45 % du traitement moyen de référence.

17.4 - Règle de cumul :

Les niveaux de prestations versées par la Mutuelle Nationale Territoriale, complétés des prestations versées par la collectivité, par l'Assurance maladie ou par tout autre organisme, ne peut excéder les taux de prestations de la garantie accordée au titre du contrat. En cas de dépassement de ce taux de prestations, les prestations à verser par la Mutuelle Nationale Territoriale sont réduites à due concurrence de ce montant.

Article 18. Point de départ du versement des indemnités journalières – Périodes de franchise

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

18.1 - Pour les fonctionnaires CNRACL :

- en cas de maladie ordinaire, à partir du 91^e jour d'arrêt de travail continu ou discontinu,
- en cas de congé de longue maladie, à partir du début de la 2^e année,
- en cas de congé de longue durée, à partir du début de la 4^e année,
- en cas de maintien du demi-traitement dans l'attente d'une décision de reprise de service, de reclassement, de mise en disponibilité ou d'admission à la retraite selon les dispositions des articles 17 et 37 du décret n°87-602 du 30 juillet 1987,

- en cas de mise en disponibilité d'office (DO) pour raison de santé prévue à l'article 19 du décret n° 60-58 du 11 janvier 1960), y compris la période d'instruction de la demande.

18.2 - Pour les fonctionnaires IRCANTEC :

- en cas de maladie ordinaire, à partir du 91^e jour d'arrêt de travail continu ou discontinu,
- en cas de congé de grave maladie, à partir du début de la 2^e année.
- en cas de maintien du demi-traitement dans l'attente d'une décision de reprise de service, de reclassement, de mise en disponibilité ou d'admission à la retraite selon les dispositions des articles 17 et 37 du décret n°87-602 du 30 juillet 1987,
- en cas de mise en disponibilité d'office (DO) pour raison de santé prévue à l'article 19 du décret n°86-68 du 13 janvier 1986, avec versement des indemnités journalières de coordination (article 4 du décret n° 60-58 du 11 janvier 1960) ou versement de l'AIT (article 6 du décret n° 60-58 du 11 janvier 1960), y compris la période d'instruction de la demande.

18.3 - Pour les contractuels de droit public IRCANTEC :

- en cas de Maladie Ordinaire :
à partir du 31^{ème} jour d'arrêt de travail continu ou discontinu,
- en cas de congé de Grave Maladie :
à partir du 31^{ème} jour d'arrêt de travail continu ou discontinu.

18.4 - Pour les contractuels de droit privé :

- à partir du 31^{ème} jour d'arrêt de travail continu ou discontinu.

Article 19. Durée du service des indemnités journalières

Pour tous les membres participants, la durée du service de la prestation versée par la Mutuelle Nationale Territoriale ne peut pas excéder plus de 1 095 jours continus.

Les prestations versées au titre des primes et indemnités ne sont pas incluses dans la limite des 1 095 indemnités journalières versées.

Article 20. 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 19 de la présente notice,
- soit au plus tard au jour du 67^{ème} anniversaire du membre participant,
- soit de la date du début de la liquidation de la pension de retraite par le régime de base du membre participation
- soit du décès du membre participant.

Article 21. Maintien des prestations

En cas de résiliation du contrat, le service des prestations est maintenu au niveau atteint à la date d'effet de la résiliation, jusqu'au terme prévu à l'Article 20 de la présente notice.

CHAPITRE 4 - GARANTIE INVALIDITE

Article 22. Définition de la garantie

La garantie invalidité permanente a pour objet le versement par la MNT d'une rente mensuelle aux membres participants âgés de moins de 62 ans qui :

- Pour les **Assurés affiliés à la CNRACL** ou au régime spécial pour les agents détachés de l'Etat, sont mis à la retraite pour invalidité,
- Pour les **autres Assurés** justifient :
 - o D'un classement en 2^{ème} catégorie (invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque) ou en 3^{ème} catégorie (invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession, sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie) selon l'article L341-4 du code de la Sécurité sociale en cas de maladie ou d'accident de la vie privée,
 - o Ou d'un taux d'incapacité au moins égal à 66% en cas de maladie professionnelle ou d'accident du travail.

La garantie est acquise sans avis du médecin conseil de la MNT, ce dernier respectant les dispositions de la notification de la CNRACL ou de la Sécurité sociale selon les situations des Assurés.

Article 23. Détermination du montant de la rente et service de la rente

Le montant de la prestation telle que définie au présent article est brut de tous prélèvements obligatoires (notamment la CSG et la CRDS) dus par l'adhérent conformément à la réglementation applicable. La prestation est versée déduction faite de l'ensemble de ces prélèvements.

23.1 - Montant de la rente :

La rente est calculée sur la base de 90 % 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).

23.2 - 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 90 % du traitement de référence 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.

23.3 - Revalorisation :

L'Assemblée générale de la Mutuelle Nationale Territoriale définit le taux de revalorisation de la rente au 1er juillet de chaque année en fonction des résultats annuels des garanties Invalidité assurées par la Mutuelle Nationale Territoriale. La revalorisation s'effectue dans la limite de l'évolution de l'indice 100 majoré de la Fonction Publique constatée au cours des 12 derniers mois.

23.4 - Service de la rente :

La rente est servie mensuellement et à terme échu.

Article 24. 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^e ou 3^e 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 25. Terme du versement de la rente

Le versement de la rente cesse dès :

- la reprise de toute activité professionnelle, même partielle, du membre participant,
- le 62^{ème} anniversaire du membre participant,
- le décès du membre participant.

Article 26. Maintien des prestations

En cas de résiliation du contrat, le service des prestations est maintenu au niveau atteint à la date d'effet de la résiliation, jusqu'au terme prévu à l'Article 25 de la présente notice.

CHAPITRE 5 - GARANTIE REGIME INDEMNITAIRE INDEMNITES JOURNALIERES SUR LE DEMI-TRAITEMENT (si**souscrite par le membre participant)****Article 27. Définition de la garantie**

La garantie Régime Indemnitaires a pour objet d'octroyer des indemnités journalières, visant à compenser la perte des primes et indemnités mensuelles, aux membres participants âgés de moins de 67 ans et qui se trouvent dans l'incapacité complète d'exercer une activité professionnelle par suite de maladie ou d'accident médicalement constaté.

La garantie est délivrée par la MNT 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.

Article 28. Conditions et modalités d'adhésion

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

Article 29. Montant de la prestation

Les indemnités journalières sont calculées et versées à hauteur de 90% à la base de calcul des prestations sous déduction de toutes sommes versées au titre du régime indemnitaires (maintien éventuel des primes et indemnités de la collectivité et du régime indemnitaires pris en charge au titre de la garantie collective) et ce, pour les congés de longue maladie, maladie longue durée et grave maladie et pour les agents à temps partiel pour raison thérapeutique. Cette prestation est servie à compter de la fin de la période à plein traitement prévue par le statut de la Fonction Publique Territoriale.

Article 30. Terme du versement des indemnités journalières

Le service des indemnités journalières prend fin à dater :

- soit du jour de la reprise d'activité,
- soit à la fin de la période à plein traitement,
- 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 du 67ème anniversaire du membre participant,
- soit de la date de liquidation de la pension de retraite par le régime de base du membre participant,
- soit du décès du membre participant.

Article 31. Maintien des prestations

En cas de résiliation du contrat, le service des prestations est maintenu au niveau atteint à la date d'effet de la résiliation, jusqu'au terme prévu à l'Article 30 de la présente notice

CHAPITRE 6 - GARANTIE REGIME INDEMNITAIRE INDEMNITES JOURNALIERES SUR LE PLEIN-TRAITEMENT (si**souscrite par le membre participant)****Article 32. Définition de la garantie**

La garantie Régime Indemnitaires a pour objet d'octroyer des indemnités journalières, visant à compenser la perte des primes et indemnités mensuelles, aux membres participants âgés de moins de 67 ans et qui se trouvent dans l'incapacité complète d'exercer une activité professionnelle par suite de maladie ou d'accident médicalement constaté.

La garantie est délivrée par la MNT 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.

Article 33. Conditions et modalités d'adhésion

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

Article 34. Montant de la prestation

Les indemnités journalières sont calculées et versées à hauteur de 90% à la base de calcul des prestations et ce, uniquement pour les congés de longue maladie, maladie longue durée et grave maladie à compter du 1^{er} jour d'arrêt jusqu'à la fin de la période à plein traitement.

Article 35. Terme du versement des indemnités journalières

Le service des indemnités journalières prend fin à dater :

- soit du jour de la reprise d'activité,
- soit à la fin de la période à plein traitement,
- 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 du 67ème anniversaire du membre participant,
- soit de la date de liquidation de la pension de retraite par le régime de base du membre participant,
- soit du décès du membre participant.

Article 36. Maintien des prestations

En cas de résiliation du contrat, le service des prestations est maintenu au niveau atteint à la date d'effet de la résiliation, jusqu'au terme prévu à l'Article 35 de la présente notice.

CHAPITRE 7 - GARANTIE REGIME INDEMNITAIRE INVALIDITE (si souscrit par les membres participants)**Article 37. Définition de la garantie**

La garantie invalidité a pour objet de servir une rente aux membres participants âgés de moins de 62 ans 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 **Assurés affiliés à la CNRACL** ou au régime spécial pour les agents détachés de l'Etat, sont mis à la retraite pour invalidité,
- Pour les **autres Assurés** justifient :
 - o D'un classement en 2^{ème} catégorie (invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque) ou en 3^{ème} catégorie (invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession, sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie) selon l'article L341-4 du code de la Sécurité sociale en cas de maladie ou d'accident de la vie privée,
 - o Ou d'un taux d'incapacité au moins égal à 66% en cas de maladie professionnelle ou d'accident du travail.

Article 38. Conditions et modalités d'adhésion

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

Article 39. 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^e ou 3^e 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 40. Détermination du montant de la rente et service de la rente**40.1 - Montant de la rente :**

Le montant de la rente mensuelle est calculé sur la base de 90 % du montant des primes et indemnités nettes 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).

40.2 - Règle de cumul :

En aucun cas, les prestations versées en application des présentes conditions ne peuvent excéder le montant de la perte de la prime ou de l'indemnité. Cette perte est appréciée par rapport au montant net de la prime ou de l'indemnité que le membre participant aurait perçu s'il avait continué d'exercer son activité normale au moment de l'ouverture des droits à prestations.

40.3 - Revalorisation :

Les prestations périodiques en cours de service sont revalorisées par référence à la variation de l'indice 100 majoré de la Fonction Publique constatée 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 la revalorisation est servi à la même date que celle de l'évolution de l'indice 100 majoré.

40.4 - Service de la rente :

La rente est servie mensuellement et à terme échu.

Article 41. Terme du versement de la rente

Le versement de la rente cesse dès :

- la reprise de toute activité professionnelle, même partielle, du membre participant,
- le 62^{ème} anniversaire du membre participant,
- le décès du membre participant.

Article 42. Maintien des prestations

En cas de résiliation du contrat, le service des prestations est maintenu au niveau atteint à la date d'effet de la résiliation, jusqu'au terme prévu à l'Article 41 de la présente notice.

CHAPITRE 8 - GARANTIE DECES – PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (si s...)**Article 43. Objet de la garantie**

La garantie a pour objet de :

- Garantir en cas de décès des membres participants âgés de moins de 67 ans, le versement d'un capital égal à 100 % du traitement de référence annuel plus, 100 % du montant des primes et indemnités à périodicité mensuelle perçues sur les 12 derniers mois, au profit d'un ou plusieurs bénéficiaires tels que définis à l'Article 47 ci-après.
- Garantir en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie des membres participants âgés de moins de 62 ans, le versement par anticipation du capital prévu en cas de décès au profit du bénéficiaire tel que défini à l'Article 48 ci-après.

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

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

La garantie est acquise sans avis du médecin conseil de la MNT ou de tout autre tiers au contrat.

Article 44. Conditions et modalités d'adhésion

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

Article 45. 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 46. Clause de renonciation

Tout membre participant ayant adhéré, a la faculté de renoncer à son adhésion par notification effectuée à la Mutuelle Nationale Territoriale par lettre ou tout autre support durable adressé à la Mutuelle Nationale Territoriale, par déclaration faite au Siège social ou dans une agence de la Mutuelle, par acte extrajudiciaire ou par un mode de communication à distance pendant un délai de trente jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé que son adhésion a pris effet. Ce délai expire le dernier jour à vingt-quatre heures. S'il expire un samedi ou un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est par prorogé. Ce droit est à exercer par notification effectuée à la Mutuelle Nationale Territoriale par lettre ou tout autre support durable adressé à la Mutuelle Nationale Territoriale, par déclaration faite au Siège social ou dans une agence de la Mutuelle, par acte extrajudiciaire ou par un mode de communication à distance en indiquant « je soussigné (nom et prénom du membre participant), demeurant (adresse complète), déclare renoncer à mon adhésion au contrat collectif (mentionner ici la dénomination du contrat collectif) et entends recevoir dans un délai maximum de 30 jours la restitution intégrale des sommes versées. (date et signature) ».

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 calendaires révolus à compter de la réception de la notification mentionnée ci-dessus. Au-delà de ce délai, les sommes non restituées produisent de plein droit intérêt au taux légal majoré de moitié durant deux mois, puis à l'expiration de ce délai de deux mois, au double du taux légal.

Article 47. Bénéficiaires des prestations en cas de Décès**➤ Pour la garantie 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 - aux enfants du membre participant nés ou à naître ;
- 2 - à défaut au conjoint survivant non séparé de corps par un jugement définitif passé en force de chose jugée ;
- 3 - à défaut à la personne liée au membre participant par un pacte civil de solidarité ;
- 4 - à défaut aux ascendants ;
- 5 - à défaut aux héritiers.

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 la désignation, sauf exceptions légales. La révocation de la désignation acceptée nécessite que le bénéficiaire acceptant y consente expressément. Un bénéficiaire de la désignation effectuée par le membre participant doit être effectuée sous la forme d'un avenant signé de la mutuelle, 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 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.

Article 48. Bénéficiaires des prestations en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

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 49. Maintien des garanties Décès

Les membres participants percevant des prestations incapacité de travail ou invalidité ou perte de retraite bénéficient du maintien des garanties décès si elles sont souscrites, y compris en cas de résiliation de la convention et ce jusqu'à la cessation des garanties Décès tel que mentionné à l'Article 5.2 -.

CHAPITRE 9 - GARANTIE PERTE DE RETRAITE (si souscrite par le membre participant)

Article 50. Objet de la garantie

La garantie Perte de retraite a pour objet de servir un capital au membre participant de la Mutuelle Nationale Territoriale en cas de perte de retraite consécutive à une invalidité survenue avant 62 ans. 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 **Assurés affiliés à la CNRACL** ou au régime spécial pour les agents détachés de l'Etat, sont mis à la retraite pour invalidité,
- Pour les **autres Assurés** justifient :
 - o D'un classement en 2ème catégorie (invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque) ou en 3ème catégorie (invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession, sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie) selon l'article L341-4 du code de la Sécurité sociale en cas de maladie ou d'accident de la vie privée,
 - o Ou d'un taux d'incapacité au moins égal à 66% en cas de maladie professionnelle ou d'accident du travail.

Article 51. Conditions d'adhésion

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

Article 52. Point de départ du versement du capital

Le capital est versé au 62ème anniversaire de l'agent.

Article 53. Montant du capital

Le montant du capital est égal à 4 fois le montant du PMSS (Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale).

En cas de décès du membre participant avant son 62e anniversaire, le capital n'est pas versé.

CHAPITRE 10 - 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 à la suite de catastrophes naturelles.

CHAPITRE 11 - GARANTIES ASSISTANCE

Article 54. 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 M.N.T. 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 seule responsable des garanties délivrées au titre de ce contrat.

Article 55. 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 56. 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.

TITRE IV - CONDITIONS D'ATTRIBUTION ET SERVICES DES PRESTATIONS

Article 57. Garanties Indemnités Journalières - Régime indemnitaire indemnités journalières

57.1 - Obligations du membre participant :

Pour faire valoir ses droits le membre participant doit remplir et adresser à la Mutuelle Nationale Territoriale 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 à la suite de la modification du congé de maladie.

57.2 - Pièces à fournir :

- les 3 derniers bulletins de salaire,
- l'attestation de la prise en charge à demi-traitement au titre du statut de la Fonction Publique Territoriale ou les décomptes de la Sécurité sociale,
- une attestation de l'employeur indiquant les périodes d'arrêt de travail au cours des 365 jours précédant l'arrêt au titre duquel la prestation est demandée,
- le questionnaire médical de demande de prestations selon le modèle fourni par la Mutuelle Nationale Territoriale,
- le cas échéant, la copie de l'avis du Conseil Médical formation plénière, ou de l'arrêté municipal relatif au congé de maladie, ou de la Conseil Médical formation restreinte,
- pour les contractuels, une attestation de l'employeur précisant la date d'embauche du membre participant,
- un Relevé d'Identité Bancaire, Postal ou de Caisse d'Epargne (RIB, RIP, RICE) du (des) bénéficiaire(s),
- le montant total de la cotisation (Agent + employeur) (en €),
- le montant de la participation de l'employeur (en €) ou le taux de participation (en %) (rapport entre le montant de la participation et le montant total de la cotisation).

57.3 - 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 la Mutuelle Nationale Territoriale. Les prestations sont versées mensuellement à terme échu.

L'indemnisation des primes et indemnités prises en considération dans l'assiette des cotisations, s'effectue en une seule fois lors de la reprise d'activité s'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.

A compter de la réception de l'ensemble des pièces du dossier et sauf en cas de force majeure, les prestations sont versées dans un délai maximum de 20 jours.

Article 58. Garanties Invalidité - Régime indemnitaire invalidité - Perte de retraite

58.1 - Garantie Invalidité :

Pour faire valoir ses droits le membre participant adresse une demande de Rente Invalidité dûment complétée, datée et signée par son employeur, accompagnée des documents suivants :

Pour les agents affiliés à la CNRACL :

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

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

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

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

A compter de la réception de l'ensemble des pièces du dossier et sauf en cas de force majeure, les prestations sont versées dans un délai maximum de 20 jours.

58.2 - Garantie Perte de Retraite :

- 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.

A compter de la réception de l'ensemble des pièces du dossier et sauf en cas de force majeure, les prestations sont versées dans un délai maximum de 20 jours.

Article 59. Garanties Décès - Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

59.1 - Garantie Décès :

En cas de décès toutes causes, les capitaux sont versés aux bénéficiaires sur production :

- d'une demande de capital décès, signée par le(s) bénéficiaire(s),
- d'un extrait d'acte de décès,
- d'une attestation médicale précisant la cause naturelle ou non du décès,
- des justificatifs de l'identité, de la qualité et de l'adresse des bénéficiaires,
- de toutes autres pièces ou justificatifs mentionnés sur le formulaire de demande de capital.

59.2 - Garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie :

En cas de Perte totale et irréversible d'autonomie, les capitaux sont versés au membre participant sur production :

- d'une demande de capital invalidité signée par le membre participant ou son représentant légal,
- d'un certificat médical délivré par le médecin traitant attestant que le membre participant est dans l'incapacité définitive de se livrer à la moindre activité pouvant lui procurer gain ou profit,
- d'une attestation de recours obligatoire à une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie (titre de pension d'invalidité ayant donné lieu à l'attribution d'une majoration pour tierce personne...).

Article 60. Contrôles effectués à la demande de la Mutuelle Nationale Territoriale

60.1 - Garantie Maintien de Salaire :

La Mutuelle Nationale Territoriale, par le service de leur 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 Nationale Territoriale par un médecin désigné par leurs soins. **Ils peuvent être réalisés uniquement en cours de prestation, et non à la demande de prestation et non à la demande de prestation. Ils ne peuvent être réalisés pour les congés maladies attribués après avis du comité médical, commission de réforme ou avis de la Sécurité sociale.**

Le règlement des prestations est suspendu à compter de la notification de la décision de la Mutuelle Nationale Territoriale à l'assuré prise à l'issue de la conclusion du rapport d'expertise diligenté par la Mutuelle Nationale Territoriale en défaveur de l'assuré, sauf si ce dernier 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.

60.2 - Garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie :

En cas de demande d'un capital pour Perte totale et irréversible d'autonomie, la Mutuelle Nationale Territoriale se réserve le droit de demander 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 61. Procédure d'arbitrage

En cas de conclusion du rapport d'expertise diligenté par la Mutuelle Nationale Territoriale en défaveur de l'Assuré, la Mutuelle Nationale Territoriale notifie à l'Assuré sa décision de suspendre le versement des prestations à compter de la date de fin figurant sur l'arrêt de travail et au plus tard dans les 30 jours à compter de la notification à l'Assuré.

L'Assuré peut contester les conclusions de ce rapport dans les 30 jours à compter de la réception de ce document, en envoyant à la Mutuelle Nationale Territoriale une lettre recommandée avec accusé de réception accompagnée d'un certificat médical de son médecin. Dans ce cas, le versement des prestations est maintenu par la Mutuelle Nationale Territoriale.

A réception de ce courrier, la Mutuelle Nationale Territoriale demande, à ses frais, à l'Assuré de procéder à une contre-expertise auprès d'un médecin agréé par la préfecture de la collectivité ou d'un autre Département. Le médecin agréé est choisi par l'Assuré. La décision prise par ce médecin agréé s'impose à la Mutuelle Nationale Territoriale et à l'Assuré.

Article 62. Radiation, résiliation, terme de l'adhésion

Les membres participants cessant d'appartenir à l'effectif de la collectivité ou en cas de résiliation du contrat collectif ou dont l'adhésion au contrat a pris fin pour quelque cause que ce soit, ne peuvent prétendre à aucune prestation au titre des arrêts de travail prescrits postérieurement à la date d'effet de l'un des événements mentionnés ci-dessus. Les prestations versées au titre des arrêts de travail prescrits antérieurement à l'un des événements mentionnés ci-dessus continuent d'être servies sous réserve des contrôles prévus à l'article Article 58 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 63. 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 64. Réticence ou fausse déclaration intentionnelle

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



TITRE V – COTISATIONS

Article 65. Montant de la cotisation

La cotisation est fixée aux conditions particulières ; Elle est due par tous les membres participants de la collectivité en activité.

Les taux de cotisation sont maintenus jusqu'au 31 décembre 2026, hors indexation automatique de 2,50% au 1er janvier 2025 et 2026.

A compter du 1er janvier 2027, les taux de cotisation peuvent 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, la collectivité en informe l'ensemble des agents ayant adhéré au contrat collectif. Dans ce cas, la collectivité en informe l'ensemble des agents ayant adhéré au contrat collectif. En tout état de cause, la majoration éventuelle du taux de cotisation est plafonnée à 10% par an.

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.

65.1 - Garanties Indemnités journalières - Invalidité - Perte de retraite - Régime indemnitaire Indemnités journalières - Régime indemnitaire Invalidité :

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

- **Pour les fonctionnaires et contractuels** : sur 100% du traitement indiciaire brut, y compris le Complément au traitement indiciaire (CTI) 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.

Ne sont pas prises en compte les primes et indemnités à caractère annuel comme le Complément Indemnitaire Annuel (CIA) et la Prime de Fin d'Année (PFA).

- **Pour les agents horaires** : sur 100% du traitement brut perçu.

L'indemnité compensatrice de la CSG est assimilée au traitement indiciaire ou au salaire.

65.2 - Garantie Décès/PTIA :

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

- **Pour les fonctionnaires et contractuels** : sur 100% du traitement indiciaire brut, y compris le Complément au traitement indiciaire (CTI) 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.

Ne sont pas prises en compte les primes et indemnités à caractère annuel comme le Complément Indemnitaire Annuel (CIA) et la Prime de Fin d'Année (PFA).

- **Pour les agents horaires** : sur 100% du traitement brut perçu.

L'indemnité compensatrice de la CSG est assimilée au traitement indiciaire ou au salaire.

Article 66. 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.

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

Article 67. Modalité de paiement de la cotisation

Les cotisations sont précomptées par la collectivité sur le traitement des agents adhérant au contrat.

La cotisation annuelle est reversée par la collectivité 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 68. Défaut de paiement de la cotisation

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

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

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.