



CONTRAT DE PRÉVOYANCE

MAINTIEN DE SALAIRE ET DECES

INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

INVALIDITE - PERTE DE RETRAITE EN
CAPITAL - DECES/PERTE TOTALE ET
IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE

CONDITIONS GÉNÉRALES
(Référence : CG-CDG SEINE-MARITIME-avec RI B-2020)

TITRE I - CHAMP D'APPLICATION DU CONTRAT.....	3
Article 1. <i>Préambule</i>	3
Article 2. <i>Objet du contrat</i>	3
Article 3. <i>Assurés.....</i>	3
PARTIE I. GARANTIE COLLECTIVE	4
Article 4. <i>Conditions d'adhésion.....</i>	4
Article 5. <i>Délai de stage – Conditions d'adhésion.....</i>	5
Article 6. <i>Information des membres participants.....</i>	6
Article 7. <i>Conditions de prise d'effet et durée du contrat</i>	6
Article 8. <i>Prise d'effet et durée des garanties</i>	6
Article 9. <i>Prescription.....</i>	7
TITRE II - RISQUES EXCLUS	7
Article 10. <i>Exclusions.....</i>	7
TITRE III - GARANTIES.....	8
CHAPITRE 1 - DISPOSITION COMMUNE	8
Article 11. <i>Subrogation de la mutuelle</i>	8
CHAPITRE 2 - BASE DE CALCUL DES PRESTATIONS	8
Article 12. <i>Définition du traitement.....</i>	8
CHAPITRE 3 - GARANTIE INDEMNITÉS JOURNALIÈRES	8
Article 13. <i>Définition de la garantie.....</i>	8
Article 14. <i>Montant de la prestation.....</i>	8
Article 15. <i>Point de départ du versement des indemnités journalières – Périodes de franchise 9</i>	
Article 16. <i>Durée du service des indemnités journalières</i>	10
Article 17. <i>Terme du versement des indemnités journalières</i>	10
Article 18. <i>Maintien des prestations</i>	10
CHAPITRE 4 - FONDS D'ACTION SOCIALE	10
CHAPITRE 5 - GARANTIE ASSISTANCE	10
Article 19. <i>Garantie</i>	10
Article 20. <i>Prise d'effet de la garantie</i>	10
Article 21. <i>Cessation de la garantie</i>	10
TITRE IV – CONDITIONS D'ATTRIBUTION DES PRESTATIONS.....	11
Article 22. <i>Garantie Indemnités Journalières</i>	11
Article 23. <i>Contrôles effectués à la demande de la Mutuelle Nationale Territoriale</i>	11
Article 24. <i>Procédure d'arbitrage.....</i>	11
Article 25. <i>Radiation, résiliation, terme de l'adhésion</i>	11
Article 26. <i>Cas de fraude</i>	12
Article 27. <i>Réticence ou fausse déclaration intentionnelle</i>	12
TITRE V - COTISATIONS.....	12
Article 28. <i>Montant de la cotisation.....</i>	12
Article 29. <i>Modalité de paiement de la cotisation</i>	13
Article 30. <i>Défaut de paiement de la cotisation</i>	13
Article 31. <i>Défaut de paiement de la participation financière du souscripteur</i>	13
TITRE VI - GESTION DES ASSURÉS.....	13
Article 32. <i>Protection des données à caractère personnel - passation gestion et exécution des contrats d'assurance.....</i>	13
Article 33. <i>Réclamation</i>	14
Article 34. <i>Clause d'attribution de compétence</i>	15
PARTIE II. GARANTIES SUPPLEMENTAIRES A ADHESION INDIVIDUELLE EN COMPLEMENT DE LA GARANTIE COLLECTIVE	16

TITRE I - CHAMP D'APPLICATION DU CONTRAT

Article 1. Préambule

Le présent contrat collectif de prévoyance est conclu entre :

- le souscripteur, dont la dénomination sociale est mentionnée aux conditions particulières ;
- la Mutuelle Nationale Territoriale (MNT), organisme assureur du contrat, Mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité, dont le siège social est situé 4 rue d'Athènes, 75009 PARIS, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° SIREN 775 678 584 et sous l'identifiant LEI 9695000Q8HEMSMEPFF29 attribué par l'INSEE.

Il est constitué des conditions générales et des conditions particulières.

Conformément aux dispositions de l'article L. 510-1 du Code de la mutualité, le contrôle sur les mutuelles régies par le Code de la mutualité est exercé, dans l'intérêt de leurs membres, par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) située 4 place de Budapest CS 92459 75436 PARIS CEDEX 09.

Le présent contrat est souscrit par le souscripteur auprès de la Mutuelle Nationale Territoriale, en liaison avec la convention de participation conclue par le Centre de gestion avec la Mutuelle Nationale Territoriale.

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

Conformément aux dispositions

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

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

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

Le souscripteur est tenu d'en informer ses agents.

Le présent contrat est à adhésion facultative pour les agents relevant des catégories mentionnées ci-dessous ; ils acquièrent, au titre de cette adhésion, la qualité de membre participant de la Mutuelle Nationale Territoriale. Par ailleurs, le membre participant pourra souscrire à des garanties individuelles dont les conditions sont mentionnées à la Partie II. GARANTIES 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 la Mutuelle Nationale Territoriale. Les conditions générales et particulières du présent contrat définissent les droits et obligations de chacune des deux parties et des agents y adhérent.

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

Article 2. Objet du contrat

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

- de la **garantie collective** : Indemnités Journalières couvrant l'incapacité de travail,
- des **garanties supplémentaires à adhésion individuelle** : Invalidité, Perte de retraite en capital, Décès/Perte Totale et Irréversible d'autonomie.

Article 3. Assurés

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

- agents titulaires et stagiaires affiliés à la CNRACL,
- agents titulaires non affiliés à la CNRACL,
- agents contractuels de droit public et de droit privé.

PARTIE I. GARANTIE COLLECTIVE

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 la MNT.

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

Les agents en arrêt de travail pour maladie ou accident non professionnel (ou de vie privée), à la date d'effet du contrat peuvent adhérer au contrat sous réserve d'une reprise effective de leur activité et que leur inscription intervienne dans les douze premiers mois suivant leur reprise d'activité. 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 présent contrat ne couvrira que les conséquences d'une nouvelle pathologie (maladie ou accident de vie privé). Les conséquences de la maladie en cours à la souscription du contrat ainsi que les rechutes ne seront pas prises en charge au titre du présent contrat à l'exception des rechutes concernant les membres participants non couverts précédemment.

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

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

Les agents à temps partiel pour raison thérapeutique à la date de prise d'effet du contrat peuvent adhérer au contrat après une reprise effective de leur activité à temps complet et sous réserve que leur inscription intervienne dans les douze premiers mois suivant leur reprise d'activité. 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.

Adhésion à la suite d'un démarchage

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

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

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

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

Dispositions en cas d'adhésion à distance :

En cas d'adhésion réalisée à distance c'est-à-dire hors la présence d'un conseiller de la Mutuelle Nationale Territoriale, et conformément à l'article L. 221-18 du Code de la mutualité, ou à la suite d'un démarchage téléphonique, l'adhérent bénéfice d'un droit de renonciation de quatorze jours calendaires révolus à compter de la date de prise d'effet de l'adhésion. Si les agents n'ont pas adhéré à distance ou à la suite d'un démarchage téléphonique, ils ne disposent pas de la faculté de renonciation. Ce délai commence à courir :

- a) Soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet ;
- b) Soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions d'adhésion et les informations, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée au point a ci-dessus.

Ce droit est à exercer par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée à MNT Contrats - TSA 70020 - 33044 Bordeaux Cedex, selon le modèle de rédaction ci-après : « Je soussigné(e) (nom, prénom), demeurant (adresse complète), vous notifie par la présente ma renonciation à mon adhésion au contrat collectif à adhésion facultative maintien de salaire effectuée le (date) à (lieu) Le (date et signature). »

Les agents qui demanderaient l'entrée en vigueur des garanties avant l'expiration du délai de renonciation de 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 exerçaient leur faculté de renonciation, ils seraient tenus au paiement proportionnel du service correspondant à la durée de couverture dont le montant serait calculé au prorata temporis de la période pendant laquelle ils ont été couverts, par rapport au montant de la cotisation annuelle. La Mutuelle Nationale Territoriale rembourserait alors au membre participant dans les meilleurs délais et au plus tard dans les trente jours toutes les sommes qu'elle aurait perçues de celui-ci en application du contrat, à l'exception du montant mentionné au présent alinéa. Ce délai commence à courir le jour où la Mutuelle Nationale Territoriale reçoit notification par le membre participant de sa volonté de se rétracter.

Les informations figurant au 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 la Mutuelle Nationale Territoriale, et au contrat collectif en cas d'adhésion, est la loi française. La langue utilisée pendant la durée d'adhésion est le français.

Les dispositions relatives à l'adhésion à distance ne s'appliquent qu'au contrat initial, et pas aux dispositions contractuelles applicables en cas de tacite reconduction.

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

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

Article 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 d'un an ainsi que toute invalidité faisant suite à cette incapacité ou survenant au cours de ce délai n'ouvrent pas droit au versement des prestations prévues aux garanties indemnités journalières, invalidité et Invalidité 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 à la garantie indemnités journalières.

Exemple n°1 : un agent dont l'adhésion au présent contrat prend effet au 1^{er} juillet de l'année N et qui dans les douze 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 de la garantie indemnités journalières.

Exemple n°2 : un agent dont l'adhésion au présent contrat prend effet au 1^{er} janvier de l'année N et qui bénéficie d'un congé de longue maladie à compter du 1^{er} septembre de cette même année avec un passage à demi-traitement au 1^{er} septembre de l'année suivante N+1 ne peut pas bénéficier des prestations indemnités journalières, 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 1^{er} janvier de l'année N et qui bénéficie d'un congé de longue maladie à compter du 1^{er} octobre 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, 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 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 incombe au demandeur.

Article 6. Information des membres participants

6.1 - Notice d'information :

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

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

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

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

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

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

- dès le 1^{er} jour du mois qui suit la demande d'adhésion si l'inscription intervient dans les six 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 la Mutuelle Nationale Territoriale le bulletin d'adhésion qui lui a été remis par cette dernière, dûment complété, daté et signé. La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts de la Mutuelle Nationale Territoriale et de celles des présentes garanties ;

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 1^{er} janvier, sauf résiliation par le membre participant au moyen d'une lettre recommandée au moins **deux mois** avant cette date.

Les garanties cessent de produire effet :

- à la date à laquelle le membre participant ne remplit plus les conditions visées à l'article 3 des conditions générales du présent contrat, ou cesse d'appartenir à l'effectif du souscripteur.
- en cas de non-paiement de la cotisation,
- à l'âge d'ouverture des droits à la retraite à taux plein pour les garanties Indemnités Journalières,
- au décès du membre participant,
- à la date d'effet de la résiliation des garanties,
- à la date d'effet de la résiliation de son adhésion par le membre participant.

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

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

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

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

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

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

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

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

TITRE II - RISQUES EXCLUS

Article 10. Exclusions

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

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

- E. des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation, provenant de la transmutation de noyaux d'atome,
- F. de vols sur appareils non munis d'un certificat de navigabilité ou pour lesquels le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valide,
- G. de vols sur ailes volantes, ULM, parapente, sports extrêmes, rallyes, courses motocyclistes et automobiles, sauts à l'élastique,
- H. d'activités sportives ou de loisirs pratiquées dans le non-respect de la réglementation, des règles, consignes et recommandations de sécurité, de prudence élémentaire ou pratiquées au moyen d'un matériel non conforme à l'usage qui en est fait ou pratiquées à titre professionnel,
- I. de cataclysme, tremblement de terre, éruption volcanique, raz de marée,
- J. d'usage de stupéfiants, drogues, produits toxiques ou médicaments non prescrits,
- K. d'accidents dont est victime le membre participant alors qu'il se trouve en état d'alcoolémie ou d'ivresse manifeste, lorsque sa responsabilité est engagée.

TITRE III - GARANTIES

CHAPITRE 1 - DISPOSITION COMMUNE

Article 11. Subrogation de la mutuelle

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

CHAPITRE 2 - BASE DE CALCUL DES PRESTATIONS

Article 12. Définition du traitement

12.1 - 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...).

Les heures supplémentaires sont exclues de la base des garanties.

CHAPITRE 3 - GARANTIE INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

Article 13. Définition de la garantie

La garantie indemnités journalières a pour objet de faire bénéficier d'indemnités journalières les membres participants n'ayant pas atteint l'âge d'ouverture des droits à la retraite à taux plein et qui :

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

Article 14. Montant de la prestation

14.1 - Pour les agents titulaires ou non titulaires :

Les indemnités journalières sont calculées et versées à hauteur de 95 % du traitement de référence que le membre participant aurait perçu s'il n'avait pas cessé son activité, déduction faite des sommes perçues au cours de ce même mois (demi-traitement, indemnités journalières de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme).

Sont prises en considération dans le calcul des prestations, les primes et indemnités mensuelles incluses dans l'assiette des cotisations. En tout état de cause la mutuelle limite son intervention à hauteur de 50 % du montant de ces primes et indemnités nettes et ce, à l'issue des périodes de franchise, définies à l'Article 15 du présent contrat.

14.2 - Pour les agents en temps partiel thérapeutique :

- Pour les agents CNRACL

Sont prises en considération dans le calcul des prestations les primes et indemnités mensuelles incluses dans l'assiette des cotisations. En tout état de cause, la Mutuelle Nationale Territoriale limite son intervention à hauteur

de 50 % du montant de ces primes et indemnités nettes, sous déduction éventuelle 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 95 % du traitement de référence que le membre participant aurait perçu s'il n'avait pas cessé son activité, déduction faite des sommes perçues au cours de ce même mois (traitement perçu au titre du temps partiel thérapeutique et indemnités journalières de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme).

Sont prises en considération dans le calcul des prestations les primes et indemnités mensuelles incluses dans l'assiette des cotisations. En tout état de cause, la Mutuelle Nationale Territoriale limite son intervention à hauteur de 50 % du montant de ces primes et indemnités nettes, sous déduction éventuelle des primes et indemnités versées par le souscripteur.

14.3 - Pour les agents travaillant à temps partiel pour raisons médicales, qui perçoivent des prestations au titre de la présente garantie et qui sont en arrêt total de travail à nouveau, les indemnités journalières sont calculées et versées à hauteur de 95 % du traitement de référence plus 50 % du montant des primes et indemnités mensuelles nettes ayant donné lieu à cotisation que le membre participant aurait perçus sur la base de son temps d'activité avant la reconnaissance du temps partiel, déduction faite des sommes perçues (demi-traitement, indemnités journalières de la Sécurité sociale). En tout état de cause la Mutuelle Nationale Territoriale limite son intervention à 47,50 % du traitement de référence et des primes et indemnités mensuelles nettes pris en compte dans la base de cotisation avant la reconnaissance du temps partiel.

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

Les indemnités journalières sont calculées sur la base de 95 % du traitement moyen de référence déduction faite des sommes perçues (Indemnités Journalières de la Sécurité sociale). Le traitement moyen de référence est égal au montant net de la moyenne des 12 derniers mois de traitement ayant donné lieu à cotisation. En tout état de cause la Mutuelle Nationale Territoriale limite son intervention à 47,5 % du traitement moyen de référence.

14.5 - 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 95 % du traitement de référence plus 50 % du montant des primes et indemnités nettes mensuelles que le membre participant aurait perçu s'il avait continué d'exercer son activité.

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

Article 15. Point de départ du versement des indemnités journalières – Périodes de franchise

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

15.1 - Pour les agents titulaires affiliés à la CNRACL :

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

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

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

15.3 - 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 31^e jour d'arrêt de travail continu ou discontinu,
 - pour les agents ayant une ancienneté comprise entre 2 ans et 3 ans : à partir du 61^e jour d'arrêt de travail continu ou discontinu,
 - pour les agents ayant une ancienneté égale ou supérieure à 3 ans : à partir du 91^e jour d'arrêt de travail continu ou discontinu.
- en cas de congé de grave maladie pour les agents ayant une ancienneté égale ou supérieure à 3 ans :
 - à partir du début de la 2^e année.

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

- à partir du 61^e jour d'arrêt de travail continu ou discontinu (après épuisement de 60 jours continus ou non sur une période de 12 mois consécutifs).

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

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

Article 16. Durée du service des indemnités journalières

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

Dans le cadre du temps partiel pour raisons médicales, la durée du service de la prestation versée par la Mutuelle Nationale Territoriale ne peut pas excéder plus de 1 095 jours sur toute la durée de l'affiliation du membre participant à la présente garantie.

Article 17. 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 16 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 de l'âge d'ouverture des droits à la retraite à taux plein,
- soit du décès du membre participant.

Article 18. 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 17 du présent contrat.

CHAPITRE 4 - 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 5 – GARANTIE ASSISTANCE

Article 19. Garantie

Les membres participants sont obligatoirement affiliés au contrat d'assistance à domicile souscrit par la M.N.T. auprès de Ressources Mutuelles Assistance (RMA).

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

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

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

Article 20. 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 génératriceur survenu à compter de la date d'adhésion.

Article 21. 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 DES PRESTATIONS

Article 22. Garantie Indemnités Journalières

22.1 - Obligations du membre participant :

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

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

22.2 - 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 précédent l'arrêt au titre duquel la prestation est demandée,
- le Questionnaire médical de demande de prestations selon le modèle fourni par la Mutuelle Nationale Territoriale,
- le cas échéant, la copie de l'avis du Comité médical départemental, ou de l'arrêté municipal relatif au congé de maladie, ou de la Commission de réforme,
- pour les non-titulaires, une attestation de l'employeur précisant la date d'embauche du membre participant,
- un Relevé d'Identité Bancaire, Postal ou de Caisse d'Epargne (RIB, RIP, RICE) du (des) bénéficiaire(s).

22.3 - Service des prestations :

Une fois les droits du membre participant ouverts, le paiement des prestations est effectué sur la base des demandes d'indemnités au fur et à mesure de leur réception par la Mutuelle Nationale Territoriale. Les prestations sont versées mensuellement à terme échu. L'indemnisation des primes et indemnités prises en considération dans l'assiette des cotisations s'effectue 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.

Article 23. Contrôles effectués à la demande de la Mutuelle Nationale Territoriale

La Mutuelle Nationale Territoriale peut à tout moment faire procéder aux visites médicales, contrôles et enquêtes qu'elle juge nécessaires pour se prononcer sur l'ouverture ou la continuation du service des prestations.

Elle peut également effectuer elle-même tous les contrôles et enquêtes administratives qu'elle juge utiles.

Le service des prestations peut être suspendu au vu des résultats de ces contrôles et enquêtes. Il en est de même si le bénéficiaire se refuse à subir le contrôle ou à fournir les pièces justificatives demandées par la Mutuelle Nationale Territoriale.

Article 24. Procédure d'arbitrage

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

Les honoraires du médecin désigné par la Mutuelle Nationale Territoriale et ceux du tiers expert sont à la charge de la Mutuelle Nationale Territoriale. Toutefois, dans le cas où le médecin tiers expert confirmerait la décision de suspension des prestations à l'égard de l'intéressé, les honoraires des trois médecins seraient alors à la charge de ce dernier.

Article 25. Radiation, résiliation, terme de l'adhésion

Les membres participants cessant d'appartenir à l'effectif du souscripteur ou en cas de résiliation du présent contrat collectif ou dont l'adhésion au présent contrat a pris fin pour quelque cause que ce soit, ne peuvent prétendre à aucune prestation au titre des arrêts de travail prescrits postérieurement à la date d'effet de l'un des événements mentionnés ci-dessus. Les prestations versées au titre des arrêts de travail prescrits antérieurement à l'un des événements mentionnés ci-dessus continuent d'être servies sous réserve des contrôles prévus à l'Article 23 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 26. Cas de fraude

En cas de fraude du membre participant de nature à entraîner le paiement de prestations indues, la Mutuelle Nationale Territoriale décide de la suspension immédiate du service des prestations et fait procéder à une enquête au cours de laquelle l'intéressé est invité à fournir des explications.

Si les résultats de cette enquête confirment les faits reprochés au membre participant, il peut être décidé, compte tenu de la gravité de la faute, de la suspension des prestations pendant une période déterminée, ou de l'annulation des droits de l'intéressé aux prestations, sans préjudice des poursuites à engager contre le membre participant pour le recouvrement des sommes indûment payées.

En tout état de cause, les cotisations antérieurement versées par le membre participant demeurent acquises à la Mutuelle Nationale Territoriale.

Article 27. Réticence ou fausse déclaration intentionnelle

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

TITRE V - COTISATIONS

Article 28. 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.

Une minoration de 5 % en cas d'atteinte d'un taux d'adhésion au moins égal à 60 %. Cette minoration sera appliquée au 1er janvier 2021, après la période de 12 mois d'adhésion sans condition, avec les modalités suivantes.

- Le taux d'adhésion de 60 % est atteint pour l'ensemble de l'effectif assurable de la convention : la minoration est appliquée à l'ensemble des groupes, y compris les groupes avec un taux d'adhésion inférieur à 60%
- Le taux d'adhésion de 60 % n'est pas atteint pour l'ensemble de l'effectif assurable de la convention, la minoration est appliquée uniquement aux groupes avec un taux d'adhésion au moins égal à 60 %.

A compter de la 3^e année, 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.

En tout état de cause, la majoration éventuelle maximale du taux de cotisation est plafonnée à 5% par an, hors évolution réglementaire et fiscale.

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

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

En cas d'accord sur les modifications tarifaires proposées, les nouveaux tarifs ainsi que leur taux d'évolution font l'objet d'un avenant au contrat collectif. Le 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 cinq mois précité, le présent contrat prend automatiquement fin au 31 décembre. Le souscripteur est tenu d'en informer les agents.

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

28.1 -Garanties Indemnités journalières :

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 les primes et indemnités à périodicité mensuelle perçues par les membres participants du souscripteur.

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

28.2 -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.

Article 29. Modalité de paiement de la cotisation

Les cotisations sont précomptées par le souscripteur sur le traitement des agents adhérent 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 30. Défaut de paiement de la cotisation

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

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

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

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

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

Le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation de son adhésion. La Mutuelle Nationale Territoriale a le droit de résilier son adhésion dix jours après le délai de trente jours susvisé.

L'adhésion non résiliée reprend effet à midi le lendemain du jour où, sauf décision différente de la Mutuelle Nationale Territoriale, 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 31. 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 32. Protection des données à caractère personnel - passation gestion et exécution des contrats d'assurance

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

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

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

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

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

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

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

- lorsque les finalités mentionnées ci-dessus donnent lieu à une prise de décision automatisée produisant des effets juridiques le concernant ou l'affectant de manière significative. La Mutuelle Nationale Territoriale l'informera 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-dessus. La Mutuelle Nationale Territoriale informera alors le membre participant et, si nécessaire, lui demandera son consentement.

Lorsque le consentement a été donné, celui-ci peut être retiré à tout moment. Ce retrait ne compromet pas la légité du traitement fondé sur le consentement effectué avant ce retrait.

Dès lors que le membre participant retire son consentement au traitement de données nécessaires à la prestation de service, il ne peut plus alors bénéficier de cette prestation.

Conformément aux dispositions de la réglementation relative à la protection des données à caractère personnel et notamment du Règlement européen général sur la protection des données du 27 avril 2016 et de la Loi dite « Informatique et Libertés » modifiée du 6 janvier 1978, le membre participant dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, et de portabilité de ses données, ainsi que, pour des motifs légitimes, d'un droit d'opposition et de limitation du traitement des données le concernant. Il dispose également du droit de décider du sort de ses données après son décès.

Sans opposition de sa part, les données personnelles du membre participant pourront être utilisées pour des actions commerciales et pour l'envoi d'information sur les produits et services proposés par la Mutuelle Nationale Territoriale.

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

Le membre participant peut également introduire une réclamation relative à la protection des données 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 33. 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 la Mutuelle Nationale Territoriale.

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

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 en lui envoyant :

- un courrier à l'adresse suivante : Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française - FNMF - 255 rue de Vaugirard - 75719 PARIS CEDEX 15.
- ou un courriel à mediation@mutualite.fr.

Le site du Médiateur est accessible sur le site Internet de la Mutualité Française : www.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 l'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 4.000 euros.

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 34. Clause d'attribution de compétence

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

Contrat de la Mutuelle Nationale Territoriale, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité,
Immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 775 678 584 et sous l'identifiant LEI 9695000Q8HEMSMEPFF29 attribué par l'INSEE..
Siège social : 4, rue d'Athènes – 75009 PARIS.

PARTIE II. GARANTIES SUPPLEMENTAIRES A ADHESION INDIVIDUELLE EN COMPLEMENT DE LA GARANTIE COLLECTIVE

Article 35. Prise d'effet et renouvellement de l'adhésion

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

L'adhésion ne prend pas effet en cas de refus de celle-ci par la Mutuelle Nationale Territoriale.

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

Elle se renouvelle ensuite annuellement à chaque 1^{er} janvier, par tacite reconduction, sauf dénonciation par l'une ou l'autre des parties - le membre participant ou la Mutuelle Nationale Territoriale. Pour être recevable, la dénonciation doit être notifiée par lettre recommandée avant le 31 OCTOBRE précédent la date de renouvellement.

Article 36. Conditions d'adhésion

Les garanties supplémentaires à adhésion individuelle présentées ci-dessous, ne peuvent être souscrites que par les agents ayant adhéré à la garantie collective (Indemnités journalières) telle que définie précédemment.

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

L'adhésion s'effectue sans questionnaire médical pour les garanties Invalidité, Perte de retraite et Décès-PTIA.

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 adhérer aux garanties individuelles 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 embauchés postérieurement à la date de prise d'effet du contrat peuvent adhérer aux garanties individuelles 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 est appliqué à compter de la date d'effet de l'adhésion.

Les agents en arrêt de travail pour maladie ou accident non professionnel (ou de vie privée), à la date d'effet du contrat peuvent adhérer aux garanties individuelles sous réserve d'une reprise effective de leur activité et que leur inscription intervienne dans les douze premiers mois suivant leur reprise d'activité. 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 présent contrat ne couvrira que les conséquences d'une nouvelle pathologie (maladie ou accident de vie privé). Les conséquences de la maladie en cours à la souscription du contrat ainsi que les rechutes ne seront pas prises en charge au titre du présent contrat à l'exception des rechutes concernant les membres participants non couverts précédemment.

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

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 adhérer aux garanties individuelles à leur retour dans la collectivité sous réserve que leur inscription intervienne dans les douze mois qui suivent leur date de retour. Passé ce délai, un délai de stage de six mois est appliqué à compter de la date d'effet de l'adhésion.

Les agents à temps partiel pour raison thérapeutique à la date de prise d'effet du contrat peuvent adhérer aux garanties individuelles au contrat après une reprise effective de leur activité à temps complet et sous réserve que leur inscription intervienne dans les douze premiers mois suivant leur reprise d'activité. 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.

L'adhérent peut demander un changement de garantie au début de chaque année, avec un préavis de deux mois. Dans le cas où le changement de garantie(s) consiste à une augmentation de garantie(s), un délai de stage de six mois est appliqué aux nouvelles garanties souscrites à compter de la date de changement d'option.

Adhésion à la suite d'un démarchage

Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui adhère dans ce cadre à un contrat collectif à adhésion facultative à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre

recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

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

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

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

Dispositions en cas d'adhésion à distance :

En cas d'adhésion réalisée à distance c'est-à-dire hors la présence d'un conseiller de la Mutuelle Nationale Territoriale, et conformément à l'article L. 221-18 du Code de la mutualité, ou à la suite d'un démarchage téléphonique, l'adhérent bénéficiait d'un droit de renonciation de quatorze jours calendaires révolus à compter de la date de prise d'effet de l'adhésion. Si les agents n'ont pas adhéré à distance ou à la suite d'un démarchage téléphonique, ils ne disposent pas de la faculté de renonciation. Ce délai commence à courir :

- a) Soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet ;
- b) Soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions d'adhésion et les informations, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée au point a ci-dessus.

Ce droit est à exercer par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée à MNT Contrats - TSA 70020 - 33044 Bordeaux Cedex, selon le modèle de rédaction ci-après : « Je soussigné(e) (nom, prénom), demeurant (adresse complète), vous notifie par la présente ma renonciation à mon adhésion au contrat collectif à adhésion facultative maintien de salaire effectuée le (date) à (lieu) Le (date et signature). »

Les agents qui demanderaient l'entrée en vigueur des garanties avant l'expiration du délai de renonciation de 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. La Mutuelle Nationale Territoriale rembourserait alors au membre participant dans les meilleurs délais et au plus tard dans les trente jours toutes les sommes qu'elle aurait perçues de celui-ci en application du contrat, à l'exception du montant mentionné au présent alinéa. Ce délai commence à courir le jour où la Mutuelle Nationale Territoriale reçoit notification par le membre participant de sa volonté de se rétracter.

Les informations figurant au présent contrat sont valables jusqu'à ce qu'une modification y soit apportée par avenir.

La loi applicable aux relations précontractuelles entre le membre participant et la Mutuelle Nationale Territoriale, et au contrat collectif en cas d'adhésion, est la loi française. La langue utilisée pendant la durée d'adhésion est le français.

Les dispositions relatives à l'adhésion à distance ne s'appliquent qu'au contrat initial, et pas aux dispositions contractuelles applicables en cas de tacite reconduction.

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

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

Article 37. Formalités d'adhésion

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

bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts de la Mutuelle Nationale Territoriale et de celles des présentes garanties ;

Article 38. Information des membres participants

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

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

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

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

Article 39. Réticence ou fausse déclaration intentionnelle

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

Article 40. Exclusions

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

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

- A. de faits de guerres étrangères lorsque la France est partie belligérante,
- B. de guerre civile ou étrangère, d'attentat, d'acte de terrorisme, d'émeute, d'insurrection, quel que soit le lieu où se déroulent ces évènements et quels qu'en soient les protagonistes, dès lors que le membre participant y prend une part active,
- C. du fait intentionnellement causé ou provoqué par le membre participant,
- D. de mutilation ou blessure volontaire,
- E. des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation, provenant de la transmutation de noyaux d'atome,
- F. de vols sur appareils non munis d'un certificat de navigabilité ou pour lesquels le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valide,
- G. de vols sur ailes volantes, ULM, parapente, sports extrêmes, rallyes, courses motocyclistes et automobiles, sauts à l'élastique,
- H. d'activités sportives ou de loisirs pratiquées dans le non-respect de la réglementation, des règles, consignes et recommandations de sécurité, de prudence élémentaire ou pratiquées au moyen d'un matériel non conforme à l'usage qui en est fait ou pratiquées à titre professionnel,
- I. de cataclysme, tremblement de terre, éruption volcanique, raz de marée,
- J. d'usage de stupéfiants, drogues, produits toxiques ou médicaments non prescrits,
- K. d'accidents dont est victime le membre participant alors qu'il se trouve en état d'alcoolémie ou d'ivresse manifeste, lorsque sa responsabilité est engagée.

40.2 - Exclusions spécifiques à la garantie Décès :

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

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

Article 41. Définition de la base de calcul des prestations

41.1 - Pour le calcul des garanties Invalidité :

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

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

Les heures supplémentaires sont exclues de la base des garanties.

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

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

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

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

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

Article 42. 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.

Garanties Invalidité - Perte de retraite :

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

- **Pour les agents titulaires et non titulaires :** sur 100% du traitement indiciaire brut plus 100% de la NBI brute perçus par les agents en activité. Sont prises en considération les primes et indemnités à périodicité mensuelle perçues par les membres participants du souscripteur.
- **Pour les agents horaires :** sur le traitement brut perçu.

Garantie Décès/PTIA :

Les cotisations sont exprimées en pourcentage du traitement brut plus la NBI brute. Ce traitement comprend les primes et indemnités régulièrement perçues au cours de l'année civile d'assurance.

b) Exonération de la cotisation :

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.

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.

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.

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

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

Article 43. Prescription

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

- Quand l'action du membre participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la Mutuelle Nationale Territoriale a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où le tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

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

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

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

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

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

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

Article 44. Subrogation de la Mutuelle

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

Article 45. Protection des données à caractère personnel - passation gestion et exécution des contrats d'assurance

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

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

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

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

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

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

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

- lorsque les finalités mentionnées ci-dessus donnent lieu à une prise de décision automatisée produisant des effets juridiques le concernant ou l'affectant de manière significative. La Mutuelle Nationale Territoriale l'informera 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-dessus. La Mutuelle Nationale Territoriale informera alors le membre participant et, si nécessaire, lui demandera son consentement.

Lorsque le consentement a été donné, celui-ci peut être retiré à tout moment. Ce retrait ne compromet pas la licéité du traitement fondé sur le consentement effectué avant ce retrait.

Dès lors que le membre participant retire son consentement au traitement de données nécessaires à la prestation de service, il ne peut plus alors bénéficier de cette prestation.

Conformément aux dispositions de la réglementation relative à la protection des données à caractère personnel et notamment du Règlement européen général sur la protection des données du 27 avril 2016 et de la Loi dite « Informatique et Libertés » modifiée du 6 janvier 1978, le membre participant dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, et de portabilité de ses données, ainsi que, pour des motifs légitimes, d'un droit d'opposition et de limitation du traitement des données le concernant. Il dispose également du droit de décider du sort de ses données après son décès.

Sans opposition de sa part, les données personnelles du membre participant pourront être utilisées pour des actions commerciales et pour l'envoi d'information sur les produits et services proposés par la Mutuelle Nationale Territoriale.

Pour l'exercice de ces droits, le membre participant peut envoyer une demande, en fournissant un justificatif d'identité comportant sa signature, par courrier postal ou par courriel, à l'adresse du Délégué à la Protection des Données (ou Data Protection Officer - DPO) de la Mutuelle Nationale Territoriale : 4, rue d'Athènes – 75009 Paris ou dpo@mmt.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 46. 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 la Mutuelle Nationale Territoriale.

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

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 en lui envoyant :

- un courrier à l'adresse suivante : Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française - FNMF - 255 rue de Vaugirard - 75719 PARIS CEDEX 15.
- ou un courriel à mediation@mutualite.fr.

Le site du Médiateur est accessible sur le site Internet de la Mutualité Française : www.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 l'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 4.000 euros.

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 47. Cessation des garanties

L'assurance cesse de produire ses effets :

- **en cas de non-paiement de la cotisation ;**
- **dès que le membre participant atteint l'âge d'ouverture des droits à la retraite à taux plein pour la garantie Décès ;**

- dès que le membre participant atteint l'âge légal de départ à la retraite en vigueur au moment de la souscription du contrat pour les garanties Invalidité et PTIA ;
- au décès du membre participant ;
- à la date d'effet de la résiliation du contrat ;
- à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion.

TITRE I - GARANTIE INVALIDITE

Article 48. Définition de la garantie

La garantie invalidité a pour objet de servir une rente aux membres participants n'ayant pas atteint l'âge légal de départ à la retraite en vigueur au moment de la souscription du contrat et qui se trouvent dans l'impossibilité médicalement constatée d'exercer une activité professionnelle par suite de maladie ou d'accident de la vie privée, ou de maladie professionnelle ou d'accident du travail.

Pour les agents affiliés à la CNRACL :

- qui sont mis à la retraite pour invalidité ;

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

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

Article 49. Conditions d'adhésion

Les conditions d'adhésion sont celles mentionnées à l'Article 36.

Article 50. Point de départ du versement de la rente

Pour les agents affiliés à la CNRACL :

- la date de la mise à la retraite pour invalidité.

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

- la date d'attribution de la pension d'invalidité de la Sécurité sociale de 2^e ou 3^e catégorie,
- ou la date d'attribution de la rente d'incapacité pour un taux au moins égal à 66 % en cas de maladie professionnelle ou d'accident du travail.

Article 51. Montant de la prestation et service de la rente

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

Le montant de la rente mensuelle est calculé sur la base de 95 % 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).

51.2 - Indemnisation des primes et indemnités mensuelles :

Sont prises en considération dans le calcul de la rente, les primes et indemnités mensuelles incluses dans l'assiette des cotisations. En tout état de cause la Mutuelle Nationale Territoriale limite son intervention à hauteur de 50 % du montant de ces primes et indemnités nettes.

51.3 - 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 95 % du traitement de référence plus 50 % du montant des primes et indemnités nettes mensuelles pris en compte au jour de la prise en charge par la Mutuelle Nationale Territoriale au titre de la présente garantie revalorisé sur la base de l'évolution de l'indice 100 majoré de la Fonction publique.

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

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

Le montant de la rente versée par la Mutuelle Nationale Territoriale tel que défini à l'article 51.1 -à 47.2 est minoré selon la formule de calcul suivante :

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

Avec

- M : Montant de la rente versée
- R : Montant de la rente pour un pourcentage d'invalidité retenu par la CNRACL (tel que défini à l'article 51.1 -à 47.2)
- I : pourcentage d'invalidité retenu par la CNRACL (inférieur à 50 %)

Exemple : Pour une rente mensuelle de la Mutuelle Nationale Territoriale dont le montant calculé est de 500 euros pour un pourcentage d'invalidité retenu par la CNRACL, le montant de cette rente pour un pourcentage d'invalidité retenu par la CNRACL de 40 % est égal à : $500 \times 40 \% / 50\% = 400$ euros.

51.5 - Revalorisation :

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

51.6 - Service de la rente :

La rente est servie mensuellement et à terme échu.

Article 52. Gestion du règlement des sinistres

Pour toute demande de prestation, le bénéficiaire fournit à la Mutuelle Nationale Territoriale :

Pour les agents affiliés à la CNRACL :

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

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

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

52.1 - Service des prestations Invalidité :

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

Article 53. Contrôles effectués à la demande de la Mutuelle Nationale Territoriale

La Mutuelle Nationale Territoriale peut à tout moment faire procéder aux visites médicales, contrôles et enquêtes qu'elle juge nécessaires pour se prononcer sur l'ouverture ou la continuation du service des prestations.

Elle peut également effectuer elle-même tous les contrôles et enquêtes administratives qu'elle juge utiles.

Le service des prestations peut être suspendu au vu des résultats de ces contrôles et enquêtes. Il en est de même si le bénéficiaire se refuse à subir le contrôle ou à fournir les pièces justificatives demandées par la Mutuelle Nationale Territoriale.

Article 54. Procédure d'arbitrage

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

54.2 - Les honoraires du médecin désigné par la Mutuelle Nationale Territoriale et ceux du tiers expert sont à la charge de la Mutuelle Nationale Territoriale. Toutefois, dans le cas où le médecin tiers expert confirmerait la décision de suspension des prestations à l'égard de l'intéressé, les honoraires des trois médecins seraient alors à la charge de ce dernier.

Article 55. Radiation, résiliation, terme de l'adhésion

Les membres participants cessant d'appartenir à l'effectif du souscripteur ou en cas de résiliation du présent contrat collectif ou dont l'adhésion au présent contrat a pris fin pour quelque cause que ce soit, ne peuvent prétendre à aucune prestation au titre des arrêts de travail prescrits postérieurement à la date d'effet de l'un des événements mentionnés ci-dessus. Les prestations versées au titre des arrêts de travail prescrits antérieurement à l'un des événements mentionnés ci-dessus continuent d'être servies sous réserve des contrôles prévus à l'Article 53 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 56. Cas de fraude

En cas de fraude du membre participant de nature à entraîner le paiement de prestations indues, la Mutuelle Nationale Territoriale décide de la suspension immédiate du service des prestations et fait procéder à une enquête au cours de laquelle l'intéressé est invité à fournir des explications.

Si les résultats de cette enquête confirment les faits reprochés au membre participant, il peut être décidé, compte tenu de la gravité de la faute, de la suspension des prestations pendant une période déterminée, ou de l'annulation des droits de l'intéressé aux prestations, sans préjudice des poursuites à engager contre le membre participant pour le recouvrement des sommes indûment payées.

En tout état de cause, les cotisations antérieurement versées par le membre participant demeurent acquises à la Mutuelle Nationale Territoriale.

Article 57. 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 membre participant atteint l'âge légal de départ à la retraite en vigueur au moment de la souscription du contrat,
- le décès du membre participant.

Article 58. 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 57.

TITRE II - GARANTIE PERTE DE RETRAITE

Article 59. Objet de la garantie

La garantie Perte de retraite a pour objet de servir un capital au membre participant de la Mutuelle Nationale Territoriale en cas de perte de retraite consécutive à une invalidité survenue avant l'âge légal de départ à la retraite en vigueur au moment de la souscription du contrat. 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 2^e ou 3^e catégorie au sens de l'article L.341-4, 2^e et 3^e du Code de la Sécurité sociale ;

- ou qui justifient d'un taux d'incapacité au moins égal à 66% en cas de maladie professionnelle ou d'accident du travail.

Article 60. Conditions d'adhésion

L'adhésion à la présente garantie est subordonnée à l'adhésion à la garantie Invalidité décrite au Titre I, ci-avant et sous réserve de répondre aux conditions d'adhésion mentionnées à l'Article 36.

Article 61. Point de départ du versement du capital

Le capital est versé au 62^{ème} anniversaire de l'agent (sauf si l'agent est décédé à ce moment).

Article 62. Montant et service du capital

62.1 - Montant du capital :

Le montant du capital est égal à un tiers de la valeur du PMSS (Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale de l'année de calcul) par année d'invalidité constatée entre la date de reconnaissance de l'invalidité et le 62^{ème} anniversaire de l'agent.

En cas d'année d'invalidité incomplète, ce nombre est proratisé en fonction du nombre de mois d'invalidité sur 12 mois.

Exemple : Avec une durée d'invalidité de 5 ans et 3 mois, cela génère en 2019 un capital de $(5+(3/12)) \times (3377/3)$ = 5909,75 €

Article 63. Gestion du règlement des sinistres

Pour toute demande de prestation, le bénéficiaire fournit à la Mutuelle Nationale Territoriale :

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

Article 64. Contrôles effectués à la demande de la Mutuelle Nationale Territoriale

La Mutuelle Nationale Territoriale peut à tout moment faire procéder aux visites médicales, contrôles et enquêtes qu'elle juge nécessaires pour se prononcer sur l'ouverture ou la continuation du service des prestations.

Elle peut également effectuer elle-même tous les contrôles et enquêtes administratives qu'elle juge utiles.

Le service des prestations peut être suspendu au vu des résultats de ces contrôles et enquêtes. Il en est de même si le bénéficiaire se refuse à subir le contrôle ou à fournir les pièces justificatives demandées par la Mutuelle Nationale Territoriale.

Article 65. Procédure d'arbitrage

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

65.2 - Les honoraires du médecin désigné par la Mutuelle Nationale Territoriale et ceux du tiers expert sont à la charge de la Mutuelle Nationale Territoriale. Toutefois, dans le cas où le médecin tiers expert confirmerait la décision de suspension des prestations à l'égard de l'intéressé, les honoraires des trois médecins seraient alors à la charge de ce dernier.

Article 66. 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 64 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 67. Cas de fraude

En cas de fraude du membre participant de nature à entraîner le paiement de prestations indues, la Mutuelle Nationale Territoriale décide de la suspension immédiate du service des prestations et fait procéder à une enquête au cours de laquelle l'intéressé est invité à fournir des explications.

Si les résultats de cette enquête confirment les faits reprochés au membre participant, il peut être décidé, compte tenu de la gravité de la faute, de la suspension des prestations pendant une période déterminée, ou de l'annulation

des droits de l'intéressé aux prestations, sans préjudice des poursuites à engager contre le membre participant pour le recouvrement des sommes indûment payées.

En tout état de cause, les cotisations antérieurement versées par le membre participant demeurent acquises à la Mutuelle Nationale Territoriale.

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

Article 68. Objet de la garantie

La garantie a pour objet de :

- Garantir en cas de décès des membres participants n'ayant pas atteint l'âge d'ouverture des droits à la retraite à taux plein, le versement d'un capital égal à 100% du traitement de référence brut plus 100 % du montant des primes et indemnités brutes, au profit d'un ou plusieurs bénéficiaires tels que définis à Article 72 ci-après.
- Garantir en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie des membres participants n'ayant pas atteint l'âge légal de départ à la retraite, le versement par anticipation du capital prévu en cas de décès au profit du bénéficiaire tel que défini à l'Article 72 ci-après.

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

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

Article 69. Conditions et modalités d'adhésion

Les conditions d'adhésion sont celles mentionnées à l'Article 36.

Article 70. Exemption

L'assurance Décès – Perte totale et irréversible d'autonomie, hormis les cas prévus aux présentes garanties, est exemptée de toute restriction concernant la profession, les voyages, la cause et le lieu de décès.

Article 71. Clause de renonciation

Tout membre participant ayant adhéré à la faculté de renoncer à son adhésion par lettre recommandée ou par envoi électronique avec demande d'avis de réception adressé à la MNT 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 pas prorogé. Ce droit est à exercer par l'envoi d'une lettre recommandée ou d'envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception adressé à votre agence en indiquant « je soussigné (nom et prénom du membre participant), demeurant (adresse complète), déclare renoncer à mon adhésion au contrat collectif (mentionner ici la dénomination du contrat collectif) et entends recevoir dans un délai maximum de 30 jours la restitution intégrale des sommes versées. (date et signature) ».

La renonciation entraîne la restitution, par la Mutuelle Nationale Territoriale, de l'intégralité des sommes versées par le membre participant dans un délai maximum de 30 jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre recommandée ou de l'envoi recommandé électronique. 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 72. Modalités de paiement du capital en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie

- En cas de décès du membre participant,

➤ Versement du capital Décès :

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

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

En l'absence de désignation expresse ou en cas de prédécès de tous les bénéficiaires désignés, 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 descendants 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 la Mutuelle Nationale Territoriale, du membre participant et du bénéficiaire. Elle peut également être faite par acte authentique ou sous seing privé, signé du membre participant et du bénéficiaire. Elle n'a alors de valeur à l'égard de la Mutuelle Nationale Territoriale que si elle lui a été notifiée par écrit. Lorsque la désignation du bénéficiaire est faite à titre gratuit, l'acceptation ne peut intervenir que dans un délai de trente jours au moins à compter du moment où le membre participant est informé que l'adhésion a pris effet. Après le décès du membre participant, l'acceptation est libre.

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

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

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

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

Article 73. Contrôles effectués à la demande de la Mutuelle Nationale Territoriale

En cas de demande d'un capital pour Perte totale et irréversible d'autonomie, la Mutuelle Nationale Territoriale se réserve le droit de faire subir au membre participant un examen médical approfondi soit par son propre médecin conseil, soit par un médecin choisi en dehors du médecin traitant.

Compte tenu de l'avis formulé par ce dernier, la Mutuelle Nationale Territoriale statue sur la demande présentée et notifie sa décision au membre participant.

Le membre participant ne peut se soustraire à ce contrôle sous peine de déchéance de la garantie.

Article 74. Litiges

En cas de contestation médicale, celle-ci est appréciée en dernier ressort par un médecin arbitre désigné d'un commun accord par le médecin conseil et le médecin traitant.

Dans le cas où cet accord ne pourrait être réalisé, le médecin arbitre sera désigné, à la demande d'un des deux médecins, par le Président du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins du domicile du membre participant.

Les honoraires du médecin conseil ou du médecin choisi par la Mutuelle Nationale Territoriale restent à la charge de la Mutuelle Nationale Territoriale ainsi que les honoraires et les frais de nomination du tiers expert.

Toutefois, dans l'hypothèse où le tiers expert confirmerait la décision prise à l'égard du membre participant, les honoraires et les frais de nomination du tiers expert seront alors à la charge du membre participant.

Article 75. Gestion du règlement du capital

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

➤ Pour le capital Décès :

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

➤ Pour le capital PTIA :

- d'une demande de capital invalidité signée par le représentant du souscripteur,

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

Article 76. Maintien des garanties Décès

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

Article 77. Obligation de la mutuelle

77.1 - Information sur le terme du contrat

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

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

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

77.2 - Information sur les délais de versement des capitaux décès

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

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

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

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

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

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

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

77.4 - 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 la mutuelle du décès du membre participant ou de l'échéance de l'adhésion au contrat. Le dépôt intervient dans le mois suivant l'expiration de ce délai. Les sommes dues en application du présent contrat ne font pas l'objet de ce dépôt lorsque le décès du membre participant est intervenu antérieurement au 1er janvier 2015.

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

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

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

Contrat de la Mutuelle Nationale Territoriale, Mutuelle régie par le Livre II du Code de la Mutualité,
Immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 775 678 584 et sous l'identifiant LEI 9695000Q8HEMSMEPFF29 attribué par l'INSEE.
Siège social : 4, rue d'Athènes – 75009 PARIS