

CONTRAT DE PRÉVOYANCE

MAINTIEN DE SALAIRE ET DECES

INDEMNITÉS JOURNALIÈRES -
INVALIDITÉ – MINORATION DE RETRAITE

DECES/PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE
D'AUTONOMIE- REGIME INDEMNITAIRE

CONDITIONS GÉNÉRALES
(Référence : CG-CDG 54 F3-2019)

TITRE I - CHAMP D'APPLICATION DU CONTRAT	3
Article 1. <i>Préambule.....</i>	3
Article 2. <i>Objet du contrat.....</i>	3
Article 3. <i>Assurés.....</i>	3
PARTIE I. GARANTIES COLLECTIVES	4
Article 4. <i>Conditions d'adhésion</i>	4
Article 5. <i>Information des membres participants.....</i>	4
Article 6. <i>Conditions de prise d'effet et durée du contrat.....</i>	4
Article 7. <i>Prise d'effet et durée des garanties</i>	5
Article 8. <i>Prescription.....</i>	5
TITRE II - RISQUES EXCLUS	6
Article 9. <i>Exclusions.....</i>	6
TITRE III - GARANTIES	6
CHAPITRE 1 - DISPOSITION COMMUNE	6
Article 10. <i>Subrogation de la mutuelle.....</i>	6
CHAPITRE 2 - BASE DE CALCUL DES PRESTATIONS.....	6
Article 11. <i>Définition du traitement,</i>	6
CHAPITRE 3 - GARANTIE INDEMNITÉS JOURNALIÈRES	6
Article 12. <i>Définition de la garantie</i>	6
Article 13. <i>Montant de la prestation.....</i>	6
Article 14. <i>Point de départ du versement des indemnités journalières – Périodes de franchise</i>	7
Article 15. <i>Terme du versement des indemnités journalières</i>	8
Article 16. <i>Maintien des prestations</i>	8
CHAPITRE 4 - GARANTIE INVALIDITÉ	8
Article 17. <i>Définition de la garantie</i>	8
Article 18. <i>Détermination du montant de la rente et service de la rente.....</i>	9
Article 19. <i>Point de départ du versement de la rente</i>	9
Article 20. <i>Terme du versement de la rente</i>	9
Article 21. <i>Maintien des prestations</i>	10
CHAPITRE 5 - GARANTIE MINORATION DE RETRAITE	10
Article 22. <i>Définition de la garantie</i>	10
Article 23. <i>Montant du capital.....</i>	10
Article 24. <i>Point de départ du versement du capital.....</i>	10
CHAPITRE 6 – GARANTIE « + TERRITORIAL »	10
Article 25. <i>Prise d'effet et cessation des garanties</i>	10
Article 26. <i>Garantie Accidents du travail ou de service – Maladies Professionnelles.....</i>	10
Article 27. <i>GARANTIES SOUSCRITES AUPRÈS D'AUTRES ORGANISMES ASSUREURS.....</i>	11
CHAPITRE 7 – ACTION SOCIALE DE LA MUTUELLE NATIONALE TERRITORIALE	11
TITRE IV – CONDITIONS D'ATTRIBUTION DES PRESTATIONS.....	11
Article 28. <i>Garantie Indemnités Journalières</i>	11
Article 29. <i>Garantie Invalidité – Minoration de retraite.....</i>	11
Article 30. <i>Garantie « + TERRITORIAL »</i>	12
Article 31. <i>Contrôles effectués à la demande de la Mutuelle Nationale Territoriale</i>	12
Article 32. <i>Procédure d'arbitrage.....</i>	12
Article 33. <i>Radiation, résiliation, terme de l'adhésion</i>	13
Article 34. <i>Cas de fraude.....</i>	13
Article 35. <i>Réticence ou fausse déclaration intentionnelle</i>	13
TITRE V - COTISATIONS	13
Article 36. <i>Montant de la cotisation</i>	13
Article 37. <i>Modalité de paiement de la cotisation</i>	14
Article 38. <i>Défaut de paiement de la cotisation.....</i>	14
Article 39. <i>Défaut de paiement de la participation financière du souscripteur.....</i>	14
TITRE VI - GESTION DES ASSURÉS.....	14
Article 40. <i>Etats à fournir.....</i>	14
Article 41. <i>Données personnelles.....</i>	15
Article 42. <i>Clause d'attribution de compétence</i>	15
PARTIE II. GARANTIES OPTIONNELLES A ADHESION INDIVIDUELLE EN COMPLEMENT DES GARANTIES COLLECTIVES	16
ANNEXE I : MODELE DE LETTRE DE RENONCIATION	25

TITRE I - CHAMP D'APPLICATION DU CONTRAT

Article 1. Préambule

Le présent contrat collectif de prévoyance est conclu entre :

- le souscripteur, dont la dénomination sociale est mentionnée aux conditions particulières ;
- la Mutuelle Nationale Territoriale (MNT), organisme assureur du contrat, Mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité, dont le siège social est situé 4 rue d'Athènes, 75009 PARIS, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° SIREN 775 678 584 et sous l'identifiant LEI 9695000Q8HEMSMEPF29 attribué par l'INSEE.

Il est constitué des conditions générales et des conditions particulières.

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 présent contrat est souscrit par le souscripteur auprès de la Mutuelle Nationale Territoriale, en liaison avec la convention de participation conclue par le Centre de Gestion avec la Mutuelle Nationale Territoriale pour le compte du souscripteur, et à laquelle le souscripteur a adhéré.

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

Conformément aux dispositions

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

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

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

Le souscripteur est tenu d'en informer ses agents.

Le présent contrat est à adhésion facultative pour les agents relevant des catégories mentionnées ci-dessous ; ils acquièrent, au titre de cette adhésion, la qualité de membre participant de la Mutuelle Nationale Territoriale. Par ailleurs, le membre participant pourra souscrire à des garanties individuelles dont les conditions sont mentionnées à la Partie II. GARANTIES OPTIONNELLES A ADHESION INDIVIDUELLE du présent contrat.

Le présent contrat est régi par les dispositions du Code de la Mutualité et par les statuts de la Mutuelle Nationale Territoriale. Les conditions générales et particulières du présent contrat 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 présent contrat, soumis aux dispositions des statuts de la Mutuelle Nationale Territoriale ; la notice d'information qui leur est remise par le souscripteur définit notamment les garanties du contrat ainsi que leurs modalités d'entrée en vigueur.

Article 2. Objet du contrat

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

- des **garanties collectives** : Indemnités Journalières couvrant l'incapacité de travail, l'Invalidité et Minoration de retraite
- des **garanties optionnelles à adhésion individuelle** : Décès/Perte Totale et Irréversible d'autonomie et Régime Indemnitaire couvrant l'incapacité de travail en cas de Maladie ordinaire

Article 3. Assurés

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

- Les fonctionnaires titulaires ou stagiaires et agents contractuels de droit public et de droit privé, inscrits à l'effectif de la collectivité,

- Les fonctionnaires et agents accueillis en détachement par la collectivité,
- Les agents mis à disposition auprès d'une autre collectivité.

PARTIE I. GARANTIES COLLECTIVES

Article 4. Conditions d'adhésion

Les agents adhérant au contrat au jour de la prise d'effet de celui-ci sont admis sans condition, sous réserve que le souscripteur du contrat communique à la Mutuelle Nationale Territoriale l'état nominatif de ces membres participants, dans les conditions prévues à l'Article 40 du présent contrat.

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 douze 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, l'adhésion au titre du contrat est acceptée sans questionnaire médical et au taux du contrat, à l'issue d'une période de 180 jours sans arrêt de travail.

Les agents embauchés postérieurement à la date de prise d'effet du contrat peuvent y adhérer sous réserve que leur inscription intervienne dans les douze premiers mois qui suivent la date d'embauche. Ces adhésions doivent être formalisées à l'aide d'un bulletin d'adhésion. Passé ce délai, l'adhésion au titre du contrat est acceptée sans questionnaire médical et au taux du contrat, à l'issue d'une période de 180 jours sans arrêt de travail.

Les agents en arrêt de travail pour maladie ou accident à la date d'effet du contrat peuvent adhérer au contrat sous réserve que leur inscription intervienne dans les douze premiers mois suivant la date d'effet du contrat. Passé ce délai, l'adhésion au titre du contrat est acceptée sans questionnaire médical et au taux du contrat, à l'issue d'une période de 180 jours sans arrêt de travail.

Toutefois, le présent 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 présent contrat.

A cette fin, lors de l'adhésion, l'agent devra communiquer au médecin conseil de la Mutuelle Nationale Territoriale un certificat médical de son médecin traitant faisant mention des pathologies à l'origine de l'arrêt de travail. Ces adhésions doivent être formalisées à l'aide d'un bulletin d'adhésion.

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 douze mois qui suivent leur date de retour. Ces adhésions doivent être formalisées à l'aide d'un bulletin d'adhésion. Passé ce délai, l'adhésion au titre du contrat est acceptée sans questionnaire médical et au taux du contrat, à l'issue d'une période de 180 jours sans arrêt de travail.

Article 5. Information des membres participants

5.1 - Notice d'information :

Une 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 le souscripteur.

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

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

5.2 - Résiliation du contrat collectif :

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

Article 6. Conditions de prise d'effet et durée du contrat

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

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

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

Article 7. Prise d'effet et durée des garanties

7.1 - Prise d'effet des garanties :

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

Si l'inscription intervient pendant les douze premiers mois qui suivent la date de prise d'effet du contrat

- 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.

Si l'inscription intervient après les douze premiers mois qui suivent la date de prise d'effet du contrat

- au 181^{ème} jour sans arrêt de travail.

7.2 - 7.2 Formalités d'adhésion :

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 ;

7.3 Cessation des garanties :

Les garanties cessent au 31 décembre suivant leur prise d'effet. Elles se renouvellent ensuite par tacite reconduction, à chaque 1^{er} janvier, sauf résiliation par le membre participant au moyen d'une lettre recommandée 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 des conditions générales du présent contrat, ou cesse d'appartenir à l'effectif du souscripteur
- en cas de non-paiement de la cotisation,
- au 67^{ème} anniversaire du membre participant pour la garantie Indemnités Journalières,
- au 62^{ème} anniversaire du membre participant pour la garantie Invalidité,
- 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 suspension du contrat de travail les garanties sont suspendues de plein droit. La garantie reprend le jour qui suit la fin de la suspension du contrat de travail à condition que le membre participant acquitte de nouveau ses cotisations.

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

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

Article 8. Prescription

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

Toutefois, ce délai ne court :

- **en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance.**
- **en cas de réalisation du risque, 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.

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

cotisation ou par le membre participant à la Mutuelle Nationale Territoriale en ce qui concerne le règlement de la prestation.

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

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

TITRE II - RISQUES EXCLUS

Article 9. Exclusions

9.1 - Exclusions communes à toutes les garanties :

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

- A. de faits de guerres étrangères lorsque la France est partie belligérante,
- B. de guerre civile ou étrangère, d'attentat, d'acte de terrorisme, d'émeute, d'insurrection, quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels qu'en soient les protagonistes, dès lors que le membre participant y prend une part active,
- C. du fait intentionnellement causé ou provoqué par le membre participant.

TITRE III - GARANTIES

CHAPITRE 1 - DISPOSITION COMMUNE

Article 10. 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.

CHAPITRE 2 - BASE DE CALCUL DES PRESTATIONS

Article 11. Définition du traitement,

Le traitement de référence correspond au traitement indiciaire mensuel brut plus la Nouvelle Bonification Indiciaire (NBI) brute ayant donné lieu à cotisation au titre des présentes garanties diminué des cotisations et prélèvements sociaux obligatoires (Sécurité sociale, retraite CNRACL, IRCANTEC, CSG, CRDS...) ;

Les heures supplémentaires sont exclues de la base des garanties.

CHAPITRE 3 - GARANTIE INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

Article 12. Définition de la garantie

La garantie indemnités journalières a pour objet de faire bénéficier d'indemnités journalières les membres participants âgés de moins de 67 ans et qui :

- se trouvent momentanément dans l'incapacité complète d'exercer une activité professionnelle par suite de maladie ou d'accident médicalement constatée, et perçoivent à ce titre des prestations soit de leur employeur en application du régime statutaire de la Fonction Publique Territoriale, soit du régime général d'assurance maladie de la Sécurité sociale ;
- ou sont amenés à exercer leur activité à temps partiel pour raisons médicales, et après accord du Médecin Conseil de la Mutuelle Nationale Territoriale.

Article 13. Montant de la prestation

13.1 - Pour les agents titulaires ou non titulaires :

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).

13.2 - Pour les agents travaillant à temps partiel pour raisons médicales, qui perçoivent des prestations au titre de la présente garantie et qui sont en arrêt total de travail à nouveau, les indemnités journalières sont calculées

et versées à hauteur de 90 % du traitement de référence que le membre participant aurait perçus sur la base de son temps d'activité avant la reconnaissance du temps partiel, déduction faite des sommes perçues (demi-traitement, indemnités journalières de la Sécurité sociale). En tout état de cause la Mutuelle Nationale Territoriale limite son intervention à 45% du traitement de référence pris en compte dans la base de cotisation avant la reconnaissance du temps partiel.

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

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 40% du traitement moyen de référence.

13.4 - Règle de cumul :

Le montant mensuel des indemnités journalières versées au titre de la présente garantie augmenté des prestations versées par l'employeur, par la Sécurité Sociale ou de toute autre somme ou indemnité quelle qu'en soit la nature juridique versée par quelque organisme que ce soit, ne peut excéder 90% du traitement de référence que le membre participant aurait perçu s'il avait continué d'exercer son activité.

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

Article 14. 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. Et notamment dans les cas suivants :

14.1 - Pour les agents titulaires affiliés à la 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 congé de longue durée, lorsque la maladie a été contractée en service, à partir du début de la 6^e année
- en cas de mise en disponibilité d'office pour raison de santé suite à épuisement des droits statutaires, à partir du 1^{er} jour et jusqu'à la fin de la 4^{ème} année de mise en disponibilité d'office

Afin de couvrir les dispositions du décret n°87-602 du 30 juillet 1987, articles 17 et 37, les prestations sont maintenues jusqu'à la date de décision de reprise de service ou de réintégration, de reclassement, de mise en disponibilité ou d'admission à la retraite.

14.2 - Pour les agents titulaires non affiliés à la CNRACL :

- 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 mise en disponibilité d'office pour raison de santé suite à épuisement des droits statutaires, à partir du 1^{er} jour et jusqu'à la fin de la 2^{ème} année de mise en disponibilité d'office
- en cas d'accident de travail ou de maladie professionnelle à compter du 91^{ème} jour d'arrêt de travail et jusqu'à la guérison complète ou la consolidation de la blessure ou de décès.

Afin de couvrir les dispositions du décret n°87-602 du 30 juillet 1987, articles 17 et 37, les prestations sont maintenues jusqu'à la date de décision de reprise de service ou de réintégration, de reclassement, de mise en disponibilité ou d'admission à la retraite.

14.3 - Pour les agents contractuels de droit public :

- en cas de Maladie Ordinaire :
 - pour les agents ayant une ancienneté inférieure à 4 mois : au plus tôt à partir du 4^{ème} jour et jusqu'au 360^e jour d'indemnisation inclus
 - pour les agents ayant une ancienneté comprise entre 4 mois et 2 ans : à partir du 31^e jour d'arrêt de travail continu ou discontinu,
 - pour les agents ayant une ancienneté comprise entre 2 ans et 3 ans : à partir du 61^e jour d'arrêt de travail continu ou discontinu,
 - pour les agents ayant une ancienneté égale ou supérieure à 3 ans : à partir du 91^e jour d'arrêt de travail continu ou discontinu.
- en cas de congé de grave maladie pour les agents ayant une ancienneté égale ou supérieure à 3 ans :
 - à partir du début de la 2^e année.
- en cas d'accident de travail ou de maladie professionnelle :

- agents ayant une ancienneté inférieure à 1 an : à compter du 31^{ème} jour d'arrêt de travail et jusqu'à la guérison complète ou la consolidation de la blessure ou le décès,
- agents ayant une ancienneté comprise 1 an et 3 ans : à compter du 61^{ème} jour d'arrêt de travail et jusqu'à la guérison complète ou la consolidation de la blessure ou le décès,
- agents ayant une ancienneté égale ou supérieure à 3 ans : au plus tôt à compter du 91^{ème} jour d'arrêt de travail et jusqu'à la guérison complète ou la consolidation de la blessure ou le décès.

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

- en cas d'arrêt de travail pour maladie, au plus tôt à partir du 4^e jour d'arrêt et jusqu'au 360^e jour d'indemnisation inclus ou 3 ans lors de l'affection de longue durée,
- en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, à compter du 1^{er} jour d'arrêt de travail et jusqu'à la guérison complète ou la consolidation de la blessure ou le décès.

14.5 - Pour les agents à temps partiel pour raisons médicales :

- si la reprise à temps partiel se situe pendant la période à plein traitement prise en charge par l'employeur, la Mutuelle Nationale Territoriale indemnise le membre participant au terme de la période à plein traitement à laquelle il aurait pu prétendre s'il n'avait pas repris son activité à temps partiel.
- si le membre participant est amené à travailler à temps partiel pour des raisons médicales sans avoir été en arrêt complet de travail auparavant, la Mutuelle Nationale Territoriale prend en charge ce membre au terme d'un délai de carence égal :
 - pour les agents dont le traitement est maintenu par l'employeur, au nombre de jours pendant lequel l'employeur aurait maintenu le plein traitement pour un arrêt de travail complet dans le cadre d'un congé de maladie ordinaire,
 - pour les agents dont le traitement n'est pas maintenu par l'employeur et relevant du régime général de la Sécurité sociale, à 60 jours.

Article 15. 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 la date de la liquidation de la pension de retraite par le régime de base du membre participant,
- soit au plus tard au jour du 67^{ème} anniversaire du membre participant,
- soit du décès du membre participant.

Article 16. Maintien des prestations

En cas de résiliation du présent contrat, le service des prestations est revalorisé en fonction de l'évolution de la valeur du point de la fonction publique.

CHAPITRE 4 - GARANTIE INVALIDITÉ

Article 17. 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 et :

Pour les agents affiliés à la CNRACL :

- qui sont mis à la retraite pour invalidité ;

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

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

Article 18. Détermination du montant de la rente et service de la rente

18.1 - Montant de la rente pour les agents affiliés à la CNRACL ayant un pourcentage d'invalidité retenu par la CNRACL supérieur ou égal à 50 % et pour les agents affiliés au régime général de la Sécurité sociale qui justifient d'un taux d'invalidité d'au moins 2/3 avec un classement en 2^e ou 3^e catégorie ou d'un taux d'incapacité au moins égal à 66 % :

Le montant de la rente mensuelle est calculé 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).

18.1.1 - Pourcentage limite du montant de la rente :

Le montant de la rente est au plus égal à 50 % 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.

18.1.2 - 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.

18.2 - Montant de la rente pour les agents affiliés à la CNRACL ayant un pourcentage d'invalidité retenu par la CNRACL inférieur à 50% :

Si le pourcentage d'invalidité retenu par la CNRACL est inférieur à 50 %, le montant de la rente versée par la Mutuelle Nationale Territoriale tel que défini à l'article 18.1 -est minoré selon la formule de calcul suivante :

$$M = R \times I / 50 \%$$

Avec

- M : Montant de la rente versée
- R : Montant de la rente pour un pourcentage d'invalidité retenu par la CNRACL d'au moins 50 % (tel que défini à l'article 18.1 -)
- I : pourcentage d'invalidité retenu par la CNRACL (inférieur à 50 %)

Exemple : Pour une rente mensuelle de la Mutuelle Nationale Territoriale dont le montant calculé est de 500 euros pour un pourcentage d'invalidité retenu par la CNRACL supérieur ou égal à 50 %, le montant de cette rente pour un pourcentage d'invalidité retenu par la CNRACL de 40 % est égal à :

$$500 \times 40 \% / 50 \% = 400 \text{ euros.}$$

18.3 - Revalorisation :

L'Assemblée générale de la Mutuelle Nationale Territoriale définit le taux de revalorisation de la rente au 1^{er} 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.

18.4 - Service de la rente :

La rente est servie mensuellement et à terme échu.

Article 19. 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 20. Terme du versement de la rente

Le versement de la rente cesse dès :

- le 62^{ème} anniversaire du membre participant,
- le décès du membre participant.

Article 21. Maintien des prestations

En cas de résiliation du contrat, le service des prestations est revalorisé en fonction de l'évolution de la valeur du point de la fonction publique.

CHAPITRE 5 - GARANTIE MINORATION DE RETRAITE

Article 22. Définition de la garantie

La garantie Minoration de retraite a pour objet d'octroyer un capital au membre participant de la Mutuelle Nationale Territoriale ayant été indemnisé au titre de la garantie invalidité du présent contrat.

Article 23. Montant du capital

Le capital est égal à 5 % du traitement brut annuel par année d'invalidité constatée entre la date de reconnaissance de l'invalidité telle que définie à l'article 17 du présent contrat et le 62ème anniversaire du membre participant. Si une année d'invalidité est incomplète, le capital est calculé au prorata du nombre de mois d'invalidité sur 12 mois.

Le traitement brut annuel correspond au traitement soumis à cotisation que le membre participant aurait perçu s'il n'avait pas cessé son activité à la date de la reconnaissance de l'invalidité revalorisé sur la base de l'évolution de l'indice 100 jusqu'au 62ème anniversaire du membre participant.

Exemple : Pour une durée d'invalidité de 8 ans et 3 mois, le pourcentage appliqué au traitement brut est de :

$$(8 \times 5\%) + \left(\frac{3}{12} \times 5\%\right) = 41,25\%$$

Pour un traitement brut annuel de 20.000 euros, le capital est, dans cet exemple, de $20.000 \times 41,25\% = 8.250$ euros.

Article 24. Point de départ du versement du capital

Le capital est versé au 62e anniversaire du membre participant.

CHAPITRE 6 – GARANTIE « + TERRITORIAL »

Les garanties du « + Territorial » comprennent la garantie « accidents du travail ou de service – maladies professionnelles » et les garanties souscrites par la Mutuelle Nationale Territoriale auprès d'autres organismes assureurs, définies ci-après.

En cas de résiliation de son adhésion au présent contrat, le membre participant peut, s'il le souhaite, conserver le bénéfice des garanties du « + Territorial », cette demande de maintien des garanties se traduisant par la signature d'un bulletin d'adhésion au règlement mutualiste Offre « + Territorial ».

Article 25. Prise d'effet et cessation des garanties

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.

Les garanties décrites ci-dessous cessent de produire leurs effets :

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

Article 26. Garantie Accidents du travail ou de service – Maladies Professionnelles

La garantie accidents du travail ou de service et maladies professionnelles a pour objet d'octroyer un capital unique forfaitaire en euros en cas d'incapacité permanente ou d'invalidité du membre participant consécutive à un accident du travail ou de service, de trajet ou à une maladie professionnelle, reconnue par le régime de protection sociale de base du membre participant et qui perçoit à ce titre :

Pour les agents affiliés à la CNRACL :

- Une allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales (ATIACL),
- Une rente de la CNRACL suite à la radiation des cadres de la collectivité (mise à la retraite pour invalidité).

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

- Un capital ou une rente de la sécurité sociale au titre de l'incapacité permanente reconnue.

Le montant du capital est de 1.000 euros (mille euros).

Article 27. GARANTIES SOUSCRITES AUPRÈS D'AUTRES ORGANISMES ASSUREURS

27.1 Affiliation obligatoire au contrat d'assurance de groupe Défense pénale et Recours professionnels – Droit de la sécurité sociale – Information Juridique

Les membres participants sont obligatoirement affiliés au contrat d'assurance de groupe Défense pénale et Recours professionnels – Droit de la sécurité sociale – Information Juridique souscrit par la M.N.T. auprès de SMACL Assurances.

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

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

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

27.2 Affiliation obligatoire au contrat d'assurance de groupe Accompagnement vie professionnelle

Les membres participants sont obligatoirement affiliés au contrat d'assurance de groupe Accompagnement vie professionnelle souscrit par la M.N.T. auprès de Ressources Mutuelles Assistance (RMA).

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

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

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

CHAPITRE 7 – ACTION SOCIALE DE LA MUTUELLE NATIONALE TERRITORIALE

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

TITRE IV – CONDITIONS D'ATTRIBUTION DES PRESTATIONS

Article 28. Garantie Indemnités Journalières

28.1 - Obligations du membre participant :

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

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

28.2 - 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 certificat médical d'aide à l'établissement de l'état de santé du membre participant selon le modèle fourni par la Mutuelle Nationale Territoriale,
- le cas échéant, la copie de l'avis du Comité médical départemental, ou de l'arrêté municipal relatif au congé de maladie, ou de la Commission de réforme,
- pour les non-titulaires, 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).

28.3 - 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.

Article 29. Garantie Invalidité – Minoration de retraite

29.1 - Garantie Invalidité :

Pour faire valoir ses droits le membre participant adresse au Centre de gestion 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).

29.2 - Garantie Minoration 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),
- un Relevé d'Identité Bancaire, Postal ou de Caisse d'Epargne (RIB, RIP, RICE) du bénéficiaire.

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

Article 30. Garantie « + TERRITORIAL »

Pour faire valoir ses droits, le membre participant doit remplir et adresser au Centre de gestion un formulaire de demande de capital accidents du travail ou de service et maladies professionnelles dûment complété daté et signé par lui-même, accompagné des documents ci-dessous :

Pour les agents affiliés à la CNRACL :

- l'arrêté d'attribution de l'ATIACL,
- le justificatif du paiement de l'allocation.

En cas de mise à la retraite pour invalidité :

- le décompte définitif de pension CNRACL dans sa totalité,
- le bulletin de paiement de la CNRACL.

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

- la notification par l'Assurance Maladie de l'attribution au titre de l'incapacité permanente d'une indemnité forfaitaire en capital ou d'une rente,
- le justificatif du paiement par l'Assurance Maladie du capital ou de la rente au titre de l'incapacité permanente.

Article 31. Contrôles effectués à la demande de la Mutuelle Nationale Territoriale

Garantie Indemnités Journalières :

La Mutuelle Nationale Territoriale s'engage à respecter les décisions de l'instance. En cas de décision de suspension des indemnités journalières de la Sécurité sociale non concordante avec la décision de l'instance, la Mutuelle suivra prioritairement la décision de l'instance.

La Mutuelle peut procéder à des contrôles médicaux mais uniquement pour le risque incapacité. Ce contrôle s'effectue par des médecins agréés, les prestations ne sont pas suspendues pendant ces opérations de contrôle. La collectivité et le Centre de gestion doivent impérativement être informés de la mise en place d'un tel contrôle et de ses conclusions.

Article 32. Procédure d'arbitrage

32.1 - En cas de contestation sur l'état d'incapacité, celle-ci est estimée par une commission comprenant le médecin traitant ou un médecin désigné par le membre participant, un médecin désigné par la Mutuelle Nationale Territoriale et un médecin choisi en accord avec les deux premiers. Dans le cas où cet accord ne pourrait être réalisé, le troisième médecin est désigné, sur la demande d'un des deux médecins, par le Président du Tribunal Administratif compétent.

32.2 - Les honoraires du médecin désigné par la Mutuelle Nationale Territoriale et ceux du tiers expert sont à la charge de la Mutuelle Nationale Territoriale. Les honoraires et tous les frais relatifs à la nomination du tiers arbitre sont supportés par moitié par chacune des parties.

Article 33. Radiation, résiliation, terme de l'adhésion

Les membres participants cessant d'appartenir à l'effectif du souscripteur ou en cas de résiliation du présent contrat collectif ou dont l'adhésion au présent contrat a pris fin pour quelque cause que ce soit, ne peuvent prétendre à aucune prestation au titre des arrêts de travail prescrits postérieurement à la date d'effet de l'un des événements mentionnés ci-dessus. Les prestations versées au titre des arrêts de travail prescrits antérieurement à l'un des événements mentionnés ci-dessus continuent d'être servies sous réserve des contrôles prévus à l'Article 31 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 34. 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 35. Réticence ou fausse déclaration intentionnelle

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle faite par le membre participant à la Mutuelle Nationale Territoriale entraîne la nullité de la garantie 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 36. Montant de la cotisation

La cotisation est fixée aux conditions particulières.

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

Le taux de cotisation est maintenu pendant trois ans, hors évolution réglementaire et fiscale.

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

Dans tous les cas, la majoration éventuelle maximale du taux de cotisation est plafonnée à 10% par an et uniquement si le P/C est supérieur à 105%.

Une rencontre annuelle entre le Centre de gestion et la MNT aura lieu pour présenter les éléments financiers de la garantie. Celle-ci aura pour objet de déterminer les suites à donner aux évolutions du contrat avec l'objectif d'obtenir un équilibre au terme de la convention.

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

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

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

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

36.1 - Garanties Indemnités journalières – Invalidité – Minoration de retraite :

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

- **Pour les agents titulaires et non titulaires** : sur 100% du traitement indiciaire brut plus 100% de la NBI brute perçus par les agents en activité.
- **Pour les agents horaires** : sur le traitement brut perçu.

36.2 - Exonération de la cotisation :

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

Les membres participants percevant des prestations au titre de la garantie Invalidité et Minoration de retraite sont exonérés du paiement des cotisations.

Article 37. Modalité de paiement de la cotisation

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

La cotisation annuelle est reversée par le souscripteur sous forme d'acomptes calculés sur la base de la masse salariale soumise à cotisation du trimestre ou mois civil écoulé et versés trimestriellement ou mensuellement à terme échu au plus tard dans les dix jours qui suivent la fin de chaque trimestre ou 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 38. Défaut de paiement de la cotisation

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

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

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

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

Toutefois, en cas de retard administratif de paiement des cotisations et la collectivité étant une personne publique soumise aux procédures administratives de mandatement administratif, la MNT s'engage à ne pas appliquer les dispositions ci-avant relatives à la suspension ou à la résiliation des garanties (ou celles de même nature résultant des dispositions législatives ou réglementaires) si les retards sont imputables aux seules procédures administratives de paiement et de mandatement des cotisations.

Article 39. Défaut de paiement de la participation financière du souscripteur

Le défaut de versement de la participation financière par le souscripteur, entraîne, de plein droit, la résiliation à la même date du présent contrat collectif. La collectivité est tenue d'en informer les agents.

TITRE VI - GESTION DES ASSURÉS

Article 40. Etats à fournir

Le souscripteur du contrat doit adresser à la Mutuelle Nationale Territoriale les pièces suivantes :

1 - A la souscription :

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

2 - En cours d'exercice et trimestriellement :

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

3 - A chaque renouvellement du contrat :

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

Article 41. Données personnelles

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Article 42. Clause d'attribution de compétence

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

Contrat de la Mutuelle Nationale Territoriale, Mutuelle régie par le Livre II du Code de la Mutualité,
Immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 775 678 584 et sous l'identifiant LEI 9695000Q8HEMSMEPF29 attribué par l'INSEE..
Siège social : 4, rue d'Athènes – 75009 PARIS

PARTIE II. GARANTIES OPTIONNELLES A ADHESION INDIVIDUELLE EN COMPLEMENT DES GARANTIES COLLECTIVES

Article 43. Prise d'effet et renouvellement de l'adhésion

L'adhésion aux garanties optionnelles 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 ne prend pas effet en cas de refus de celle-ci 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.

Article 44. Conditions d'adhésion

Les garanties optionnelles à adhésion individuelle présentées ci-dessous, ne peuvent être souscrites que par les agents ayant adhéré aux garanties collectives (Indemnités journalières, Invalidité et Minoration Retraite) telles que définies précédemment.

L'adhésion doit s'effectuer en même temps que l'adhésion aux garanties collectives ou au plus tard dans les douze mois qui suivent celle-ci et sous réserve que le membre participant ne soit pas en arrêt de travail lors de la demande d'adhésion.

Passé ce délai, l'adhésion au titre du contrat ou du règlement est acceptée sans questionnaire médical et au taux du contrat, à l'issue d'une période de 180 jours sans arrêt de travail.

Article 45. Formalités d'adhésion

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 ;

Article 46. Information des membres participants

Une 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 le souscripteur.

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

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

Article 47. Réticence ou fausse déclaration intentionnelle

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

Article 48. Exclusions

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

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

- A. de faits de guerres étrangères lorsque la France est partie belligérante,
- B. de guerre civile ou étrangère, d'attentat, d'acte de terrorisme, d'émeute, d'insurrection, quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels qu'en soient les protagonistes, dès lors que le membre participant y prend une part active,
- C. du fait intentionnellement causé ou provoqué par le membre participant, pour les garanties autres que le Décès PTIA

48.2 - Exclusions spécifiques à la garantie Décès :

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

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

Article 49. Définition de la base de calcul des prestations

49.1 - Pour le calcul de la garantie Régime indemnitaire :

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...).

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

Les prestations sont exprimées en pourcentage du traitement ; par traitement il faut entendre :

Le traitement de référence est le traitement brut fixe plus la NBI brute ayant donné lieu au paiement de la cotisation et perçu par le membre participant.

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

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

Article 50. Cotisations

a) Assiette des cotisations :

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

La cotisation est due par tous les membres participants en activité ou en incapacité de travail.

Pour les membres participants bénéficiant de prestations au titre de la garantie indemnités journalières, les cotisations sont calculées par application des taux sur les bases définies ci-dessus. Ces bases correspondent à l'intégralité du traitement brut du mois de septembre plus la NBI brute que le membre participant aurait perçu(s) s'il n'était pas en arrêt de travail.

Garantie Décès PTIA :

La cotisation est exprimée en pourcentage et s'applique sur les bases suivantes :

- pour les agents titulaires et non titulaires :

Sur le traitement brut indiciaire du dernier mois de septembre plus la NBI brute.

Le montant de cette base mensuelle est arrondi à la dizaine d'euros supérieure. Le montant de la cotisation annuelle est égal à 12 fois le montant de cette base mensuelle multiplié par le taux de la cotisation.

- pour les agents ayant un horaire variable (horaires) :

Sur la moyenne des 12 derniers mois de traitement brut précédant la date d'adhésion, ou du renouvellement de l'adhésion, arrondi à la dizaine d'euros supérieure. Le montant de la cotisation annuelle est égal à 12 fois le montant de cette base mensuelle multiplié par le taux de la cotisation.

Garantie Régime Indemnitaire :

La cotisation est exprimée en pourcentage et s'applique sur 100% des primes et indemnités brutes à périodicité mensuelle perçues par le membre participant ayant donné lieu à cotisation.

Mise à jour annuelle de la base de cotisation :

Au 1er janvier de chaque année, la base de la cotisation est mise à jour à partir des éléments de la rémunération du dernier mois de septembre soumis à cotisation.

En l'absence de déclaration de la part du membre participant des éléments de rémunération du dernier mois de septembre soumis à cotisation, une revalorisation automatique est appliquée à la base de cotisation de l'exercice précédent. Les prestations seront calculées sur cette base dans le respect des règles du cumul.

b) 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 au titre de la garantie Régime Indemnitare.

c) Modalités de paiement de la cotisation :

Les cotisations sont prélevées directement auprès de chaque agent par prélèvement bancaire.

Les cotisations annuelles mentionnées aux conditions particulières et en annexe du présent contrat sont payables d'avance dans les dix jours de leur échéance avec ajustement en fin d'année mais elles peuvent être fractionnées (paiement mensuel, trimestriel ou semestriel).

Le membre participant s'engage à communiquer à la MNT les documents et informations nécessaires au prélèvement des cotisations, et au paiement des prestations. Il s'engage ainsi à communiquer à la mutuelle ses nouvelles coordonnées bancaires résultant de la mise en place de l'Espace unique de paiement en euros (« SEPA »), et notamment :

l'identifiant international de son établissement financier, régulièrement désigné par le sigle BIC ;

l'identifiant international de son compte bancaire, fréquemment désigné par le sigle IBAN.

a/ En ce qui concerne le prélèvement des cotisations, le membre participant autorise la MNT à prélever le montant correspondant aux cotisations dues par le membre participant pour sa couverture ; ce montant sera communiqué par la MNT au membre participant sept jours calendaires au moins avant la date du premier prélèvement et quatorze jours calendaires au moins avant cette date dans le cas où le membre participant aurait adhéré à distance à la MNT. Le membre participant s'engage donc à retourner à la mutuelle, dûment rempli, et dans un délai de sept jours suivant l'adhésion, le mandat de prélèvement qu'elle lui aura remis, accompagné d'un relevé d'identité bancaire mentionnant l'identifiant international de son établissement financier et l'identifiant international de son compte bancaire.

b/ En cas de modification des cotisations pour quelle que cause que ce soit, et notamment en cas de changement des garanties, par exemple au cours d'une période d'assurance, entraînant une modification des cotisations, ou en cas de modification des cotisations décidées par l'Assemblée Générale ou le Conseil d'Administration, le membre participant autorise expressément la MNT à prélever le montant de la fraction de cotisation correspondant aux modifications intervenues, au titre de la période au cours de laquelle lesdites modifications prendront effet.

La MNT adressera l'échéancier modifié au membre participant préalablement à la réalisation du prélèvement.

c/ Dans le cas où, du fait du membre participant, le prélèvement d'une ou de plusieurs fractions de cotisation n'aurait pas pu être effectué pour la ou les échéances pour lesquelles elles étaient dues, et notamment en cas de non-approvisionnement du compte du membre participant, ce dernier autorise expressément la mutuelle à prélever, lors de l'échéance suivante, la fraction de cotisation demeurée impayée, et la ou les fractions de cotisation venues à échéance, ainsi que les éventuels frais de gestion induits par le ou les rejets de prélèvement.

Préalablement, la MNT adressera dans les meilleurs délais au membre participant un courrier informatif justifiant du prélèvement majoré en raison des cotisations impayées.

d/ En cas d'opposition au prélèvement d'une ou de plusieurs fractions de cotisation se révélant injustifiée, le membre participant autorise la MNT à prélever, dès règlement du litige l'opposant à la MNT :

- le montant de la ou des fractions de cotisation dont le paiement a été refusé par le membre participant ;
- les fractions de cotisation venues à échéance depuis cette date ;
- ainsi que les frais de gestion induits par le ou les rejets de prélèvement.

Préalablement, la MNT adressera dans les meilleurs délais un courrier informatif justifiant ce prélèvement au membre participant.

d) Défaut de paiement de la cotisation :

Le membre participant dispose d'un délai de dix jours suivant la date d'échéance pour s'acquitter de sa cotisation ou fraction de cotisation.

A compter de cette échéance, et indépendamment du droit pour la Mutuelle Nationale Territoriale de poursuivre le paiement de la cotisation due en justice, la Mutuelle Nationale Territoriale peut suspendre la garantie 30 jours après la mise en demeure du membre participant. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisations, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La Mutuelle Nationale Territoriale a le droit de résilier ses garanties 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours susmentionné.

Toutefois, la Mutuelle Nationale Territoriale peut surseoir à l'application de la résiliation dans le cas où le membre participant justifie que le retard dans le versement de sa cotisation est dû à un cas de force majeure.

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la Mutuelle Nationale Territoriale la cotisation arriérée ou les fractions de cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que les éventuels frais de poursuites et de recouvrement que la Mutuelle Nationale Territoriale est toujours en droit d'exercer.

En tout état de cause, aucune prise en charge ne peut intervenir pour des événements survenant durant la période de suspension de la garantie ou après résiliation de l'adhésion.

Article 51. Prescription

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

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

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

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

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

Article 52. 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 53. Données personnelles

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

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

- la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme ;

- la lutte contre la fraude ;
- les réponses aux demandes officielles des autorités publiques ou judiciaires dûment autorisées.

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

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

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

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

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

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

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

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

Article 54. Cessation des garanties

L'assurance cesse de produire ses effets :

- **en cas de non-paiement de la cotisation ;**
- **dès que le membre participant atteint l'âge d'ouverture des droits à la retraite à taux plein pour la garantie Décès**
- **au 67ème anniversaire du membre participant pour la garantie Régime indemnitaire en cas d'incapacité de travail ;**
- **dès que le membre participant atteint l'âge légal de départ à la retraite pour la garantie PTIA**
- **au décès du membre participant ;**
- **à la date d'effet de la résiliation du contrat ;**
- **à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion.**

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

Article 55. Objet de la garantie

La garantie a pour objet de :

- Garantir en cas de décès des membres participants n'ayant pas atteint l'âge d'ouverture des droits à la retraite à taux plein le versement d'un capital égal à 100% du traitement de référence brut au profit d'un ou plusieurs bénéficiaires tels que définis à Article 59 ci-après.

- Garantir en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie des membres participants n'ayant pas atteint l'âge légal de départ à la retraite, le versement par anticipation du capital prévu en cas de décès au profit du bénéficiaire tel que défini à l'Article 59 ci-après.

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

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

Article 56. Conditions et modalités d'adhésion

Les conditions d'adhésion sont celles mentionnées à l'Article 44.

Article 57. 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 58. Clause de renonciation

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

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

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

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

Article 59. Modalités de paiement du capital en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie

- En cas de décès du membre participant,

➤ Versement du capital Décès :

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

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

En l'absence de désignation expresse ou en cas de prédécès de tous les bénéficiaires désignés, sont bénéficiaires du capital décès les ayants-droits conformément aux dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et notamment l'article D.712-20 et suivants du Code de la Sécurité sociale.

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

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

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

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

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

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

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

Article 60. Gestion du règlement du capital

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

➤ **Pour le capital Décès :**

- un extrait d'acte de naissance (avec mentions marginales) de l'assuré décédé et du conjoint,
- la copie intégrale de l'acte de décès ou extrait de l'acte,
- un acte de notoriété ou dévolution successorale pour les enfants (et/ou héritiers, ayants droit),
- le certificat post mortem établi par le médecin ayant constaté le décès et précisant, à défaut de la cause exacte, qu'il s'agit d'une mort naturelle, d'une mort accidentelle ou d'un suicide,
- un justificatif du nombre d'enfants à charge de l'assuré à la date de son décès,
- une attestation du souscripteur précisant le salaire servant de base pour le calcul des prestations à prendre en considération,
- si le bénéficiaire ou l'un d'entre eux est mineur : un extrait des actes du juge des tutelles, ou les coordonnées de ce juge. L'autorisation préalable de ce dernier est indispensable au règlement du capital revenant au mineur.

➤ **Pour le capital PTIA :**

- d'une demande de capital invalidité signée par le représentant du souscripteur,
- 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 61. Maintien des garanties Décès

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

Article 62. Obligations de la Mutuelle

62.1 - Information sur le terme du contrat

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

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

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

62.2 - Information sur les délais de versement des capitaux décès

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

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

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

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

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

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

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

b) Le dernier taux moyen des emprunts de l'Etat français disponible au 1er novembre de l'année précédente.

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

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

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

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

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

TITRE II – RÉGIME INDEMNITAIRE – INDEMNITES JOURNALIERES

Article 63. Objet de la garantie

La garantie Régime Indemnitaire 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 qui :

- se trouvent momentanément dans l'incapacité complète d'exercer une activité professionnelle par suite de maladie ou d'accident médicalement constatée, et perçoivent à ce titre des prestations soit de leur employeur en application du régime statutaire de la Fonction Publique Territoriale, soit du régime général d'assurance maladie de la Sécurité sociale ;
- ou sont amenés à exercer leur activité à temps partiel pour raisons médicales.

Article 64. Conditions et modalités d'adhésion

Les conditions d'adhésion sont celles mentionnées à l'Article 44.

Article 65. Montant de la prestation

Les indemnités journalières sont calculées et versées :

- uniquement cas de maladie ordinaire, et ce, à partir du 91^e jour d'arrêt de travail continu ou discontinu

ET

- uniquement si la collectivité maintient le régime indemnitaire, et ce, sans dépasser le plafond délibéré par la collectivité et quoiqu'il en soit dans un plafond maximum de 40% de la base de calcul des prestations.

Article 66. 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 du 67^{ème} anniversaire du membre participant,
- soit du décès du membre participant.

Article 67. Maintien des prestations

En cas de résiliation du présent 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 66.

Article 68. Paiement des indemnités

68.1 - Obligations du membre participant :

Pour faire valoir ses droits le membre participant doit remplir et adresser au Centre de gestion 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 et du régime indemnitaire avec effet rétroactif suite à la requalification du congé de maladie.

68.2 - 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 certificat médical d'aide à l'établissement de l'état de santé du membre participant selon le modèle fourni par la Mutuelle Nationale Territoriale
- le cas échéant, la copie de l'avis du Comité médical départemental, ou de l'arrêté municipal relatif au congé de maladie, ou de la Commission de réforme,
- pour les non-titulaires, 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).

68.3 - 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.

Contrat de la Mutuelle Nationale Territoriale, Mutuelle régie par le Livre II du Code de la Mutualité,
Immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 775 678 584 et sous l'identifiant LEI 9695000Q8HEMSMEPFF29 attribué par l'INSEE.

Siège social : 4, rue d'Athènes - 75009 PARIS.

ANNEXE I : MODELE DE LETTRE DE RENONCIATION

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

déclare renoncer à mon adhésion à la Mutuelle Nationale Territoriale au titre de la garantie *Décès/PTIA* et entends recevoir dans un délai maximum de 30 jours la restitution intégrale des sommes versées.

Fait à,

Le, (date et signature)