CONTRAT DE PRÉVOYANCE

MAINTIEN DE SALAIRE ET DECES

INDEMNITÉS JOURNALIÈRES -
INVALIDITÉ - PERTE DE RETRAITE -
DÉCÈS/PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE
D'AUTONOMIE - RÉGIME INDEMNITAIRE
INDEMNITES JOURNALIERES– RÉGIME
INDEMNITAIRE INVALIDITE

CONDITIONS GÉNÉRALES
FORMULE 2
(Référence : CG - GROUPEMENT NORMANDIE - F2- 2023)

TITRE I - CHAMP D'APPLICATION DU CONTRAT 5

Article 1. Préambule 5
Article 2. Objet du contrat 6
Article 3. Assurés 6

PARTIE I. GARANTIES COLLECTIVES 7

Article 4. Conditions d'adhésion 7
Article 5. Délai de stage – Conditions d'adhésion 9
Article 6. Information des membres participants 9
Article 7. Conditions de prise d'effet et durée du contrat 9
Article 8. Prise d'effet et durée des garanties 10
Article 9. Prescription 10

TITRE II - RISQUES EXCLUS 11

Article 10. Exclusions 11

TITRE III - GARANTIES 11

CHAPITRE 1 – DISPOSITIONS COMMUNES 11
Article 11. Subrogation des Mutuelles co-assureurs 11
Article 12. Modalités d'application dans le temps des garanties du présent contrat 11
CHAPITRE 2 - BASE DE CALCUL DES PRESTATIONS 12
Article 13. Définition du traitement, des primes et indemnités 12
CHAPITRE 3 - GARANTIE INDEMNITÉS JOURNALIÈRES 12
Article 14. Définition de la garantie 12
Article 15. Montant de la prestation 12
Article 16. Point de départ du versement des indemnités journalières – Périodes de franchise 13
Article 17. Durée du service des indemnités journalières 13
Article 18. Terme du versement des indemnités journalières 13
Article 19. Maintien des prestations 14
CHAPITRE 4 - GARANTIE INVALIDITÉ 14
Article 20. Définition de la garantie 14
Article 21. Détermination du montant de la rente et service de la rente 14
Article 22. Point de départ du versement de la rente 14
Article 23. Terme du versement de la rente 15
Article 24. Maintien des prestations 15
CHAPITRE 5 - GARANTIE DECES OU PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE 15
Article 25. Définition de la garantie Décès - PTIA toutes causes 15
Article 26. Clause de renonciation 15
Article 27. Bénéficiaires des prestations en cas de Décès 15
Article 28. Bénéficiaire des prestations en cas de Perte totale et irréversible d'autonomie 16
Article 29. Maintien des garanties Décès 16
Article 30. Obligation des Mutuelles co-assureurs concernant les garanties décès 16
CHAPITRE 6 - FONDS D'ACTION SOCIALE 17
CHAPITRE 7 - GARANTIES ASSISTANCE 17
Article 31. Garantie RMA 17
Article 32. Affiliation obligatoire au contrat d'assurance de groupe Défense pénale et Recours professionnels – Droit de la sécurité sociale – Information Juridique 17

TITRE IV – CONDITIONS D'ATTRIBUTION ET SERVICES DES PRESTATIONS 18

Article 33. Garantie Indemnités Journalières 18
Article 34. Garantie Invalidité 18
Article 35. Garanties Décès - Perte Totale et Irréversible d'Autonomie 19
Article 36. Contrôles effectués à la demande de l'apériteur 19
Article 37. Procédure d'arbitrage 19
Article 38. Radiation, résiliation, terme de l'adhésion 19
Article 39. Cas de fraude 20
Article 40. Réticence ou fausse déclaration intentionnelle 20

TITRE V - COTISATIONS **20**

Article 41. Montant de la cotisation *20*
Article 42. Modalité de paiement de la cotisation *21*
Article 43. Défaut de paiement de la cotisation *21*
Article 44. Défaut de paiement de la participation financière du souscripteur *21*

TITRE VI - GESTION DES ASSURÉS **21**

Article 45. Etats à fournir *21*
Article 46. Protection des données à caractère personnel - passation gestion et exécution des contrats d'assurance *22*
Article 47. Réclamation *23*
Article 48. Clause d'attribution de compétence *23*

PARTIE II. GARANTIE(S) SUPPLEMENTAIRE(S) A ADHESION INDIVIDUELLE EN COMPLEMENT DES GARANTIES COLLECTIVES **24**

TITRE I - DISPOSITIONS COMMUNES 24
Article 49. Prise d'effet et renouvellement de l'adhésion *24*
Article 50. Conditions d'adhésion *24*
Article 51. Délai de stage – Conditions d'adhésion *26*
Article 52. Formalités d'adhésion *26*
Article 53. Information des membres participants *26*
Article 54. Réticence ou fausse déclaration intentionnelle *27*
Article 55. Exclusions *27*
Article 56. Définition de la base de calcul des prestations *27*
Article 57. Cotisations *27*
Article 58. Prescription *28*
Article 59. Cessation des garanties *28*
Article 60. Subrogation des Mutuelles co-assureurs *28*
Article 61. Modalités d'application dans le temps des garanties du présent contrat *29*
Article 62. Protection des données à caractère personnel - passation gestion et exécution des contrats d'assurance *29*
Article 63. Réclamation *30*
TITRE II - GARANTIE PERTE DE RETRAITE 30
Article 64. Objet de la garantie *30*
Article 65. Conditions d'adhésion *30*
Article 66. Point de départ du versement du capital *30*
Article 67. Montant et service du capital *30*
Article 68. Gestion du règlement des sinistres *31*
Article 69. Radiation, résiliation, terme de l'adhésion *31*
Article 70. Cas de fraude *31*
TITRE III – GARANTIE REGIME INDEMNITAIRE - INDEMNITES JOURNALIERES PENDANT LA PERIODE DE DEMI-TRAITEMENT 31
Article 71. Objet de la garantie *31*
Article 72. Conditions et modalités d'adhésion *31*
Article 73. Montant de la prestation *31*
Article 74. Durée du service des indemnités journalières *32*
Article 75. Terme du versement des indemnités journalières *32*
Article 76. Maintien des prestations *32*
Article 77. Contrôles effectués à la demande de l'apériteur *32*
Article 78. Procédure d'arbitrage *32*
Article 79. Paiement des indemnités *32*
TITRE IV – GARANTIE REGIME INDEMNITAIRE - INDEMNITES JOURNALIERES PENDANT LA PERIODE DE PLEIN-TRAITEMENT 33
Article 80. Objet de la garantie *33*
Article 81. Conditions et modalités d'adhésion *33*
Article 82. Montant de la prestation *33*
Article 83. Terme du versement des indemnités journalières *33*
Article 84. Maintien des prestations *33*
Article 85. Contrôles effectués à la demande de l'apériteur *33*
Article 86. Procédure d'arbitrage *34*

Article 87. Paiement des indemnités *34*
TITRE V - GARANTIE REGIME INDEMNITAIRE - INVALIDITE 34
Article 88. Définition de la garantie *34*
Article 89. Conditions d'adhésion *35*
Article 90. Point de départ du versement de la rente *35*
Article 91. Montant de la prestation et service de la rente *35*
Article 92. Gestion du règlement des sinistres *35*
Article 93. Radiation, résiliation, terme de l'adhésion *35*
Article 94. Cas de fraude *36*
Article 95. Terme du versement de la rente *36*
Article 96. Maintien des prestations *36*

TITRE I - CHAMP D'APPLICATION DU CONTRAT

Article 1. Préambule

Le présent contrat collectif de prévoyance est conclu entre :

- D'une part : le souscripteur, dont la dénomination sociale est mentionnée aux conditions particulières ;
- D'autre part :
  - 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,
  - la Mutuelle Générale de l'Education Nationale (MGEN) et la Mutuelle Générale de l'Education Nationale Vie (MGEN Vie), organismes assureurs du contrat, Mutuelles régies par le Livre II du Code de la Mutualité, dont les sièges sociaux sont situés 3 Square Max Hymans, 75748 PARIS cedex 15, inscrites respectivement au répertoire Sirène sous le numéro SIREN 775 685 399 et 441 922 002.

Agissant en qualité de co-assureurs des risques garantis par le présent contrat.

Les organismes assureurs sont désignés, aux fins des présentes : « les Mutuelles co-assureurs ».

Les relations entre les Mutuelles co-assureurs font l'objet d'une convention de co-assurance qui précise notamment les modalités de concertation entre elles.

Le présent contrat est souscrit par le souscripteur auprès des Mutuelles co-assureurs, en liaison avec la convention de participation conclue par le Centre de Gestion avec les Mutuelles co-assureurs pour le compte du souscripteur, et à laquelle le souscripteur a adhéré.

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 du Budapest CS 92459 75436 PARIS CEDEX 09.

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

Conformément aux dispositions

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

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

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

Le souscripteur est tenu d'en informer ses agents.

La MNT est désignée comme apériteur. En conséquence, la **MGEN donne mandat à la MNT** de la représenter et d'accomplir tous les actes nécessaires pour l'exécution du présent contrat de prévoyance en leur nom et pour leur compte. Elle est désignée aux fins des présentes « l'apériteur » ou « la MNT ».

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 l'apériteur. Les modalités de la participation des membres participants et, le cas échéant, des membres honoraires à l'assemblée générale de l'apériteur sont déterminées par les statuts de l'apériteur.

Par ailleurs, le membre participant pourra souscrire à des garanties individuelles dont les conditions sont mentionnées à la Partie II. GARANTIES SUPPLEMENTAIRES A ADHESION INDIVIDUELLE du présent contrat.

Le présent contrat est régi par les dispositions du Code de la Mutualité et par les statuts de l'apériteur. Les conditions générales et particulières du présent contrat définissent les droits et obligations de chacune des deux parties.

Les membres participants sont, du fait de leur adhésion au présent contrat, soumis aux dispositions des statuts de l'apériteur ; 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.

L'ordre d'application préférentielle des documents contractuels est institué comme suit :

- les conditions particulières,
- les conventions spéciales,
- les conditions générales de la MNT,
- le dossier contractuel de gestion.

Article 2. Objet du contrat

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

- des **garanties collectives** : Indemnités Journalières couvrant l'incapacité de travail, Régime Indemnitaire Indemnités Journalières sur la période du demi-traitement à hauteur de 50%, Invalidité et Décès/Perte Totale et Irréversible d'autonomie
- des **garanties supplémentaires à adhésion individuelle** : Perte de retraite, Régime Indemnitaire Indemnité Journalières sur la période du demi-traitement à hauteur de 90%, Régime Indemnitaire Indemnités Journalières sur la période du plein-traitement (à hauteur de 50% ou de 90%), Régime Indemnitaire Invalidité (à hauteur de 50% ou de 90%).

Ce contrat, appelé F2, sera le seul en vigueur à compter du 01/01/2025, le contrat F1 prenant fin au 31/12/2024.

Le contrat peut être résilié par chacune des parties à effet du 31 décembre de chaque année, par lettre recommandée adressée sous préavis de quatre mois pour le Centre de Gestion et de six mois pour l'Assureur, ou à tout moment selon les modalités prévues à l'Article 43 en cas de défaut de paiement des cotisations.

L'apériteur, pour le compte des Mutuelles co-assureurs, peut, avant le **30 juin** de chaque année, proposer des révisions de cotisations et/ou de garanties, par avenant au contrat adressé sous forme de lettre recommandée.

Les garanties sont définies en prenant en considération la réglementation actuelle du Régime de base français. Si ultérieurement une nouvelle réglementation, en application des dispositions législatives ou réglementaires alors en vigueur, entraîne une modification des engagements, l'apériteur peut, pour le compte des Mutuelles co-assureurs, selon le contexte et les contraintes réglementaires, proposer un ajustement de la cotisation ou une adaptation des prestations dans leurs conditions d'ouverture et/ou leur montant.

Plus particulièrement, la modification des garanties proposée par les Mutuelles co-assureurs visant à les mettre en conformité avec les règles fixées par les articles L.827-9 à L.827-11 du Code général de la fonction publique relatives à la définition et aux niveaux des garanties minimales est réputée acceptée à défaut d'opposition du Centre de Gestion. Les Mutuelles co-assureurs informent par écrit le Centre de Gestion des nouvelles garanties proposées et des conséquences juridiques, sociales, fiscales et tarifaires qui résultent de ce choix. Le Centre de gestion dispose d'un délai de trente jours pour refuser par écrit cette proposition. Les modifications acceptées entrent en application au plus tôt un mois après l'expiration du délai précité de trente jours et au plus tard dans un délai compatible avec les obligations légales et conventionnelles d'informations du souscripteur et des agents par le Centre de Gestion.

Article 3. Assurés

Peuvent être garantis au titre du présent contrat, les agents en activité de service les fonctionnaires et agents contractuels de droit public et de droit privé, y compris les agents mis à disposition par le souscripteur auprès d'un autre employeur public et les agents détachés auprès du souscripteur.

PARTIE I. GARANTIES COLLECTIVES

Article 4. Conditions d'adhésion

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

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, un délai de stage de six mois sera appliqué à compter de la date d'effet de l'adhésion.

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

Les agents embauchés postérieurement à la date de prise d'effet du contrat peuvent y adhérer sans condition sous réserve que leur inscription intervienne dans les 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, un délai de stage de six mois sera appliqué à compter de la date d'effet de l'adhésion.

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

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

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

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

Dispositions applicables en cas d'adhésion à la suite d'un démarchage :

Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui adhère dans ce cadre à un contrat collectif à adhésion facultative à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre ou tout autre support durable, par déclaration faite au Siège social ou dans une agence de l'apériteur, par acte extrajudiciaire ou par un mode de communication à distance 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 notification mentionnée 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. Les Mutuelles co-assureurs sont tenues 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 aux Mutuelles co-assureurs si le membre participant exerce son droit de renonciation alors que la réalisation d'un risque mettant en jeu la garantie du contrat collectif à adhésion facultative et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

Dispositions applicables en cas d'adhésion à distance :
En cas d'adhésion réalisée à distance c'est-à-dire hors la présence d'un conseiller des Mutuelles co-assureurs, et conformément à l'article L. 221-18 du Code de la mutualité, ou à la suite d'un démarchage téléphonique, l'adhérent bénéficie d'un droit de renonciation de trente jours calendaires révolus à compter de la date de prise d'effet de l'adhésion. Si les agents n'ont pas adhéré à distance ou à la suite d'un démarchage téléphonique, ils ne disposent pas de la faculté de renonciation. Ce délai commence à courir :
a) Soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet ;
b) Soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions d'adhésion et les informations, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée au point a ci-dessus.
Ce droit est à exercer par notification par lettre ou tout autre support durable, par déclaration faite au Siège social ou dans une agence de l'apériteur, par acte extrajudiciaire ou par un mode de communication à distance, selon le modèle de rédaction ci-après : *« Je soussigné(e) (nom, prénom), demeurant (adresse complète), vous notifie par la présente ma renonciation à mon adhésion au contrat collectif à adhésion facultative maintien de salaire effectuée le (date) à (lieu) Le (date et signature). »* La notification peut être adressée à MNT Contrats - TSA 70020 - 33044 Bordeaux Cedex.
Les agents qui demanderaient l'entrée en vigueur des garanties avant l'expiration du délai de renonciation de quatorze jours doivent acquitter en conséquence la cotisation due pour bénéficier des garanties dont le montant serait calculé au prorata temporis de la période de couverture par rapport au montant de la cotisation annuelle.
Dans le cas où les agents exerceraient leur faculté de renonciation, ils seraient tenus au paiement proportionnel du service correspondant à la durée de couverture dont le montant serait calculé au prorata temporis de la période pendant laquelle ils ont été couverts, par rapport au montant de la cotisation annuelle. Les Mutuelles co-assureurs rembourseraient alors au membre participant dans les meilleurs délais et au plus tard dans les trente jours toutes les sommes qu'elles auraient perçues de celui-ci en application du contrat, à l'exception du montant mentionné au présent alinéa. Ce délai commence à courir le jour où les Mutuelles co-assureurs reçoivent notification par le membre participant de sa volonté de se rétracter.
Les informations figurant au présent contrat sont valables jusqu'à ce qu'une modification y soit apportée par avenant.
La loi applicable aux relations précontractuelles entre le membre participant et les Mutuelles co-assureurs, et au contrat collectif en cas d'adhésion, est la loi française. La langue utilisée pendant la durée d'adhésion est le français.
Les dispositions relatives à l'adhésion à distance ne s'appliquent qu'au contrat initial, et pas aux dispositions contractuelles applicables en cas de tacite reconduction.
Les informations communiquées au membre participant le sont sur un support durable, c'est-à-dire tout instrument offrant la possibilité au membre participant, à l'employeur, à la personne morale souscriptrice, ou aux Mutuelles co-assureurs, de stocker des informations qui lui sont adressées personnellement afin de pouvoir s'y reporter ultérieurement pendant un laps de temps adapté aux fins auxquelles les informations sont destinées, et qui permet la reproduction à l'identique des informations conservées. A tout moment, au cours de la relation contractuelle, le membre participant a le droit, s'il en fait la demande, de recevoir les conditions contractuelles sur un support papier. En outre, le membre participant a le droit de changer les techniques de communication à distance utilisées, à moins que cela ne soit incompatible avec le contrat à distance conclu.

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

Article 5. Délai de stage – Conditions d'adhésion

Un délai de stage de six mois est appliqué aux garanties à compter de la date d'effet de l'adhésion au contrat, dès lors que l'adhésion prend effet après les périodes d'adhésion sans condition telles que définies à l'Article 4 ci-avant.

Toute incapacité de travail ouvrant droit à un congé de maladie ou à un temps partiel pour raison thérapeutique qui survient au cours de ce délai de six mois ainsi que toute invalidité faisant suite à cette incapacité ou survenant au cours de ce délai n'ouvrent pas droit au versement des prestations prévues aux garanties indemnités journalières, et invalidité du présent contrat.

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

Exemple n°1 : un agent dont l'adhésion au présent contrat prend effet au 1er juillet de l'année N et qui dans les six mois qui suivent cette date d'effet de l'adhésion bénéficie d'un congé de maladie (congé de maladie ordinaire, congé de longue maladie ou de grave maladie) suivi d'une invalidité ne peut pas bénéficier des prestations des garanties indemnités journalières et invalidité.

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

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

Toutefois ce délai n'est pas appliqué en cas d'incapacité ou d'invalidité consécutive à un accident.

L'accident s'entend de toute atteinte ou lésion corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré, provenant exclusivement de l'action soudaine d'une cause extérieure.

La preuve de la relation directe de cause à effet entre l'accident et l'incapacité ou l'invalidité incombe au demandeur.

La garantie décès PTIA n'est pas soumise au délai de stage.

Article 6. Information des membres participants

6.1 - Notice d'information :

Une notice d'information établie par les Mutuelles co-assureurs 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 des Mutuelles co-assureurs, 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 les Mutuelles co-assureurs trois mois au minimum avant la date d'entrée en vigueur de ces modifications. Du fait de ces modifications, les membres participants peuvent, dans un délai d'un mois à compter de la remise de la notice, dénoncer leur adhésion au contrat. La résiliation prend effet au premier jour du mois qui suit la réception de la demande de résiliation par l'apériteur.

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.

6.2 - Résiliation du contrat collectif :

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

Article 7. Conditions de prise d'effet et durée du contrat

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

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

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

Article 8. Prise d'effet et durée des garanties

8.1 - Prise d'effet des garanties :

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

- à la date d'effet du contrat souscrit par le souscripteur,
- au 1er jour du mois suivant la réception du bulletin d'adhésion si le membre participant adhère postérieurement à la date d'effet du contrat et sous réserve qu'il ne soit pas en arrêt de travail pour raisons médicales à cette date.

Les garanties prennent effet à l'égard de chaque membre participant qui est en arrêt de travail pour maladie ou accident à la date d'effet du contrat :

- dès le 1er jour du mois qui suit la demande d'adhésion si l'inscription intervient dans les douze mois qui suivent la reprise d'activité et sous réserve que le membre participant ne soit pas en arrêt de travail pour raisons médicales à cette date.

8.2 - Formalités d'adhésion :

Afin d'adhérer aux présentes garanties, le membre participant doit retourner à l'apériteur le bulletin d'adhésion qui lui a été remis par ce dernier, dûment complété, daté et signé. La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts des mutuelles co-assureurs et de celles des présentes garanties ;

8.3 - 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 notifiée par lettre ou tout autre support durable, par déclaration faite au Siège social ou dans une agence de l'apériteur, par acte extrajudiciaire ou par un mode de communication à distance au moins **deux mois** avant cette date.

Les garanties cessent de produire effet :

- à la date à laquelle le membre participant ne remplit plus les conditions visées à l'article 3 des conditions générales du présent contrat, ou cesse d'appartenir à l'effectif du souscripteur.
- en cas de non-paiement de la cotisation,
- au 67ème anniversaire du membre participant pour les garanties Indemnités Journalières, Régime Indemnitaire Indemnités Journalières, Décès toutes causes,
- au 62ème anniversaire du membre participant pour les garanties Invalidité et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie,
- au décès du membre participant,
- à la date d'effet de la résiliation des garanties,
- à la date d'effet de la résiliation de son adhésion par le membre participant.

En cas de désaccord sur les modifications tarifaires proposées ou en absence de réponse du souscripteur, 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.

Suspension du contrat de travail

En cas de suspension du contrat de travail les garanties sont suspendues de plein droit. La garantie reprend le jour qui suit la fin de la suspension du contrat de travail à condition que le membre participant acquitte de nouveau ses cotisations.

Article 9. Prescription

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

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où les Mutuelles co-assureurs en ont 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 les Mutuelles co-assureurs 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 ou d'un envoi recommandé électronique avec accusé de réception adressée par les Mutuelles co-assureurs au membre participant en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation ou par le membre participant aux Mutuelles co-assureurs en ce qui concerne le règlement de la prestation.

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

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

TITRE II - RISQUES EXCLUS

Article 10. Exclusions

LES MUTUELLES CO ASSUREURS NE PRENNENT PAS EN CHARGE LES RISQUES RESULTANT :

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

A. de faits de guerres civiles ou étrangères et d'émeutes, sauf si les conditions sont fixées par la législation à intervenir sur les assurances sur la vie en temps de guerre,
B. dus aux effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation, provenant de la transmutation de noyaux d'atome, comme la fission, la fusion, la radioactivité ou du fait de radiations provoquées par l'accélération des particules atomiques,
C. de la manipulation volontaire d'engins de guerre ou d'explosifs dont la détention est interdite.

10.2 - Exclusions spécifiques à la garantie Décès :

LES MUTUELLES CO-ASSUREURS NE PRENNENT 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).

TITRE III - GARANTIES

CHAPITRE 1 – DISPOSITIONS COMMUNES

Article 11. Subrogation des Mutuelles co-assureurs

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, les Mutuelles co-assureurs sont subrogées jusqu'à concurrence des prestations versées dans les droits et actions des membres participants, des bénéficiaires ou ayants droit contre les tiers responsables.

Article 12. Modalités d'application dans le temps des garanties du présent contrat

L'indemnisation des Mutuelles co-assureurs s'effectue selon les dispositions en vigueur du présent contrat à la date de l'arrêt de travail du membre participant.

CHAPITRE 2 - BASE DE CALCUL DES PRESTATIONS

Article 13. Définition du traitement, des primes et indemnités

13.1 - Pour le calcul de la garantie Indemnités Journalières :

- 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 primes ou indemnités nettes correspondent aux primes ou indemnités brutes mensuelles ayant donné lieu à cotisation au titre de la présente garantie diminuées des cotisations et prélèvements sociaux obligatoires (CSG, CRDS…). Ne sont pas prises en compte les primes et indemnitaires à caractère annuel comme le Complément Indemnitaire Annuel (CIA), la prime vacances et la prime de fin d'année (PFA), et les primes liées à l'effectif des fonctions.

Les heures supplémentaires sont exclues de la base des garanties

13.2 - Pour le calcul de la garantie Invalidité :

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.

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

Les prestations sont exprimées en pourcentage :
– du traitement de référence correspondant au traitement indiciaire **brut** fixe, plus la Nouvelle Bonification Indiciaire (NBI) **brute** ayant donné lieu au paiement de la cotisation au titre des présentes garanties.
– des primes et indemnités mensuelles **brutes** ayant donné lieu au paiement de la cotisation et perçu par le membre participant. Ne sont pas prises en compte les primes et indemnitaires à caractère annuel comme le Complément Indemnitaire Annuel (CIA), la prime vacances et la prime de fin d'année (PFA), et les primes liées à l'effectif des fonctions.

Les heures supplémentaires sont exclues de la base des garanties.

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

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

CHAPITRE 3 - GARANTIE INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

Article 14. 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 constaté, 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.

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

Article 15. Montant de la prestation

Le montant de la prestation telle que définie au présent article est net de tous prélèvements obligatoires (notamment la CSG et la CRDS) dus par l'adhérent. Le produit des prélèvements sociaux est calculé en sus et versé par la MNT à l'URSSAF.

15.1 - 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)

Sont prises en considération dans le calcul des prestations, les primes et indemnités mensuelles incluses dans l'assiette des cotisations. En tout état de cause, les Mutuelles co-assureurs limitent leur intervention à hauteur de 50 % du montant de ces primes et indemnités nettes, sous déduction du maintien éventuel des primes et indemnités de la collectivité et ce, à l'issue des périodes de franchise, définies à l'Article 16 du présent contrat.

15.2 - Pour les agents en temps partiel thérapeutique

- Pour les agents CNRACL

Sont prises en considération, dans le calcul des prestations les primes et indemnités mensuelles incluses dans l'assiette des cotisations. En tout état de cause, les Mutuelles co-assureurs limitent leur intervention à hauteur

de 50 % du montant de ces primes et indemnités nettes, sous déduction éventuelle du maintien des primes et indemnités versées par le souscripteur.

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

Les indemnités journalières sont calculées et versées à hauteur de 90 % du traitement de référence que le membre participant aurait perçu s'il n'avait pas cessé son activité, déduction faite des sommes perçues au cours de ce même mois (traitement perçu au titre du temps partiel thérapeutique et indemnités journalières de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme).

Sont prises en considération, dans le calcul des prestations les primes et indemnités mensuelles incluses dans l'assiette des cotisations. En tout état de cause, les Mutuelles co-assureurs limitent leur intervention à hauteur de 50 % du montant de ces primes et indemnités nettes, sous déduction éventuelle des primes et indemnités versées par le souscripteur.

15.3 - 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, les Mutuelles co-assureurs limitent leur intervention à hauteur de 45 % du traitement moyen de référence.

15.4 - 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 plus, 50 % du montant des primes et indemnités nettes mensuelles incluses dans l'assiette des cotisations 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 les Mutuelles co-assureurs sont réduites à due concurrence de ce montant.

Article 16. Point de départ du versement des indemnités journalières – Périodes de franchise

La prestation des Mutuelles co-assureurs est servie à compter de la fin de la période à plein traitement prévue par le statut de la Fonction Publique Territoriale.

16.1 - Pour les agents titulaires affiliés à la CNRACL :

- en cas de maladie ordinaire, à partir du 91e jour d'arrêt de travail continu ou discontinu,
- en cas de congé de longue maladie, à partir du début de la 2e année,
- en cas de congé de longue durée, à partir du début de la 4e année.

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

- en cas de maladie ordinaire, à partir du 91e jour d'arrêt de travail continu ou discontinu,
- en cas de congé de grave maladie, à partir du début de la 2e année.

16.3 - Pour les agents non titulaires :

- en cas de Maladie Ordinaire :
  - pour les agents ayant une ancienneté comprise entre 4 mois et 2 ans : à partir du 31e jour d'arrêt de travail continu ou discontinu,
  - pour les agents ayant une ancienneté comprise entre 2 ans et 3 ans : à partir du 61e jour d'arrêt de travail continu ou discontinu,
  - pour les agents ayant une ancienneté égale ou supérieure à 3 ans : à partir du 91e 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 2e année.

16.4 - 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 :

- à partir du 31e jour d'arrêt de travail continu ou discontinu (après épuisement de 30 jours continus ou non sur une période de 12 mois consécutifs).

Article 17. Durée du service des indemnités journalières

Pour tous les membres participants, la durée du service de la prestation versée par les Mutuelles co-assureurs ne peut pas excéder plus de 1 095 jours continus.

Article 18. Terme du versement des indemnités journalières

Le service des indemnités journalières prend fin à dater :

- soit du jour de la reprise d'activité,

- soit de la fin de l'indemnisation par l'employeur au titre du statut de la Fonction Publique Territoriale ou par l'assurance maladie au titre du régime général de la Sécurité sociale,
- soit de la liquidation d'une pension d'invalidité par le régime de base du membre participant,
- soit de l'expiration de la durée de 1095 jours visée à l'Article 17 du présent contrat,
- 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 67ème anniversaire du membre participant,
- soit du décès du membre participant.

Article 19. 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 18 du présent contrat.

CHAPITRE 4 - GARANTIE INVALIDITÉ

Article 20. Définition de la garantie

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

Pour les agents affiliés à la CNRACL :

- qui sont mis à la retraite pour invalidité ;

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

- qui justifient d'un taux d'invalidité d'au moins 2/3 avec un classement en 2e ou 3e catégorie au sens de l'article L.341-4, 2e et 3e 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.

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

Article 21. Détermination du montant de la rente et service de la rente

Le montant de la prestation telle que définie au présent article est net de tous prélèvements obligatoires (notamment la CSG et la CRDS) dus par l'adhérent. Le produit des prélèvements sociaux est calculé en sus et versé par la MNT à l'URSSAF.

21.1 - Montant de la rente :

La rente est calculée sur la base de 90 % du traitement de référence qu'aurait perçu le membre participant s'il n'avait pas cessé son activité à la date de prise en charge au titre de la présente garantie, déduction faite des sommes perçues au cours de ce mois (pension d'invalidité CNRACL, pension ou rente d'invalidité ou d'incapacité de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme).

21.2 -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 les Mutuelles co-assureurs 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 les Mutuelles co-assureurs est réduite à due concurrence de ce montant.

21.3 - Revalorisation :

Les Mutuelles co-assureurs définissent le taux de revalorisation de la rente au 1er juillet de chaque année en fonction des résultats annuels des garanties invalidité assurées par Les Mutuelles co-assureurs. 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.

21.4 - Service de la rente :

La rente est servie mensuellement et à terme échu.

Article 22. 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 2e ou 3e 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 23. Terme du versement de la rente

Le versement de la rente cesse dès :

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

Article 24. 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 23 du présent contrat.

CHAPITRE 5 - GARANTIE DECES OU PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE

Article 25. Définition de la garantie Décès - PTIA toutes causes

La garantie a pour objet de :

- Garantir en cas de décès des membres participants âgés de moins de 67 ans, le versement d'un capital égal à 25 % du traitement de référence annuel, plus 25 % du montant des primes et indemnités *à périodicité mensuelle perçues sur les 12 derniers mois*, au profit d'un ou plusieurs bénéficiaires tels que définis à l'Article 27 ci-après.
- Garantir en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie des membres participants âgés de moins de 62 ans, le versement par anticipation du capital prévu en cas de décès au profit du bénéficiaire tel que défini à l'Article 28 ci-après.

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

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

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

Article 26. Clause de renonciation

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

La renonciation entraîne la restitution, par l'apériteur, de l'intégralité des sommes versées par le membre participant dans un délai maximum de 30 jours calendaires révolus à compter de la réception de la notification mentionnée ci-dessus. Au-delà de ce délai, les sommes non restituées produisent de plein droit intérêt au taux légal majoré de moitié durant deux mois, puis à l'expiration de ce délai de deux mois, au double du taux légal.

Article 27. Bénéficiaires des prestations en cas de 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 l'apériteur.
En cas de pluralité de bénéficiaires de même rang et de prédécès de l'un ou de plusieurs d'entre eux, la part du capital lui (leur) revenant est répartie entre les autres bénéficiaires au prorata de leur part respective.
En l'absence de désignation expresse ou en cas de prédécès de tous les bénéficiaires désignés, le capital est attribué suivant l'ordre de priorité ci-après :

1 - au conjoint survivant du membre participant non séparé de corps par un jugement définitif passé en force de chose jugée ;
2 - à défaut à la personne liée au membre participant par un pacte civil de solidarité
3 - à défaut aux enfants du membre participant nés ou à naître ;
4 - à défaut aux ascendants du membre participant ;
5 - à défaut aux héritiers du membre participant.

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 l'apériteur, 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 l'apériteur que si elle lui a été notifiée par écrit. Lorsque la désignation du bénéficiaire est faite à titre gratuit, l'acceptation ne peut intervenir que dans un délai de trente jours au moins à compter du moment où le membre participant est informé que l'adhésion a pris effet. Après le décès du membre participant, l'acceptation est libre.
Toute révocation légalement prévue, entraînera le retour à la clause bénéficiaire par défaut prévue au présent article.

Article 28. Bénéficiaire des prestations en cas de Perte totale et irréversible d'autonomie

En cas de Perte totale et irréversible d'autonomie, le bénéficiaire des capitaux n'est autre que le membre participant lui-même.
Le versement du capital en cas de Perte totale et irréversible d'autonomie libère définitivement les Mutuelles co-assureurs de toute obligation lors du décès ultérieur du membre participant.

Article 29. Maintien des garanties Décès

Les membres participants percevant des prestations incapacité de travail ou invalidité ou perte de retraite bénéficient du maintien des garanties décès si elles sont souscrites, y compris en cas de résiliation de la convention et ce jusqu'à la cessation des garanties Décès tel que mentionné à l'Article 8.3 - .

Article 30. Obligation des Mutuelles co-assureurs concernant les garanties décès

30.1 - Information sur le terme du contrat :

L'apériteur adresse au membre participant au plus tard un mois avant la date du terme du contrat un relevé d'information spécifique mentionnant la date du terme de l'adhésion au contrat collectif et le montant des capitaux garantis.
Ce relevé d'information spécifique est également adressé au membre participant avant chaque date de reconduction tacite, dans les conditions prévues à l'alinéa précédent.
Si le membre participant ou le bénéficiaire ne s'est pas manifesté dans l'année qui suit la date du terme de l'adhésion au contrat collectif, le relevé d'information spécifique est à nouveau adressé au membre participant dans le mois qui suit le premier anniversaire du terme du contrat.

30.2 - Information sur le délai de versement des capitaux décès :

L'apériteur 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, l'apériteur verse, dans un délai qui ne peut excéder 5 jours ouvrés, le capital garanti au bénéficiaire.
Au-delà du délai de quinze jours mentionné au premier alinéa, le capital produit de plein droit intérêt au double du taux légal durant un mois puis, à l'expiration de ce délai d'un mois, au triple du taux légal. Au-delà du délai de 5 jours prévu au deuxième alinéa, le capital non versé produit de plein droit intérêt au double du taux légal durant deux mois puis, à l'expiration de ce délai de deux mois, au triple du taux légal. La période au cours de laquelle le capital a, le cas échéant, produit intérêt en application de l'alinéa précédent s'impute sur le calcul de ce délai de deux mois. Si, au-delà du délai de quinze jours mentionné au premier alinéa, l'apériteur 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.

30.3 - Revalorisation des capitaux décès et plafonnement des frais prélevés après la connaissance du décès :

Les frais prélevés par l'apériteur 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, l'apériteur ne peut prélever de frais au titre de l'accomplissement de ses obligations de recherche et d'information.

Le capital en euros garanti en cas de décès produit de plein droit intérêt dès la date du décès de l'assuré, et ce jusqu'à la réception des pièces mentionnées à l'article 30.2 - du présent contrat ou, le cas échéant, jusqu'au dépôt de ce capital à la Caisse des dépôts et consignations en application de l'article 30.4 - du présent contrat. A

compter de la date de connaissance du décès par l'apériteur, 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.

30.4 - Transfert à la Caisse 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 l'apériteur 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, l'apériteur informe, par courrier recommandé et par tout autre moyen à sa disposition, les titulaires et souscripteurs, leurs représentants légaux, leurs ayants droit ou les bénéficiaires des clauses du contrat dont les capitaux font l'objet des dispositions prévues ci-dessus de la mise en œuvre de ces dispositions.

La Caisse des dépôts et consignations organise la publicité appropriée de l'identité des membres participants ayant adhéré au contrat collectif, dont les sommes garanties ont fait l'objet du dépôt mentionné au présent article, afin de permettre aux bénéficiaires des règlements 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 6 - FONDS D'ACTION SOCIALE

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

CHAPITRE 7 - GARANTIES ASSISTANCE

Article 31. Garantie RMA

Les membres participants sont obligatoirement affiliés au contrat d'assistance 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 seule responsable des garanties délivrées au titre de ce contrat.

31.1 -Prise d'effet de la garantie

Les garanties entrent en vigueur pour le membre participant à compter de sa date d'adhésion.

Elles jouent pour un fait générateur survenu à compter de la date d'adhésion.

31.2 -Cessation de la garantie

La garantie cesse de produire ses effets :
- à la date du départ à la retraite du membre participant,
- au décès du membre participant,
- à la date d'effet de la résiliation de son adhésion par le membre participant ou de non-paiement de la cotisation.

Article 32. 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 seule responsable des garanties délivrées au titre de ce contrat.

32.1 -Prise d'effet de la garantie

Les garanties entrent en vigueur pour le membre participant à compter de sa date d'adhésion.

Elles jouent pour un fait générateur survenu à compter de la date d'adhésion.

32.2 -Cessation de la garantie

La garantie cesse de produire ses effets :
- à la date du départ à la retraite du membre participant,
- au décès du membre participant,
- à la date d'effet de la résiliation de son adhésion par le membre participant ou de non-paiement de la cotisation.

TITRE IV – CONDITIONS D'ATTRIBUTION ET SERVICES DES PRESTATIONS

Article 33. Garantie Indemnités Journalières

33.1 - Obligations du membre participant :

Pour faire valoir ses droits le membre participant doit remplir et adresser à l'apériteur 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.

33.2 - Pièces à fournir :

- les 3 derniers bulletins de salaire,
- l'attestation de la prise en charge à demi-traitement au titre du statut de la Fonction Publique Territoriale ou les décomptes de la Sécurité sociale,
- une attestation de l'employeur indiquant les périodes d'arrêt de travail au cours des 365 jours précédant l'arrêt au titre duquel la prestation est demandée,
- le Questionnaire médical de demande de prestations selon le modèle fourni par l'apériteur,
- le cas échéant, la copie de l'avis du Conseil Médical formation plénière, ou de l'arrêté relatif au congé de maladie, ou de la Comité Médical formation restreinte,
- 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).
- Le montant total de la cotisation (Agent + employeur) (en €),
- Le montant de la participation de l'employeur (en €) ou le taux de participation (en %) (rapport entre le montant de la participation et le montant total de la cotisation).

33.3 - 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 l'apériteur. Les prestations sont versées mensuellement à terme échu. L'indemnisation des primes et indemnités prises en considération dans l'assiette des cotisations s'effectue dans les conditions ci-après :

- mensuellement et à terme échu s'il y a une décision du Conseil Médical formation plénière, ou si les primes ou indemnités suivent le même régime que le traitement.

- en une seule fois lors de la reprise d'activité s'il n'y pas eu d'avis du Conseil Médical formation plénière avant cette reprise et si les primes ou indemnités ne suivent pas le même régime que le traitement.

A compter de la réception de l'ensemble des pièces du dossier et sauf en cas de force majeure, les prestations sont versées dans un délai maximum de 4 jours ouvrés.

Article 34. Garantie Invalidité

34.1 - Garantie Invalidité :

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

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

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

- la notification d'attribution d'une pension invalidité Sécurité sociale 2e ou 3e 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

A compter de la réception de l'ensemble des pièces du dossier et sauf en cas de force majeure, les prestations sont versées dans un délai maximum 5 jours ouvrés.

Article 35. Garanties Décès - Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

35.1 - Garantie Décès :

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

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

35.2 - Garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie :

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

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

Article 36. Contrôles effectués à la demande de l'apériteur

L'apériteur, par le service de son médecin conseil peut effectuer un contrôle médical du membre participant et faire pratiquer des examens complémentaires lorsque le versement des prestations est lié à son état de santé. Ces contrôles et examens complémentaires sont effectués aux frais des Mutuelles co-assureurs par un médecin désigné par leurs soins. Ils peuvent être réalisés uniquement en cours de prestations et non à la demande de prestations.
Ils ne peuvent être réalisés pour les congés maladie attribués après avis du médecin conseil ou avis de la sécurité sociale.
Le membre participant qui refuse de se soumettre au contrôle médical ou aux examens médicaux complémentaires demandés perd tout droit aux prestations.

Article 37. Procédure d'arbitrage

En cas de conclusion du rapport d'expertise diligenté par l'apériteur en défaveur du membre participant, l'apériteur notifie au membre participant sa décision.

Le membre participant peut contester les conclusions du rapport mentionné ci-dessus dans les 30 jours compter de la réception de ce document, en envoyant à la MNT une lettre recommandée avec accusé de réception accompagnée d'un certificat médical de son médecin. Dans ce cas, le versement des prestations est maintenu par la MNT.

A réception de ce courrier, la MNT demande, à ses frais, au membre participant de procéder à une contre expertise auprès d'un médecin agréé par la préfecture du souscripteur ou d'un autre département. Le médecin agréé est choisi par le membre participant. La décision prise par ce médecin agréé s'impose à la MNT et au membre participant.

Article 38. 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 évènements 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 36 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 39. Cas de fraude

En cas de fraude du membre participant de nature à entraîner le paiement de prestations indues, l'apériteur 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 aux Mutuelles co-assureurs.

Article 40. Réticence ou fausse déclaration intentionnelle

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle faite par le membre participant 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 les Mutuelles co-assureurs, 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 aux Mutuelles co-assureurs qui ont droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts. Les Mutuelles co-assureurs se réservent également le droit d'engager des poursuites pour le recouvrement des sommes indûment payées par elles au membre participant ou à ses ayants droit.

TITRE V - COTISATIONS

Article 41. Montant de la cotisation

La cotisation est fixée aux conditions particulières.

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

Le taux de cotisation est maintenu pendant deux ans.

A compter du 1er janvier 2025, le taux de la cotisation peut évoluer en cas d'aggravation de la sinistralité, de variation du nombre d'agents adhérents, d'évolutions démographiques ou de modifications de la réglementation, ayant un caractère significatif, conformément à l'article 20 du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011. Dans ce cas, le souscripteur en informe l'ensemble des agents ayant adhéré au présent contrat collectif.

Cas de l'aggravation de la sinistralité

L'aggravation de la sinistralité doit être constatée par la Mutuelle Nationale Territoriale par garantie sur la base :

- Des exercices de survenance disponibles depuis la date d'effet du contrat,
- Du compte de résultat technique, calculé par différence entre :
    - Les cotisations, par ailleurs minorées de la contribution prévue au I de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale et de la dotation à la provision pour cotisations non acquises, puis majorées de la reprise sur cette même provision,
    - Et :
        - Les prestations, par ailleurs majorées des dotations aux provisions techniques correspondantes, et minorées des reprises sur ces mêmes provisions,
        - Les frais de gestion.

L'éventuelle augmentation des taux de cotisation sera limitée à 5% par an.

Une rencontre annuelle (comité technique) entre le Centre de Gestion et l'apériteur (pour le compte des mutuelles co-assureurs) aura lieu pour présenter les éléments financiers de la garantie. Celle-ci aura pour objet de déterminer les suites à donner aux évolutions du contrat avec l'objectif d'obtenir un équilibre au terme de la convention.

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

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

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

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

41.1 -Assiette de cotisations :

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.

  Sont prises en considération dans l'assiette des cotisations, 100% des primes et indemnités à périodicité mensuelle perçues par les membres participants du souscripteur.

  Ne sont pas prises en compte les primes et indemnités à caractère annuel comme le Complément Indemnitaire Annuel (CIA), la prime vacances et la Prime de Fin d'Année (PFA) et les primes liées à l'exercice effectif des fonctions.

- **Pour les agents horaires** : sur le traitement brut perçu.

41.2 -Exonération de la cotisation :

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

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

Article 42. Modalité de paiement de la cotisation

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

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

Si la cotisation annuelle totale réglée ne correspondait pas à la cotisation prévue au contrat, il serait procédé à un ajustement en début d'année sur la base d'un état nominatif faisant apparaître les entrées et les sorties de membres participants en cours d'exercice.

Article 43. 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, l'apériteur 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.

Les Mutuelles co-assureurs ont 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 des Mutuelles co-assureurs, 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.

Article 44. Défaut de paiement de la participation financière du souscripteur

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

TITRE VI - GESTION DES ASSURÉS

Article 45. Etats à fournir

Le souscripteur du contrat doit adresser à l'apériteur les pièces suivantes :

1 - A la souscription :

- Un état nominatif des agents ou membres à assurer et en activité à la date d'effet du contrat. Cet état indique pour chaque membre participant, le nom, le prénom, l'adresse, la date de naissance, la situation de

famille, la catégorie, la position statutaire, ainsi que le montant du traitement annuel servant au calcul des cotisations. Les primes assujetties à cotisation doivent être indiquées séparément.

- Un état nominatif des agents ou membres en arrêt de travail à la date d'effet du contrat et la nature de l'arrêt de travail.

2 - <u>En cours d'exercice et trimestriellement</u> :

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

3 - <u>A chaque renouvellement du contrat</u> :

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

<u>Article 46.</u> Protection des données à caractère personnel - passation gestion et exécution des contrats d'assurance

Dans le cadre de leurs activités, les Mutuelles co-assureurs réalisent 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 des Mutuelles co-assureurs et peuvent, dans la limite des finalités ci-dessus, être transmises à des sous-traitants et partenaires contribuant à la réalisation de ces finalités.

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

Dans certains cas, les Mutuelles co-assureurs, pour utiliser ces données personnelles, doivent 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. Les Mutuelles co-assureurs l'informeront 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. Les Mutuelles co-assureurs informeront alors le membre participant et, si nécessaire, lui demanderont 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 les Mutuelles co-assureurs.

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

Le membre participant peut également introduire une réclamation relative à la protection des données 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 47. Réclamation

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

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

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

Enfin, si le litige persiste après épuisement de ces procédures internes de traitement des réclamations, les adhérents peuvent saisir le Médiateur de la Mutualité Française :

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

Conformément aux dispositions de l'article 2238 du Code civil, la prescription est suspendue à compter du jour où, après la survenance d'un litige, les parties conviennent de recourir à la médiation ou à la conciliation ou, à défaut d'accord écrit, à compter du jour de la première réunion de médiation ou de conciliation. La prescription est également suspendue à compter de la conclusion d'une convention de procédure participative. Une convention de procédure participative est une voie de négociation susceptible d'intervenir en cas de conflit, avant ou après la saisine d'un juge. Une telle convention est conclue pour une durée déterminée et est régie par les articles 2062 et suivants du Code civil.

La prescription est également suspendue à compter de l'accord du débiteur constaté par huissier de justice pour participer à la procédure prévue à l'article L. 125-1 du code des procédures civiles d'exécution, procédure simplifiée applicable pour le recouvrement des créances dont le montant en principal et intérêts n'excède pasla somme mentionnée à l'article R. 125-1 du Code des procédures civiles d'exécution.

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

Article 48. Clause d'attribution de compétence

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

PARTIE II. GARANTIE(S) SUPPLEMENTAIRE(S) A ADHESION INDIVIDUELLE EN COMPLEMENT DES GARANTIES COLLECTIVES

TITRE I - DISPOSITIONS COMMUNES

Article 49. Prise d'effet et renouvellement de l'adhésion

L'adhésion aux garanties supplémentaires à adhésion individuelle prend effet au 1er jour du mois qui suit l'acceptation de la demande d'adhésion par l'apériteur.

L'adhésion est souscrite à l'origine pour la période comprise entre la date de prise d'effet et le 31 décembre suivant.

Elle se renouvelle ensuite annuellement à chaque 1er janvier, par tacite reconduction, sauf dénonciation par l'une ou l'autre des parties – le membre participant ou l'apériteur. Pour être recevable, la dénonciation doit être notifiée par lettre recommandée avant le 31 OCTOBRE précédant la date de renouvellement.

Article 50. Conditions d'adhésion

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

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, un délai de stage de six mois sera appliqué à compter de la date d'effet de l'adhésion.

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

Les agents embauchés postérieurement à la date de prise d'effet du contrat peuvent y adhérer sans condition sous réserve que leur inscription intervienne dans les 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, un délai de stage de six mois sera appliqué à compter de la date d'effet de l'adhésion.

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

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

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

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

Dispositions applicables en cas d'adhésion à la suite d'un démarchage

Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui adhère dans ce cadre à un contrat collectif à adhésion facultative à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre ou tout autre support durable, par déclaration faite au Siège social ou dans une agence de l'apériteur, par acte extrajudiciaire ou par un mode de communication à distance 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 notification mentionnée 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. Les Mutuelles co-assureurs sont tenues 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 aux Mutuelles co-assureurs si le membre participant exerce son droit de renonciation alors que la réalisation d'un risque mettant en jeu la garantie du contrat collectif à adhésion facultative et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

Dispositions applicables en cas d'adhésion à distance :
En cas d'adhésion réalisée à distance c'est-à-dire hors la présence d'un conseiller des Mutuelles co-assureurs, et conformément à l'article L. 221-18 du Code de la mutualité, ou à la suite d'un démarchage téléphonique, l'adhérent bénéficie d'un droit de renonciation de quatorze jours calendaires révolus à compter de la date de prise d'effet de l'adhésion. Si les agents n'ont pas adhéré à distance ou à la suite d'un démarchage téléphonique, ils ne disposent pas de la faculté de renonciation. Ce délai commence à courir :
a) Soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet ;
b) Soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions d'adhésion et les informations, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée au point a ci-dessus.
Ce droit est à exercer par notification par lettre ou tout autre support durable, par déclaration faite au Siège social ou dans une agence de l'apériteur, par acte extrajudiciaire ou par un mode de communication à distance, selon le modèle de rédaction ci-après : *« Je soussigné(e) (nom, prénom), demeurant (adresse complète), vous notifie par la présente ma renonciation à mon adhésion au contrat collectif à adhésion facultative maintien de salaire effectuée le (date) à (lieu) Le (date et signature). »* La notification peut être adressée à MNT Contrats - TSA 70020 - 33044 Bordeaux Cedex.
Les agents qui demanderaient l'entrée en vigueur des garanties avant l'expiration du délai de renonciation de quatorze jours doivent acquitter en conséquence la cotisation due pour bénéficier des garanties dont le montant serait calculé au prorata temporis de la période de couverture par rapport au montant de la cotisation annuelle.
Dans le cas où les agents exerceraient leur faculté de renonciation, ils seraient tenus au paiement proportionnel du service correspondant à la durée de couverture dont le montant serait calculé au prorata temporis de la période pendant laquelle ils ont été couverts, par rapport au montant de la cotisation annuelle. Les Mutuelles co-assureurs rembourseraient alors au membre participant dans les meilleurs délais et au plus tard dans les trente jours toutes les sommes qu'elles auraient perçues de celui-ci en application du contrat, à l'exception du montant mentionné au présent alinéa. Ce délai commence à courir le jour où les Mutuelles co-assureurs reçoivent notification par le membre participant de sa volonté de se rétracter.
Les informations figurant au présent contrat sont valables jusqu'à ce qu'une modification y soit apportée par avenant.
La loi applicable aux relations précontractuelles entre le membre participant et les Mutuelles co-assureurs, et au contrat collectif en cas d'adhésion, est la loi française. La langue utilisée pendant la durée d'adhésion est le français.
Les dispositions relatives à l'adhésion à distance ne s'appliquent qu'au contrat initial, et pas aux dispositions contractuelles applicables en cas de tacite reconduction.

Les informations communiquées au membre participant le sont sur un support durable, c'est-à-dire tout instrument offrant la possibilité au membre participant, à l'employeur, à la personne morale souscriptrice, ou aux Mutuelles co-assureurs, de stocker des informations qui lui sont adressées personnellement afin de pouvoir s'y reporter ultérieurement pendant un laps de temps adapté aux fins auxquelles les informations sont destinées, et qui permet la reproduction à l'identique des informations conservées. A tout moment au cours de la relation contractuelle, le membre participant a le droit, s'il en fait la demande, de recevoir les conditions contractuelles sur un support papier. En outre, le membre participant a le droit de changer les techniques de communication à distance utilisées, à moins que cela ne soit incompatible avec le contrat à distance conclu.

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

Article 51. Délai de stage – Conditions d'adhésion

Un délai de stage de six mois est appliqué aux garanties à compter de la date d'effet de l'adhésion au contrat, dès lors que l'adhésion prend effet après les périodes d'adhésion sans condition telles que définies à l'Article 50 ci-avant.

Toute incapacité de travail ouvrant droit à un congé de maladie ou à un temps partiel pour raison thérapeutique qui survient au cours de ce délai de six mois ainsi que toute invalidité faisant suite à cette incapacité ou survenant au cours de ce délai n'ouvrent pas droit au versement des prestations prévues aux Régime Indemnitaire indemnités journalières, et Régime Indemnitaire invalidité et perte de retraite du présent contrat.

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

Exemple n°1 : un agent dont l'adhésion au présent contrat prend effet au 1er juillet de l'année N et qui dans les six mois qui suivent cette date d'effet de l'adhésion bénéficie d'un congé de maladie (congé de maladie ordinaire, congé de longue maladie ou de grave maladie) suivi d'une invalidité ne peut pas bénéficier des prestations des garanties Régime Indemnitaire indemnités journalières, et Régime Indemnitaire invalidité et perte de retraite.

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

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

Toutefois ce délai n'est pas appliqué en cas d'incapacité ou d'invalidité consécutive à un accident.

L'accident s'entend de toute atteinte ou lésion corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré, provenant exclusivement de l'action soudaine d'une cause extérieure.

La preuve de la relation directe de cause à effet entre l'accident et l'incapacité ou l'invalidité incombe au demandeur.

Article 52. Formalités d'adhésion

Afin d'adhérer aux présentes garanties, le membre participant doit retourner à l'apériteur le bulletin d'adhésion qui lui a été remis par ce dernier, dûment complété, daté et signé. La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts des Mutuelles co-assureurs et de celles des présentes garanties ;

Article 53. Information des membres participants

Une notice d'information établie par les Mutuelles co-assureurs 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 des Mutuelles co-assureurs, 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 les Mutuelles co-assureurs trois mois au minimum avant la date d'entrée en vigueur de ces modifications. Du fait de ces modifications, les membres participants peuvent, dans un délai d'un mois à compter de la remise de la notice, dénoncer leur adhésion au contrat. La résiliation prend effet au premier jour du mois qui suit la réception de la demande de résiliation par l'apériteur.

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 54. Réticence ou fausse déclaration intentionnelle

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle faite par le membre participant aux Mutuelles co-assureurs 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 les Mutuelles co-assureurs, 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 aux Mutuelles co-assureurs qui ont le droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts. Les Mutuelles co-assureurs se réservent 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 55. Exclusions

LES MUTUELLES CO ASSUREURS NE PRENNENT PAS EN CHARGE LES RISQUES RESULTANT :

A. de faits de guerres civiles ou étrangères et d'émeutes, sauf si les conditions sont fixées par la législation à intervenir sur les assurances sur la vie en temps de guerre,
B. dus aux effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation, provenant de la transmutation de noyaux d'atome, comme la fission, la fusion, la radioactivité ou du fait de radiations provoquées par l'accélération des particules atomiques,
C. de la manipulation volontaire d'engins de guerre ou d'explosifs dont la détention est interdite.

Article 56. Définition de la base de calcul des prestations

56.1 - Pour le calcul des garanties Régime Indemnitaire Indemnités Journalière et Régime Indemnitaire Invalidité :

Les primes ou indemnités nettes correspondent aux primes ou indemnités brutes mensuelles ayant donné lieu à cotisation au titre de la présente garantie diminuées des cotisations et prélèvements sociaux obligatoires (CSG, CRDS…). Ne sont pas prises en compte les primes et indemnitaires à caractère annuel comme le Complément Indemnitaire Annuel (CIA), la prime vacances et la prime de fin d'année (PFA), et les primes liées à l'effectif des fonctions.

Les heures supplémentaires sont exclues de la base des garanties.

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

Le capital est exprimé en pourcentage du Plafond Annuel de la Sécurité Sociale (PASS).

Article 57. Cotisations

a) Assiette des cotisations :

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

La cotisation est 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.

  Sont prises en considération dans l'assiette des cotisations, 100% des primes et indemnités à périodicité mensuelle perçues par les membres participants du souscripteur.

  Ne sont pas prises en compte les primes et indemnités à caractère annuel comme le Complément Indemnitaire Annuel (CIA), la prime vacances et la Prime de Fin d'Année (PFA) et les primes liées à l'exercice effectif des fonctions.

- **Pour les agents horaires** : sur le traitement brut perçu.

b) Exonération de la cotisation :

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

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

c) Modalités de paiement de la cotisation :

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

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

d) 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.

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.

Les Mutuelles co-assureurs ont 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 des Mutuelles co-assureurs, 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.

Article 58. Prescription

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

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où le Mutuelles co-assureurs en ont 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 les Mutuelles co-assureurs 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 les Mutuelles co-assureurs au membre participant en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation ou par le membre participant aux Mutuelles co-assureurs 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 59. Cessation des garanties

L'assurance cesse de produire ses effets :

- **en cas de non-paiement de la cotisation ;**
- **au 67ème anniversaire du membre participant pour les garanties Régime indemnitaire Indemnités Journalières ;**
- **au 62ème anniversaire du membre participant pour les garanties Régime Indemnitaire Invalidité et Perte de retraite ;**
- **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 60. Subrogation des Mutuelles co-assureurs

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, les Mutuelles co-assureurs sont subrogées jusqu'à concurrence des prestations versées dans les droits et actions des membres participants, des bénéficiaires ou ayants droit contre les tiers responsables.

Article 61. Modalités d'application dans le temps des garanties du présent contrat

L'indemnisation des Mutuelles co-assureurs s'effectue selon les dispositions en vigueur du présent contrat à la date de l'arrêt de travail du membre participant.

Article 62. Protection des données à caractère personnel - passation gestion et exécution des contrats d'assurance

Dans le cadre de leurs activités, les Mutuelles co-assureurs réalisent 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 des Mutuelles co-assureurs et peuvent, dans la limite des finalités ci-dessus, être transmises à des sous-traitants et partenaires contribuant à la réalisation de ces finalités.

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

Dans certains cas, les mutuelles co-assureurs, pour utiliser ces données personnelles, doivent 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. Les Mutuelles co-assureurs l'informeront 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. Les Mutuelles co-assureurs informeront alors le membre participant et, si nécessaire, lui demanderont 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 les mutuelles co-assureurs.

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

Le membre participant peut également introduire une réclamation relative à la protection des données 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 63. Réclamation

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

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

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

Enfin, si le litige persiste après épuisement de ces procédures internes de traitement des réclamations, les adhérents peuvent saisir le Médiateur de la Mutualité Française :

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

Conformément aux dispositions de l'article 2238 du Code civil, la prescription est suspendue à compter du jour où, après la survenance d'un litige, les parties conviennent de recourir à la médiation ou à la conciliation ou, à défaut d'accord écrit, à compter du jour de la première réunion de médiation ou de conciliation. La prescription est également suspendue à compter de la conclusion d'une convention de procédure participative. Une convention de procédure participative est une voie de négociation susceptible d'intervenir en cas de conflit, avant ou après la saisine d'un juge. Une telle convention est conclue pour une durée déterminée et est régie par les articles 2062 et suivants du Code civil.

La prescription est également suspendue à compter de l'accord du débiteur constaté par huissier de justice pour participer à la procédure prévue à l'article L. 125-1 du code des procédures civiles d'exécution, procédure simplifiée applicable pour le recouvrement des créances dont le montant en principal et intérêts n'excède pas la somme mentionnée à l'article R. 125-1 du Code des procédures civiles d'exécution.

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

TITRE II - GARANTIE PERTE DE RETRAITE

Article 64. Objet de la garantie

La garantie Perte de retraite a pour objet de servir un capital au membre participant des Mutuelles co-assureurs en cas de perte de retraite consécutive à une invalidité survenue avant 62 ans. Sont considérés comme invalides, les membres participants qui se trouvent dans l'impossibilité médicalement constatée d'exercer une activité professionnelle par suite de maladie ou d'accident de la vie privée, ou de maladie professionnelle ou d'accident du travail et :

Pour les 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 2e ou 3e catégorie au sens de l'article L.341-4, 2e et 3e 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 65. Conditions d'adhésion

Les conditions d'adhésion sont mentionnées à l'Article 50.

Article 66. Point de départ du versement du capital

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

Article 67. Montant et service du capital

67.1 - Montant du capital :

Le montant du capital est égal 33% du Plafond annuel de la Sécurité sociale.

Article 68. Gestion du règlement des sinistres

Pour toute demande de prestation, le bénéficiaire fournit à l'apériteur :

- le dernier bulletin de paiement de la CNRACL,

- le titre de pension de retraite (notification d'attribution d'une pension ou d'une retraite à titre inapte),

- le cas échéant, le relevé de carrière, le(s) titre(s) de retraite complémentaire.

A compter de la réception de l'ensemble des pièces du dossier et sauf en cas de force majeure, les prestations sont versées dans un délai maximum de 5 jours ouvrés.

Article 69. 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 évènements 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 70. Cas de fraude

En cas de fraude du membre participant de nature à entraîner le paiement de prestations indues, l'apériteur 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 l'apériteur.

TITRE III – GARANTIE REGIME INDEMNITAIRE - INDEMNITES JOURNALIERES PENDANT LA PERIODE DE DEMI-TRAITEMENT

Article 71. 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 dans l'incapacité complète d'exercer une activité professionnelle par suite de maladie ou d'accident médicalement constaté 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.

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

Article 72. Conditions et modalités d'adhésion

Les conditions d'adhésion sont celles mentionnées à l'Article 50.

Article 73. Montant de la prestation

Les indemnités journalières sont calculées et versées à hauteur de 90 % des primes et indemnités mensuelles incluses dans l'assiette des cotisations sous déduction de toutes sommes versées au titre du régime indemnitaire (maintien éventuel des primes et indemnités de la collectivité et du régime indemnitaire pris en charge au titre de la garantie collective), pendant la période de demi traitement.

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 montant des primes et indemnités nettes mensuelles incluses dans l'assiette des cotisations 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 les Mutuelles co-assureurs sont réduites à due concurrence de ce montant.

Article 74. Durée du service des indemnités journalières

Pour tous les membres participants, la durée du service de la prestation versée par les Mutuelles co-assureurs ne peut pas excéder plus de 1 095 jours continus.

Article 75. Terme du versement des indemnités journalières

Le service des indemnités journalières prend fin à dater :

- soit du jour de la reprise d'activité,
- soit de la fin de l'indemnisation par l'employeur au titre du statut de la Fonction Publique Territoriale ou par l'assurance maladie au titre du régime général de la Sécurité sociale,
- soit de la liquidation d'une pension d'invalidité par le régime de base du membre participant,
- soit de l'expiration de la durée de 1 095 jours visée à l'Article 74,
- soit du 67ème anniversaire du membre participant,
- soit du décès du membre participant.

Article 76. 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 75.

Article 77. Contrôles effectués à la demande de l'apériteur

L'apériteur, par le service de son médecin conseil peut effectuer un contrôle médical du membre participant et faire pratiquer des examens complémentaires lorsque le versement des prestations est lié à son état de santé. Ces contrôles et examens complémentaires sont effectués aux frais des Mutuelles co-assureurs par un médecin désigné par leurs soins. Ils peuvent être réalisés uniquement en cours de prestations et non à la demande de prestations.
Ils ne peuvent être réalisés pour les congés maladie attribués après avis du médecin conseil ou avis de la sécurité sociale.
Le membre participant qui refuse de se soumettre au contrôle médical ou aux examens médicaux complémentaires demandés perd tout droit aux prestations.

Article 78. Procédure d'arbitrage

En cas de conclusion du rapport d'expertise diligenté par l'apériteur en défaveur du membre participant, l'apériteur notifie au membre participant sa décision.

Le membre participant peut contester les conclusions du rapport mentionné ci-dessus dans les 30 jours à compter de la réception de ce document, en envoyant à la MNT une lettre recommandée avec accusé de réception accompagnée d'un certificat médical de son médecin. Dans ce cas, le versement des prestations est maintenu par la MNT.

A réception de ce courrier, la MNT demande, à ses frais, au membre participant de procéder à une contre-expertise auprès d'un médecin agréé par la préfecture du souscripteur ou d'un autre département. Le médecin agréé est choisi par le membre participant. La décision prise par ce médecin agréé s'impose à la MNT et au membre participant.

Article 79. Paiement des indemnités

79.1 - Obligations du membre participant :

Pour faire valoir ses droits le membre participant doit remplir et adresser à l'apériteur 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.

79.2 - 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 rapport médical établi par le Médecin traitant du membre participant, selon modèle fourni par l'apériteur,
- le cas échéant, la copie de l'avis du Conseil Médical formation plénière, ou de l'arrêté relatif au congé de maladie, ou de la Comité Médical formation restreinte,
- 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).

79.3 - 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 l'apériteur. Les prestations sont versées mensuellement à terme échu. L'indemnisation des primes et indemnités prises en considération dans l'assiette es cotisations s'effectue dans les conditions ci-après :

- mensuellement et à terme échu s'il y a une décision du Comité Médical Départemental, ou si les primes ou indemnités suivent le même régime que le traitement.

- en une seule fois lors de la reprise d'activité s'il n'y pas eu d'avis du Comité Médical Départemental avant cette reprise et si les primes ou indemnités ne suivent pas le même régime que le traitement.

A compter de la réception de l'ensemble des pièces du dossier et sauf en cas de force majeure, les prestations sont versées dans un délai maximum de 4 jours ouvrés.

TITRE IV – GARANTIE REGIME INDEMNITAIRE - INDEMNITES JOURNALIERES PENDANT LA PERIODE DE PLEIN-TRAITEMENT

Article 80. 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 dans l'incapacité complète d'exercer une activité professionnelle par suite de maladie ou d'accident médicalement constaté 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.

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

Article 81. Conditions et modalités d'adhésion

Les conditions d'adhésion sont celles mentionnées à l'Article 50.

Article 82. Montant de la prestation

Les indemnités journalières sont calculées et versées à hauteur de 50% (ou 90% au choix de l'agent) des primes les primes et indemnités mensuelles incluses dans l'assiette des cotisations sous déduction du maintien éventuel des primes et indemnités de la collectivité, et ce, et ce, pour les congés de maladie à l'exception des congés de maladie ordinaire (CMO), **pendant la période de plein traitement.**

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 50% (ou 90 % au choix de l'agent) du montant des primes et indemnités nettes mensuelles incluses dans l'assiette des cotisations 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 les Mutuelles co-assureurs sont réduites à due concurrence de ce montant.

Article 83. 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 67ème anniversaire du membre participant,
- soit du décès du membre participant,
- soit le passage à demi-traitement

Article 84. 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 83.

Article 85. Contrôles effectués à la demande de l'apériteur

L'apériteur, par le service de son médecin conseil peut effectuer un contrôle médical du membre participant et faire pratiquer des examens complémentaires lorsque le versement des prestations est lié à son état de santé. Ces contrôles et examens complémentaires sont effectués aux frais des Mutuelles co-assureurs par un médecin désigné par leurs soins. Ils peuvent être réalisés uniquement en cours de prestations et non à la demande de prestations.

Ils ne peuvent être réalisés pour les congés maladie attribués après avis du médecin conseil ou avis de la sécurité sociale.
Le membre participant qui refuse de se soumettre au contrôle médical ou aux examens médicaux complémentaires demandés perd tout droit aux prestations.

Article 86. Procédure d'arbitrage

En cas de conclusion du rapport d'expertise diligenté par l'apériteur en défaveur du membre participant, l'apériteur notifie au membre participant sa décision.

Le membre participant peut contester les conclusions du rapport mentionné ci-dessus dans les 30 jours à compter de la réception de ce document, en envoyant à la MNT une lettre recommandée avec accusé de réception accompagnée d'un certificat médical de son médecin. Dans ce cas, le versement des prestations est maintenu par la MNT.

A réception de ce courrier, la MNT demande, à ses frais, au membre participant de procéder à une contre-expertise auprès d'un médecin agréé par la préfecture du souscripteur ou d'un autre département. Le médecin agréé est choisi par le membre participant. La décision prise par ce médecin agréé s'impose à la MNT et au membre participant.

Article 87. Paiement des indemnités

87.1 - Obligations du membre participant :

Pour faire valoir ses droits le membre participant doit remplir et adresser à l'apériteur 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.

87.2 - Pièces à fournir :

- les 3 derniers bulletins de salaire,
- l'attestation de la prise en charge à plein 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 rapport médical établi par le Médecin traitant du membre participant, selon modèle fourni par l'apériteur,
- le cas échéant, la copie de l'avis du Conseil Médical formation plénière, ou de l'arrêté relatif au congé de maladie, ou de la Comité Médical formation restreinte,
- 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).

87.3 - 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 l'apériteur. Les prestations sont versées mensuellement à terme échu. L'indemnisation des primes et indemnités prises en considération dans l'assiette des cotisations s'effectue dans les conditions ci-après :

- mensuellement et à terme échu s'il y a une décision du Comité Médical Départemental, ou si les primes ou indemnités suivent le même régime que le traitement.
- en une seule fois lors de la reprise d'activité s'il n'y pas eu d'avis du Comité Médical Départemental avant cette reprise et si les primes ou indemnités ne suivent pas le même régime que le traitement.

A compter de la réception de l'ensemble des pièces du dossier et sauf en cas de force majeure, les prestations sont versées dans un délai maximum de 4 jours ouvrés.

TITRE V - GARANTIE REGIME INDEMNITAIRE - INVALIDITE

Article 88. 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 2e ou 3e catégorie au sens de l'article L.341-4, 2e et 3e 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 89. Conditions d'adhésion

Les conditions d'adhésion sont celles mentionnées à l'Article 50.

Article 90. 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 2e ou 3e 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 91. Montant de la prestation et service de la rente

Le montant de la rente mensuelle est calculé sur la base de 90% (ou 50% au choix de l'agent) du montant des primes et indemnités nettes qu'aurait perçu le membre participant s'il n'avait pas cessé son activité à la date de prise en charge au titre de la présente garantie, déduction faite des sommes perçues au cours de ce mois (pension d'invalidité CNRACL, pension ou rente d'invalidité ou d'incapacité de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme) au titre du régime indemnitaire.

91.1 -Règle de cumul :

En aucun cas les prestations, en application des présentes conditions ne peuvent excéder 90% (ou 50% au choix de l'agent) du montant de la perte de la prime ou de l'indemnité. Cette perte est appréciée par rapport au montant net de la prime ou de l'indemnité que le membre participant aurait perçu s'il avait continué son activité normale au moment de l'ouverture des droits à prestations.

En cas de dépassement de cette limite, la rente versée par la MNT est réduite à due concurrence de ce montant.

91.2 - Revalorisation :

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

91.3 - Service de la rente :

La rente est servie mensuellement et à terme échu.

Article 92. Gestion du règlement des sinistres

Pour toute demande de prestation, le bénéficiaire fournit à l'apériteur :

- 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).

A compter de la réception de l'ensemble des pièces du dossier et sauf en cas de force majeure, les prestations sont versées dans un délai maximum de 5 jours ouvrés.

Article 93. 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 évènements 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 94. Cas de fraude

En cas de fraude du membre participant de nature à entraîner le paiement de prestations indues, l'apériteur 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 l'apériteur.

Article 95. Terme du versement de la rente

Le versement de la rente cesse dès :

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

Article 96. 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 95.

Contrat co-assuré par la MGEN, Mutuelle régie par le Livre II du Code de la Mutualité,
immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 775 685 399
Siège social : 3 Square Max Hymans - 75748 PARIS cedex 15
la MGEN Vie, Mutuelle régie par le Livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 441 922 002
Siège social : 3 Square Max Hymans - 75748 PARIS cedex 15
la Mutuelle Nationale Territoriale, Mutuelle régie par le Livre II du Code de la Mutualité,
immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 775 678 584.
Siège social : 4, rue d'Athènes – 75009 PARIS