



CENTRE DE GESTION MEURTHE ET MOSELLE

Notice d'information

Garanties Maintien de salaire et Décès

Contrat collectif d'assurance à adhésion facultative

Garanties optionnelles individuelles

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

CHAPITRE 1 - PREAMBULE	3
CHAPITRE 2 – DISPOSITIONS GENERALES	4
Article 1. Garanties proposées	4
Article 2. Personnes pouvant adhérer au contrat collectif de prévoyance	4
Article 3. Conditions d'adhésion	4
Article 4. Formalités d'adhésion	4
Article 5. Cessation des garanties	4
Article 6. Information des membres participants	4
Article 7. Réticence ou fausse déclaration intentionnelle	4
Article 8. Prescription	4
Article 9. Subrogation de la mutuelle	5
Article 10. Données personnelles	5
TITRE I - RISQUES EXCLUS	6
Article 11. Exclusions	6
Article 12. Définition de la base de calcul des prestations	6
TITRE II – GARANTIES.....	6
CHAPITRE I - GARANTIE INVALIDITE.....	6
Article 13. Définition de la garantie	6
Article 14. Conditions d'adhésion	7
Article 15. Point de départ du versement de la rente	7
Article 16. Montant de la prestation et service de la rente.....	7
Article 17. Gestion du règlement des sinistres	8
Article 18. Radiation, résiliation, terme de l'adhésion	8
Article 19. Cas de fraude.....	8
Article 20. Terme du versement de la rente	8
Article 21. Maintien des prestations	8
CHAPITRE II - GARANTIE MINORATION DE RETRAITE.....	8
Article 22. Objet de la garantie.....	8
Article 23. Conditions d'adhésion	8
Article 24. Date de versement du capital	9
Article 25. Montant du capital.....	9
Article 26. Gestion du règlement des sinistres	9
Article 27. Radiation, résiliation, terme de l'adhésion	9
Article 28. Cas de fraude.....	9
CHAPITRE III - GARANTIE DECES – PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE.....	9
Article 29. Objet de la garantie.....	9
Article 30. Conditions et modalités d'adhésion.....	9
Article 31. Exemption.....	9
Article 32. Clause de renonciation	10
Article 33. Modalités de paiement du capital en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie	10
Article 34. Gestion du règlement du capital.....	10
Article 35. Maintien des garanties Décès.....	11
Article 36. Obligations de la Mutuelle.....	11
CHAPITRE IV – REGIME INDEMNITAIRE – INDEMNITES JOURNALIERES.....	11
Article 37. Objet de la garantie.....	11
Article 38. Conditions et modalités d'adhésion.....	11
Article 39. Montant de la prestation.....	12
Article 40. Terme du versement des indemnités journalières	12
Article 41. Maintien des prestations	12
Article 42. Paiement des indemnités.....	12
TITRE III - COTISATIONS	12
Article 43. Assiette des cotisations.....	12
Article 44. Modalité de paiement de la cotisation	13
Article 45. Défaut de paiement de la cotisation.....	14

CHAPITRE 1 - 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 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.

Les présentes garanties viennent en complément du contrat de prévoyance collective souscrit par le souscripteur (Formule 1 ou Formule 2 ou Formule 3) lié à la convention de participation conclue par le souscripteur avec la Mutuelle Nationale Territoriale.

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 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.

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 présent contrat, soumis aux dispositions des statuts de la Mutuelle Nationale Territoriale ; la présente notice d'information qui leur est remise par le souscripteur définit notamment les garanties du contrat ainsi que leurs modalités d'entrée en vigueur.

CHAPITRE 2 – DISPOSITIONS GENERALES

Article 1. Garanties proposées

Le contrat de prévoyance a pour objet d'assurer au membre participant le versement de prestations en cas d'Invalidité, de Minoration de retraite, de Décès PTIA, et de Régime Indemnitaire en cas d'Indemnités journalières.

Article 2. Personnes pouvant adhérer au contrat collectif de prévoyance

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.

Article 3. Conditions d'adhésion

Les garanties optionnelles à adhésion individuelle présentées ci-dessous, ne peuvent être souscrites que par les agents ayant adhéré à la Formule 1 ou à la Formule 2 ou à la Formule 3, liée à la convention de participation conclue par le souscripteur avec la MNT.

L'adhésion doit s'effectuer en même temps que l'adhésion à la garantie collective 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. Si la Formule 1 a été souscrite, alors l'adhésion à la garantie Minoration de retraite est subordonnée à l'adhésion de la garantie Invalidité.

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 4. 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 5. Cessation des garanties

L'assurance cesse de produire ses effets :

- en cas de non-paiement de la cotisation ;
- au 62ème anniversaire du membre participant pour la garantie Invalidité
- 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.

Article 6. Information des membres participants

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

Cette notice d'information, ainsi que les statuts de la Mutuelle, doivent être remis à chaque membre participant inscrit au contrat par 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 7. 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 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 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 9. 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 10. 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/>.

TITRE I - RISQUES EXCLUS

Article 11. Exclusions

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

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

- 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

11.2 - 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 12. Définition de la base de calcul des prestations

12.1 - Pour le calcul des garanties Invalidité et Minoration de la retraite :

Le traitement de référence correspond au traitement 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.

12.2 - Pour le calcul de la garantie Régime indemnitaire :

Les primes ou indemnités nettes (telles que mentionnées à l'annexe aux primes ci-jointe) 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...).

12.3 - 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.

TITRE II – GARANTIES

CHAPITRE I - GARANTIE INVALIDITE

Article 13. 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 14. Conditions d'adhésion

Les conditions d'adhésion sont celles mentionnées à l'article 3 de la présente notice.

Article 15. 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 16. Montant de la prestation et service de la rente

16.1 - 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).

16.1.1 - 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.

16.1.2 - 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.

16.2 - 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 16.1 -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 16.1 -)
- 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 :

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

16.3 - 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.

16.4 - Service de la rente :

La rente est servie mensuellement et à terme échu.

Article 17. Gestion du règlement des sinistres

Pour toute demande de prestation, le bénéficiaire fournit au Centre de gestion :

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).

17.1 - Service des prestations Invalidité :

Les membres participants percevant une rente d'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 18. Radiation, résiliation, terme de l'adhésion

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

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 19. 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 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 maintenu au niveau atteint à la date d'effet de la résiliation, jusqu'au terme prévu à l'Article 20.

CHAPITRE II - GARANTIE MINORATION DE RETRAITE

Article 22. Objet 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, souscrite soit dans le contrat collectif, soit en garantie individuelle et décrite à l'article 13 de la présente notice.

Article 23. Conditions d'adhésion

Les conditions d'adhésion sont celles mentionnées à l'article 3 de la présente notice.

Article 24. Date de versement du capital

Le capital est versé au 62^{ème} anniversaire du membre participant.

Article 25. 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 13 de la présente notice et le 62^{ème} 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 62^{ème} anniversaire du membre participant.

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

$$(8 \times 5 \%) + (3/12 \times 5 \%) = 41,25 \%$$

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 26. Gestion du règlement des sinistres

Pour toute demande de prestation, le bénéficiaire fournit au Centre de gestion :

- le dernier bulletin de paiement de la CNRACL,
- le titre de pension de retraite (notification d'attribution d'une pension ou d'une retraite à titre inapte),
- le cas échéant, le relevé de carrière, le(s) titre(s) de retraite complémentaire.

Article 27. 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 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 28. 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.

CHAPITRE III - GARANTIE DECES – PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE

Article 29. 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 l'article 37 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 37 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 30. Conditions et modalités d'adhésion

Les conditions d'adhésion sont celles mentionnées à l'article 3 de la présente notice.

Article 31. 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 32. 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 33. 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 34. 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 35. 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 36. Obligations de la Mutuelle

36.1 - 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.

36.2 - 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.

36.3 - 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.

36.4 - 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.

CHAPITRE IV – REGIME INDEMNITAIRE – INDEMNITES JOURNALIERES

Article 37. 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, et après accord du Médecin Conseil de la Mutuelle Nationale Territoriale ;
- 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 38. Conditions et modalités d'adhésion

Les conditions d'adhésion sont celles mentionnées à l'article 3 de la présente notice.

Article 39. Montant de la prestation

Les indemnités journalières sont calculées et versées :

- uniquement cas de maladie ordinaire, et ce, à partir du 91e 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 40. 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 41. 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 40.

Article 42. Paiement des indemnités

42.1 - 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.

42.2 - 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).

42.3 - 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.

TITRE III - COTISATIONS

Article 43. 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 des présentes garanties 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-dessous.

Garanties Invalidité - Minoration de retraite – 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 Indemnitare :

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.

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.

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

Article 44. Modalité de paiement de la cotisation

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

Les cotisations annuelles 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-alimentation 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.

Article 45. 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.