



CENTRE DE GESTION DE MEURTHE ET MOSELLE

Notice d'information

Garanties Maintien de salaire Formule 2
Contrat collectif d'assurance à adhésion facultative

Effet au **1^{er} Janvier 2019**

PREAMBULE	3
TITRE I – DISPOSITIONS GENERALES	3
Article 1. <i>Garanties proposées</i>	3
Article 2. <i>Assurés</i>	3
Article 3. <i>Conditions d'adhésion</i>	3
Article 4. <i>Prise d'effet et durée des garanties</i>	4
Article 5. <i>Information des membres participants</i>	5
Article 6. <i>Prescription.....</i>	5
Article 7. <i>Données personnelles</i>	5
Article 8. <i>Renseignements – Réclamations - Médiation</i>	6
Article 9. <i>Clause d'attribution de compétence</i>	6
TITRE II - RISQUES EXCLUS.....	7
Article 10. <i>Exclusions</i>	7
TITRE III - GARANTIES.....	7
CHAPITRE 1 - DISPOSITION COMMUNE.....	7
Article 11. <i>Subrogation de la mutuelle</i>	7
CHAPITRE 2 - BASE DE CALCUL DES PRESTATIONS.....	7
Article 12. <i>Définition du traitement</i>	7
CHAPITRE 3 - GARANTIE INDEMNITÉS JOURNALIÈRES.....	7
Article 13. <i>Définition de la garantie</i>	7
Article 14. <i>Montant de la prestation.....</i>	7
Article 15. <i>Point de départ du versement des indemnités journalières – Périodes de franchise</i>	8
Article 16. <i>Terme du versement des indemnités journalières</i>	9
Article 17. <i>Maintien des prestations.....</i>	9
CHAPITRE 4 - GARANTIE INVALIDITÉ	9
Article 18. <i>Définition de la garantie</i>	9
Article 19. <i>Détermination du montant de la rente et service de la rente</i>	9
Article 20. <i>Point de départ du versement de la rente</i>	10
Article 21. <i>Terme du versement de la rente.....</i>	10
Article 22. <i>Maintien des prestations.....</i>	10
CHAPITRE 5 – GARANTIE « + TERRITORIAL »	10
Article 23. <i>Prise d'effet et cessation des garanties.....</i>	10
Article 24. <i>Garantie Accidents du travail ou de service – Maladies Professionnelles.....</i>	10
Article 25. <i>GARANTIES SOUSCRITES AUPRÈS D'AUTRES ORGANISMES ASSUREURS</i>	10
CHAPITRE 6 – ACTION SOCIALE DE LA MUTUELLE NATIONALE TERRITORIALE	11
TITRE IV – CONDITIONS D'ATTRIBUTION DES PRESTATIONS	11
Article 26. <i>Garantie Indemnités Journalières.....</i>	11
Article 27. <i>Garantie Invalidité</i>	11
Article 28. <i>Garantie « + TERRITORIAL »</i>	12
Article 29. <i>Contrôles effectués à la demande de la Mutuelle Nationale Territoriale</i>	12
Article 30. <i>Procédure d'arbitrage.....</i>	12
Article 31. <i>Radiation, résiliation, terme de l'adhésion.....</i>	12
Article 32. <i>Cas de fraude.....</i>	12
Article 33. <i>Réticence ou fausse déclaration intentionnelle.....</i>	12
TITRE V - COTISATIONS.....	13
Article 34. <i>Montant de la cotisation</i>	13
Article 35. <i>Modalité de paiement de la cotisation.....</i>	13
Article 36. <i>Défaut de paiement de la cotisation</i>	13

PREAMBULE

Le 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 9695000Q8HEMSMEPFF29 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 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 contrat collectif souscrit auprès de la Mutuelle Nationale Territoriale au titre duquel ladite convention de participation est conclue, ainsi que des modalités d'adhésion au contrat collectif.

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

Le souscripteur est tenu d'en informer ses agents.

Le contrat est à adhésion facultative pour les agents relevant des catégories mentionnées ci-dessous ; ils acquièrent, au titre de cette adhésion, la qualité de membre participant de la Mutuelle Nationale Territoriale.

Le contrat est régi par les dispositions du Code de la Mutualité et par les statuts de la Mutuelle Nationale Territoriale. Les conditions générales et 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 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.

TITRE I – DISPOSITIONS GENERALES

Article 1. Garanties proposées

Le contrat a pour objet d'assurer au membre participant le versement de prestations au titre de l'Incapacité de travail et de l'Invalidité.

Article 2. Assurés

Peuvent être garantis au titre du 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.

Article 3. Conditions d'adhésion

Les agents adhérant au contrat au jour de la prise d'effet de celui-ci sont admis sans condition.

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.

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

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

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

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

Article 4. Prise d'effet et durée des garanties

4.1 - 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.

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.

4.2 - Cessation des garanties :

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

Les garanties cessent de produire effet :

- à la date à laquelle le membre participant ne remplit plus les conditions visées à l'article 2 de la présente notice, 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 la garantie est suspendue 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 5. Information des membres participants

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

Cette notice d'information, ainsi que les statuts de la Mutuelle, doivent être remis à chaque membre participant inscrit au contrat par 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 6. 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.

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 7. 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'informerá 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 8. Renseignements – Réclamations - Médiation

Les demandes de renseignements ou les réclamations sur l'interprétation du Contrat doivent être formulées auprès de la Mutuelle par écrit (courrier ou courriel) et par oral (téléphone).

Pour toute réclamation relative à un sinistre, le Membre participant, ses ayants droits ou les bénéficiaires peu(ven)t s'adresser à la Mutuelle par écrit (courrier ou courriel) et par oral (téléphone).

Dès réception, la réclamation sera prise en charge. La Mutuelle apportera directement une réponse au Membre participant.

En cas de désaccord avec une décision de la Mutuelle ou si la réclamation n'aboutit pas, et après avoir épuisé les voies de recours auprès de ce dernier, le Membre participant ou les bénéficiaires pourront saisir le Médiateur de la Mutualité Française.

La médiation est assurée par un tiers indépendant et impartial, et vise à proposer un règlement amiable des litiges individuels entre un adhérent et la Mutuelle. Le recours au médiateur est gratuit pour le réclamant.

L'avis du Médiateur ne s'impose pas aux parties en litige, qui conservent le droit de saisir les tribunaux.

Pour saisir le médiateur de la MNT, le Membre participant ou les bénéficiaires doi(ven)t t transmettre un courrier accompagné de toutes les pièces justificatives à :

Monsieur le Médiateur
FNMF
255, rue de Vaugirard
75719 Paris Cedex 15

Attention : le Médiateur n'est pas habilité à se prononcer sur les conditions d'admission dans l'assurance.

Conformément aux dispositions de l'article 2238 du Code civil, la prescription est suspendue à compter du jour où, après la survenance d'un litige, les parties conviennent de recourir à la médiation ou à la conciliation ou, à défaut d'accord écrit, à compter du jour de la première réunion de médiation ou de conciliation. La prescription est également suspendue à compter de la conclusion d'une convention de procédure participative ou à compter de l'accord du débiteur constaté par l'huissier de justice pour participer à la procédure prévue à l'article L. 125-1 du code des procédures civiles d'exécution.

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

Article 9. Clause d'attribution de compétence

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

TITRE II - RISQUES EXCLUS

Article 10. Exclusions

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 11. Subrogation de la mutuelle

Conformément à l'article L. 224-9 du Code de la mutualité, pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire telles que définies par le Code de la Mutualité, 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 12. 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 13. Définition de la garantie

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

Article 14. Montant de la prestation

14.1 - Pour les agents titulaires ou non titulaires :

Les indemnités journalières sont calculées et versées à hauteur de 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).

14.2 - 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 et des primes et indemnités mensuelles nettes pris en compte dans la base de cotisation avant la reconnaissance du temps partiel.

14.3 - 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.

14.4 - Règle de cumul :

Le montant mensuel des indemnités journalières versées au titre de la présente garantie augmenté des prestations versées par l'employeur, par la Sécurité Sociale ou de toute autre somme ou indemnité quelle qu'en soit la nature juridique versée par quelque organisme que ce soit, ne peut excéder 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 15. 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 :

15.1 - 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.

15.2 - 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.

15.3 - 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.

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

- 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.

15.5 - 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 16. 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 17. 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 18. Définition de la garantie

La garantie invalidité a pour objet de servir une rente aux membres participants âgés de moins de 62 ans et qui se trouvent dans l'impossibilité médicalement constatée d'exercer une activité professionnelle par suite de maladie ou d'accident de la vie privée, ou de maladie professionnelle ou d'accident du travail :

Pour les 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 19. Détermination du montant de la rente et service de la rente

19.1 - 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).

19.1.1 - 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.

19.1.2 - 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.

19.2 - 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 19.1 - 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 19.1 -)
- 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 :

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

19.3 - 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.

19.4 - Service de la rente :

La rente est servie mensuellement et à terme échu.

Article 20. 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 21. 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 22. 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 « + 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 23. 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 24. 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 25. GARANTIES SOUSCRITES AUPRÈS D'AUTRES ORGANISMES ASSUREURS

25.1 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.

25.2 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 6 – 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 26. Garantie Indemnités Journalières

26.1 - 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.

26.2 - 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).

26.3 - 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 27. Garantie Invalidité

27.1 - 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).

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 ou de retraite accompagné de toute autre pièce justificative que la Mutuelle Nationale Territoriale se réserve le droit de demander.

Article 28. 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 29. 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 30. Procédure d'arbitrage

30.1 - 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.

30.2 - 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 31. 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 29 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 32. 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 33. 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 34. Montant de la cotisation

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

Le taux de cotisation est maintenu jusqu'au 31 décembre 2021, hors évolution réglementaire et fiscale. Au-delà, le taux de la cotisation peut être revu annuellement.

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.

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 sont exonérés du paiement des cotisations.

Article 35. Modalité de paiement de la cotisation

Les cotisations sont précomptées par le souscripteur sur le traitement des agents adhérant au 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 36. 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.