

Contrat collectif de prévoyance complémentaire à adhésion obligatoire pour le personnel du Service des eaux du Vivier



Contrat N° : C_PREVCOL-XXX

SOMMAIRE

CHAPITRE 1. DISPOSITIONS GENERALES	3
Article.1 Préambule	3
Article.2 Objet	3
Article.3 Définitions	3
Article.4 Garanties	4
Article.5 Souscription	4
Article.6 Adhésions	5
Article.7 Ouverture, modification et cessation des garanties	5
Article.8 Obligation du souscripteur	6
Article.9 Fausse déclaration intentionnelle	6
Article.10 Omission ou déclaration inexacte	7
Article.11 Informations des adhérents	7
CHAPITRE 2. COTISATIONS	7
Article.12 Base de cotisations	7
Article.13 Assiette de cotisations	7
Article.14 Paiement des cotisations	7
CHAPITRE 3. PRESTATIONS	7
Article.15 Généralités sur les prestations	7
Article.16 Attribution des prestations	8
CHAPITRE 4. EXCLUSIONS	9
CHAPITRE 5. GARANTIE INCAPACITE	10
Article.17 Objet de la garantie	10
Article.18 Montant de la prestation	10
Article.19 Point de départ du service de la prestation	10
Article.20 Règlement des indemnités	10
Article.21 Terme des indemnités journalières	11
Article.22 Rechute	11
Article.23 Reprise partielle d'activités	11
Article.24 Maintien des prestations	11
CHAPITRE 6. GARANTIE INVALIDITE – INCAPACITE PERMANENTE PROFESSIONNELLE	11
Article.25 Objet de la garantie	11
Article.26 Période de la garantie	11
Article.27 Montant de la rente	12
Article.28 Règlement de la rente	12
Article.29 Terme de la rente	12
Article.30 Revalorisation après résiliation	12
CHAPITRE 7. GARANTIE DECES ET INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE	12
Article.31 Objet de la garantie	12
Article.32 Montant du capital	13
Article.33 Modalités de versement des prestations pour la garantie décès	13
Article.34 Règlement du capital	13
Article.35 Définition des bénéficiaires	13
CHAPITRE 8. DONNÉES PERSONNELLES	14
CHAPITRE 9. CONTROLE DE LA MUTUELLE	14
CHAPITRE 10. L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL ET L'ASSISTANCE A DOMICILE INCLUSE	14
ANNEXE I - VOS GARANTIES	15
ANNEXE II – VOS GARANTIES ASSISTANCE	16

Chapitre 1. DISPOSITIONS GENERALES

Article.1 Préambule

Le contrat collectif à adhésion obligatoire prévoyance est régi par le Code de la mutualité et par les statuts de TERRITORIA MUTUELLE.

Le contrat collectif est conclu entre le syndicat des eaux du Vivier et TERRITORIA MUTUELLE.

Le contrat collectif à adhésion obligatoire est conclu conformément aux dispositions :

- De l'article L.221-2-III-2° du Code de la mutualité ;
- De l'article L.911-1 du Code de la sécurité sociale ;
- Et de la loi n°89-1009 du 31 Décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques.

Il est souscrit par le souscripteur auprès de TERRITORIA MUTUELLE.

Le contrat est à adhésion obligatoire pour les salariés du souscripteur ; ils acquièrent, au titre de cette adhésion, la qualité de membre participant de TERRITORIA MUTUELLE. Le présent contrat définit les droits et obligations de chacune des deux parties et des salariés y adhérant. La notice d'information qui est remise aux adhérents par le souscripteur définit notamment les garanties du contrat ainsi que leurs modalités d'entrée en vigueur.

Article.2 Objet

Les dispositions du contrat déterminent les conditions dans lesquelles TERRITORIA MUTUELLE assure des garanties au profit du personnel du syndicat des eaux du Vivier dans le cadre d'un contrat groupe à adhésion obligatoire.

Le contrat a pour objet d'assurer au Membre Participant, selon les options choisies par le souscripteur, le versement de prestations en cas d'incapacité, d'invalidité ou de décès du membre participant.

Article.3 Définitions

Accident : Est considéré comme accident toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré ou du bénéficiaire des prestations, provenant d'un évènement extérieur, soudain et involontaire.

Est considéré comme accident, tout accident du travail reconnu comme tel par la Sécurité Sociale.

En tout état de cause sont considérés comme accidents les seuls accidents survenus pendant que le contrat est en cours de validité.

Le décès de l'assuré est considéré accidentel si les suites et conséquences interviennent dans les 12 mois suivant la date de l'accident.

Assurés : Ce sont les salariés de l'entreprise souscriptrice appartenant à la catégorie de personnel assuré et dont l'affiliation au contrat a été régularisée.

Catégorie de personnel : Tout ou partie du personnel déterminé à partir de critères objectifs tels que définis à l'article R242-1-1 du Code de la Sécurité sociale permettant d'établir la catégorie de salariés assurés.

Conjoint (concubin, partenaire de PACS) : Est considéré comme conjoint :

- la personne mariée à l'assuré, non divorcée, et non séparée judiciairement de corps ;
- la personne liée à l'assuré par un Pacte civil de solidarité (PACS) ; l'existence d'un PACS peut être prouvée soit par l'acte d'enregistrement au Tribunal d'Instance, soit par la copie du contrat de PACS ;
- le(a) concubin(e) sous condition de résidence commune, pouvant être prouvée par la production d'une attestation de domicile commun (notamment quittance de loyer, facture EDF) et à condition que les concubins ne soient pas, l'un ou l'autre, mariés par ailleurs.

C'est la situation de famille existante au moment du sinistre qui est retenu pour le calcul des prestations.

Enfant(s) à charge :

- Sont considérés comme « enfants à charge » sans conditions, les enfants de moins de 19 ans qu'ils soient légitimes, naturels, adoptifs ou recueillis, dont le membre participant pourvoit aux besoins et assume la charge effective et permanente de leur entretien ou pour lesquels le membre participant verse une pension alimentaire constatée judiciairement ou déduite fiscalement.
- Sont également concernés, les enfants de moins de 29 ans à condition :
 - o De poursuivre de manière continue des études secondaires supérieures ou professionnelles dans le cadre d'un contrat de professionnalisation ou encore dans le

- cadre d'une inscription au CNED (Centre National d'Enseignement à Distance),
 - o D'être en apprentissage,
 - o De poursuivre une formation professionnelle en alternance dans le cadre d'un contrat d'aide à l'insertion professionnelle des jeunes,
 - o D'être inscrit au Pôle Emploi avant le premier emploi (stagiaire de la formation professionnelle ou demandeur d'emploi),
 - o D'être employé en ESAT (Etablissement et Service d'Aide par le Travail) ou en atelier protégé en tant que travailleurs handicapés,
- Sont considérés comme des « enfants à charge » sans limitation de temps, les enfants de l'assuré reconnus par la Sécurité Sociale en état d'invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie jusqu'à leur 29^{ème} anniversaire ou bénéficiaire de l'allocation adulte handicapé jusqu'à leur 29^{ème} anniversaire.
- Sont considérés comme des « enfants à charge », les enfants à charge du conjoint, partenaire de PACS, concubin, ex-conjoint, qui ont vécu au foyer de l'assuré jusqu'à la date de l'évènement ouvrant droit à prestation dans les mêmes conditions que les enfants de l'assuré,
- Sont considérés comme des « enfants à charge », les enfants de l'assuré nés viables moins de trois cents jours après le décès de l'assuré.

Franchise : On entend par franchise, la période constituée par les jours d'arrêt de travail se situant entre le point de départ de l'arrêt de travail et le point de départ de la prestation garantie, et pendant laquelle l'assuré ne peut prétendre au service des prestations.

La franchise est discontinue, elle correspond alors au nombre de jours d'arrêt de travail consécutifs ou non sur les douze (12) derniers mois glissants, précédant l'arrêt de travail, après lesquels la prestation commence à être servie.

Maladie : Affection constatée par une autorité médicale et mettant la personne dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions.

Membre participant : Personne ayant adhéré à TERRITORIA MUTUELLE.

La Mutuelle : TERRITORIA MUTUELLE CS 76016 79185 CHAURAY cedex. N° de SIREN 483 041 307

Rechute : Nouvelle manifestation d'une affection constatée médicalement donnant droit à une prise en charge au titre de la Sécurité sociale, et ayant déjà donné lieu à une indemnisation dans les conditions prévues au titre du présent contrat, et survenue dans les 2 mois suivant la reprise du travail.

Salaire net d'activité : Le salaire net d'activité est le salaire versé par l'entreprise souscriptrice à l'assuré, après application des retenues fiscales et déduction des cotisations sociales et obligatoire et/ou conventionnelles. Le salaire net d'activité correspondant à la valeur versée par l'employeur et réellement perçue par le salarié en cas d'activité.

Salarié : Personne physique régulièrement inscrite sur le registre du personnel du Souscripteur, en activité normale de service.

Souscripteur : le Syndicat des eaux du Vivier, employeur des salariés qui est signataire du contrat au profit des salariés.

Article.4 Garanties

Les garanties proposées par la Mutuelle dont le détail figure en annexe :

- l'incapacité de travail,
- l'invalidité,
- le décès
- l'allocation obsèques,
- la rente éducation.

Article.5 Souscription

Le contrat est un contrat collectif à adhésion obligatoire. Les assurés du syndicat des eaux du vivier vont adhérer à la Mutuelle en vue de se couvrir contre un ou plusieurs risques pour lesquels la Mutuelle est agréée, sur la base d'un bulletin d'adhésion et d'un contrat de souscription collectif signé par le syndicat des eaux du vivier.

La présente notice d'information comporte notamment :

- la date d'effet du contrat (Article 5.1) ;
- le personnel assuré (Article 5.2).

5.1 Effet du contrat

Le contrat prend effet au **08/02/2022**

Le contrat est établi pour une durée de **1 an**, à compter de sa date d'entrée en vigueur. Il se termine ainsi le **07/02/2023**.

5.2 Le personnel assuré

Le contrat couvre les salariés de droit privé cadres et non cadres du Syndicat des eaux du vivier.

5.3 Prescription

Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites dans les délais et termes des articles suivants du Code de la Mutualité.

Article L 221-11 du Code de la Mutualité :

Toutes actions dérivant des opérations régies par le présent titre sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle ou l'union en a eu connaissance ;

2° 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 participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle ou l'union a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations mentionnées au b du 1° du I de l'article L. 111-1, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.

Article L 221-12 du Code de la Mutualité :

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressé par la mutuelle ou l'union au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle ou à l'union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article.6 Adhésions

L'affiliation prend effet :

A la date d'effet du contrat pour les salariés relevant de la catégorie de personnel assuré et présents dans l'effectif à cette date ;

A la date d'entrée dans la catégorie de personnel souscripteur, pour les salariés embauchés postérieurement à la prise d'effet du contrat à condition que la demande d'affiliation du nouveau salarié soit effectuée dans les deux (2) mois qui suivent sa date d'entrée dans les effectifs du souscripteur.

Passé ce délai, l'affiliation prendra effet à la date de réception de la demande d'affiliation par l'assureur ;

A la date d'entrée dans la catégorie de personnel visée par le contrat, lorsque le salarié faisait déjà partie des effectifs à la date d'effet du contrat.

Article.7 Ouverture, modification et cessation des garanties

7.1 Date d'effet

La date de prise d'effet de l'affiliation au contrat collectif est la date d'effet du contrat collectif pour les salariés présents dans les effectifs du souscripteur lors de la prise d'effet du contrat collectif, ou la date de prise d'effet du contrat de travail pour les salariés embauchés par le souscripteur en cours de validité du contrat collectif.

7.2 Cessation des garanties

Les garanties cessent de produire leurs effets en cas de survenance d'un des événements suivants :

- Le lien unissant le souscripteur et le membre participant a été rompu (le membre participant a démissionné, a été licencié, sa retraite a été liquidée ou il est décédé)
- A la date de résiliation ou de non-renouvellement du contrat,
- A la date de la radiation de l'assuré des effectifs du Souscripteur.

7.3 Maintien temporaire dans les effectifs du contrat collectif : Article L.911-8 du Code de la sécurité sociale

En application de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, les salariés dont la rupture du contrat de travail ouvre droit à indemnisation de l'assurance chômage, à l'exception du licenciement pour faute lourde, bénéficient du maintien des garanties visées par le présent contrat collectif, sous réserve que les droits à prestations aient été ouverts chez le dernier employeur.

Il appartient à l'employeur :

- D'en informer le salarié,
- De porter la mention relative au maintien de la garantie sur le certificat de travail,
- D'informer la Mutuelle de la cessation du contrat de travail.

Le maintien des garanties ne peut conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période.

Le maintien des garanties est conditionné par la production dans les meilleurs délais auprès de l'employeur d'un justificatif de prise en charge par le régime d'assurance chômage. A défaut l'ancien salarié ne pourra bénéficier du maintien des garanties.

Le maintien des garanties prend effet le lendemain de la date de cessation du contrat de travail (terme du délai de préavis, effectué ou non).

La durée du maintien des garanties est égale à la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois entiers, sans pouvoir excéder 12 mois.

Le maintien des garanties cesse quoi qu'il en soit :

- lorsque l'ancien salarié reprend une activité professionnelle ;
- lorsque l'ancien salarié ne peut plus justifier de son statut de demandeur d'emploi indemnisé par l'assurance chômage ;
- lorsque l'ancien salarié liquide sa pension vieillesse de la Sécurité sociale à taux plein ;
- au terme de la période de maintien des garanties auquel peut prétendre l'ancien salarié ;
- à la date de résiliation du contrat collectif.

L'ancien salarié bénéficiaire du maintien des garanties s'engage à cet égard à informer la Mutuelle de toute modification de sa situation et notamment de la reprise d'une activité professionnelle et/ou de la cessation d'indemnisation par l'assurance chômage.

Le maintien des garanties est financé par un système de mutualisation, intégré aux cotisations de la couverture prévoyance.

7.4 Maintien des prestations

7.4.1 Maintien des garanties décès ou PTIA en cas d'incapacité ou d'invalidité en cas de résiliation du contrat

En cas de résiliation du présent contrat d'assurance, et en cas d'incapacité de travail ou d'invalidité permanente d'un assuré ouvrant droit aux prestations

objet du présent contrat, les garanties en cas de décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie resteront acquises tant que l'état d'incapacité de travail ou d'invalidité permanentes telle que définie au contrat perdurera.

Toutefois, si l'assuré a été affilié au présent contrat, alors qu'il percevait une rente d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité par un précédent assureur, l'assureur versera ses prestations décès en déduisant celles maintenues par ledit précédent assureur.

7.4.2 Maintien des prestations d'incapacité et d'invalidité en cours de service en cas de résiliation du contrat

En cas de résiliation du présent contrat d'assurance, les assurés en arrêt de travail à la suite d'une maladie, accident ou invalidité qui perçoivent des prestations incapacité temporaire de travail, invalidité ou incapacité permanente tant que se poursuit l'arrêt de travail ou qui sont classés en invalidité, bénéficient d'un maintien des prestations.

Ce maintien se fait au niveau de prestations atteint au jour de la résiliation du contrat d'assurance.

Article.8 Obligation du souscripteur

Le souscripteur s'engage à déclarer à l'assureur, au moins 15 jours avant le départ, tout projet de déplacement ou séjour professionnel d'un ou plusieurs assurés dans un pays en guerre (civile ou étrangère) ou tout pays figurant sur la liste des pays et régions déconseillées par le ministère français des Affaires étrangères. L'assureur se prononcera sur les conditions dans lesquelles les garanties souscrites peuvent être maintenues à ce ou ces assurés. A défaut de déclaration préalable et/ou d'acceptation de la part de l'assureur, les sinistres affectant le bénéficiaire qui se produiraient au cours ou suite à ce déplacement n'ouvriraient droit à aucune prestation.

Article.9 Fausse déclaration intentionnelle

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle faite par le membre participant à la Mutuelle entraîne la nullité des garanties, et ce alors même que le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent acquises à la Mutuelle, qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts. La Mutuelle se réserve également le droit d'engager des poursuites pour le recouvrement des sommes indûment payées par elle au membre participant et à ses ayants droit.

Article.10 Omission ou déclaration inexacte

En cas d'omission ou de déclaration inexacte du membre participant qui n'a pas été faite de mauvaise foi, et qui est constatée avant tout sinistre, la Mutuelle se réserve le droit, soit de maintenir l'adhésion en vigueur moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le membre participant, soit de résilier l'adhésion dix jours après notification adressée au membre participant par lettre recommandée. La Mutuelle restitue à celui-ci, dans une seconde occurrence, la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

Dans le cas où la constatation de l'omission ou de la déclaration inexacte n'a lieu qu'après la réalisation d'un sinistre, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par le membre participant par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Article.11 Informations des adhérents

La présente notice d'information rédigée par la Mutuelle définit les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de demande de prestations, est remise à chaque adhérent par le souscripteur. Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des adhérents, le souscripteur les informe en remettant une notice à cet effet rédigée par la Mutuelle avant l'entrée en vigueur des modifications. Du fait de ces modifications, les adhérents peuvent, dans un délai d'un mois à compter de la remise de la nouvelle notice d'information, dénoncer l'adhésion en raison de ces modifications.

Chapitre 2. COTISATIONS

Article.12 Base de cotisations

La cotisation est fixée en pourcentage de l'assiette.

Article.13 Assiette de cotisations

Le salaire de référence servant de base au calcul des cotisations est composé :

- La tranche A des rémunérations perçues : partie du salaire annuel brut limité au plafond annuel de la Sécurité Sociale ;
- La tranche B des rémunérations perçues : partie du salaire annuel brut comprise entre le plafond annuel de la Sécurité sociale et 4 fois ce plafond.

Article.14 Paiement des cotisations

14.1 Règlement des cotisations

L'appel de cotisation est effectué à terme échu et par précompte sur salaire.

Les adhérents autorisent la Mutuelle à faire effectuer sur leurs appointements par leur employeur, la retenue mensuelle des cotisations dont ils sont redevables au titre du présent contrat. Lorsque ces cotisations ne peuvent être intégralement retenues par voie de précompte sur leur traitement, les adhérents s'engagent à les acquitter par voie de prélèvement sur leur compte bancaire, postal ou de caisse d'épargne.

14.2 Exonération des cotisations

Il y a exonération du paiement des cotisations, aussi bien pour la part salariale que la part patronale pour :

- Les assurés qui sont en arrêt de travail et bénéficiaires d'indemnités journalières complémentaires au titre de la garantie incapacité temporaire totale de travail lorsque celle-ci a été souscrite ;
- Les assurés qui sont en invalidité et bénéficiaires de rentes ou allocations complémentaires au titre d'une garantie invalidité prévue aux présentes lorsque celle-ci a été souscrite.

L'exonération des cotisations cesse en cas de reprise du travail même à temps partiel.

Chapitre 3. PRESTATIONS

Article.15 Généralités sur les prestations

15.1 Prestations

La Mutuelle intervient par le versement de prestations pour les risques :

- d'incapacité de travail consécutif à un accident ou une maladie (indemnités journalières),
- d'invalidité de l'adhérent (pension d'invalidité),
- de décès de l'adhérent (capital).

Seuls sont pris en compte les arrêts de travail et sinistres survenus à compter de la date de prise d'effet du contrat et sous réserve que l'adhérent ait bien été admis au contrat.

15.2 Garanties complémentaires

La Mutuelle intervient en complément des prestations versées par le Régime général de la Sécurité Sociale et en aucun cas en substitution en cas de défaillance. Aucune prestation n'est versée par le

prestataire si l'adhérent ne perçoit aucune prestation de la Sécurité Sociale.

15.3 Cumul d'assurances

Le montant mensuel des prestations incapacité et invalidité versées par la mutuelle augmenté des prestations versées par l'employeur, les régimes d'assurance maladie, les régimes de prévoyance et de retraite ou de tout autre opérateur ne peut excéder le niveau défini à la convention de traitement mensuel net que le membre participant aurait perçu s'il avait continué d'exercer son activité. En cas de dépassement, les prestations versées par la mutuelle sont réduites à concurrence de ce montant.

15.4 Base de calcul des prestations

Les prestations d'incapacité de travail, d'invalidité, et sont calculées sur la base du salaire net de référence. Le salaire net de référence est le salaire net versé par l'entreprise souscriptrice à l'assuré, qui a été soumis à cotisation de Sécurité sociale au cours des douze derniers mois civils précédant la date de l'évènement ouvrant droit aux prestations.

Ce salaire est le cas échéant, majoré des rémunérations variables supplémentaires, y compris primes et gratifications quelle que soit la périodicité de versement au cours de l'année civile de référence ;

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

Les indemnités versées en raison de la cessation du contrat de travail (indemnité de départ à la retraite, indemnité compensatrice de congés payés...) ne sont pas intégrées dans le salaire net de référence.

Le salaire net de référence servant de base à la détermination du montant des garanties, est revalorisé le cas échéant, entre la date de l'arrêt de travail et la date du point de départ des prestations incapacité temporaire – invalidité ou la date du décès (ou de l'invalidité absolue et définitive, IAD), en fonction de l'indice de revalorisation visé au 3.4.1.

Lorsque le salaire de l'assuré a été réduit ou supprimé pour cause de maladie ou accident, son salaire annuel est reconstitué en fonction des sommes réellement perçues sur la période de réduction du salaire.

15.5 Révision des conditions des garanties

Le montant et les modalités des garanties ont été établis en fonction des textes législatifs et réglementaires existant à la date de prise d'effet du contrat. Si ultérieurement ces textes venaient à être

modifiés, la Mutuelle se réserve le droit de réviser ses conditions de garanties.

Article.16 Attribution des prestations

16.1 Ouverture du droit à prestations

Le bénéfice des garanties est ouvert dès le premier jour de travail qui suit l'adhésion. Le membre participant ne peut bénéficier de l'ouverture des droits à garanties qu'à la condition que la maladie ou l'accident soit dûment constaté par les autorités médicales compétentes postérieurement à la date d'adhésion de l'assuré.

16.2 Déchéances en cas de déclaration tardive et délai de production des pièces justificatives

Les demandes de paiements de prestations doivent, sous peine de déchéance, être produites dans un délai maximum de six mois suivant la date à partir de laquelle le membre participant peut prétendre aux prestations.

Cependant, le conseil d'administration de la Mutuelle peut décider de ne pas faire application de cette déchéance pour le membre participant qui invoque, pour justifier le retard, des raisons sérieuses. Pour être recevable, toute réclamation doit parvenir au conseil d'administration de la Mutuelle dans un second délai de deux mois suivant le refus de paiement des prestations.

Les pièces justificatives doivent être jointes à la demande de paiement ou être produites au plus tard dans le même délai initial de trois mois suivant la date à partir de laquelle le membre participant peut prétendre aux prestations. Passé ce délai, la Mutuelle se réserve le droit de réclamer une indemnité au membre participant si le retard dans la production des pièces lui a causé un dommage.

16.3 Subrogation

Conformément à l'article L 224-9 du code de la mutualité, la mutuelle est subrogée jusqu'à concurrence des prestations versées dans les droits et obligations des membres participants, des bénéficiaires ou des ayants droit contre les tiers responsables.

16.4 Engagement de remboursement

Les membres participants bénéficiaires des garanties s'engagent à reverser sans délai les prestations trop perçues à la suite du rétablissement de leur salaire. La Mutuelle peut opérer toute compensation entre les sommes dues à ce titre et les autres prestations dues par la mutuelle au membre participant.

16.5 Contrôles du bénéfice des garanties

La Mutuelle 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. Le souscripteur sera informé au préalable de la mise en place du contrôle et des conclusions de celui-ci.

La Mutuelle se réserve également le droit de demander à l'employeur du membre participant de procéder à un contrôle administratif.

Par conséquent, l'adhérent s'engage :

- à se soumettre à ces visites médicales, contrôles et enquêtes,
- à fournir toute les pièces demandées par le Médecin Conseil de la Mutuelle,
- à suivre les traitements et mesures de toute nature prescrits par le médecin traitant ou toutes autorités médicales ou sanitaires compétentes,
- à informer la Mutuelle de tout élément nouveau susceptible de modifier la nature du congé,
- à s'abstenir de toute activité non autorisée.

En cas de non-respect de ces engagements, l'adhérent sera déchu, partiellement ou totalement, de ses droits au service des prestations.

Si l'assuré se refuse à un contrôle médical ou s'il ne peut être joint par défaut de notification de changement d'adresse, la garantie d'assurance est suspendue à son égard après envoi d'une mise en demeure adressée au dernier domicile connu figurant au dossier de l'adhérent.

Si les résultats de ces contrôles et enquêtes conduisent à une modification du droit à prestation de l'adhérent, la Mutuelle pourra être amenée à modifier le service des prestations en conséquence.

Si le résultat du contrôle est contesté par le médecin de l'adhérent, ceux-ci peuvent demander la mise en œuvre de la procédure d'arbitrage sous forme d'une expertise auprès d'un tiers médecin désigné par deux praticiens.

En tout état de cause, la contestation doit être formulée dans un délai de trois mois à compter de la date à laquelle l'adhérent a été informé de la décision ; à défaut, les prestations éventuellement dues à la suite de la contre-expertise ne prendront effet qu'à partir de la date de cette dernière.

Suite à cette expertise, en cas de désaccord entre les deux médecins, ceux-ci feront appel à un troisième praticien pour les départager.

A défaut d'entente sur la désignation de ce dernier, ce choix sera fait, à la diligence de la Mutuelle, par le Président du Tribunal de Grande Instance du département dans le ressort duquel se trouve le domicile du bénéficiaire.

Les conclusions du troisième médecin s'imposeront aux parties, sous réserve des recours qui pourraient être exercés par les voies de droit.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin ; ceux du tiers arbitre, ainsi que les frais que comporte l'exercice de sa mission, sont à la charge de la Mutuelle dès lors que sa proposition n'est pas entièrement admise par la troisième expertise, ils sont à la charge du bénéficiaire dans le cas contraire.

Chapitre 4. EXCLUSIONS

Sont exclus des garanties Incapacité, Invalidité, Décès, Allocation obsèques, Rente éducation les conséquences d'accidents ou de maladie résultant :

- **D'ACCIDENTS, DE BLESSURES, DE MUTILATIONS OU MALADIES QUI SONT LE FAIT VOLONTAIRE DE L'ASSURE OU DES BENEFICIAIRES ;**
- **DE GUERRES CIVILES OU ETRANGERES, ATTENTATS, ACTES DE TERRORISME, INSURRECTIONS, EMEUTES, COMLOTS, MOUVEMENTS POPULAIRES QUEL QUE SOIT LE LIEU DE DEROULEMENT DE CES EVENEMENTS ET QUELS QU'EN SOIENT LES PROTAGONISTES, dès lors que l'adhérent y prend une part active,**
- **DES CONSEQUENCES D'UN DEPLACEMENT OU D'UN SEJOUR PROFESSIONNEL DE L'ASSURE DANS UNE REGION OU UN PAYS FORMELLEMENT DECONSEILLES PAR LE MINISTERE FRANÇAIS DES AFFAIRES ETRANGERES, OU UN PAYS EN GUERRE, EXCEPTE SI L'ASSUREUR ACCEPTE DE COUVRIR LE DIT DEPLACEMENT OU SEJOUR DANS LES CONDITIONS VISEES A L'ARTICLE 9 ;**
- **DIRECTEMENT OU INDIRECTEMENT, D'EXPLOSION, DE DEGAGEMENT DE CHALEUR OU D'IRRADIATIONS PROVENANT DE LA TRANSMUTATION DES NOYAUX D'ATOME ;**
- **DE LA PRATIQUE DES SPORTS AERIENS ;**
- **DE LA PARTICIPATION A DES ACROBATIES, A DES TENTATIVES DE RECORDS OU A DES SPORTS, LORSQU'ELLE NECESSITE**

L'UTILISATION D'UN VEHICULE OU ENGIN A MOTEUR.

Sont exclus des garanties décès, rente éducation et allocation obsèques, les conséquences d'accidents ou de maladie résultant :

- **DU SUICIDE DANS LES DOUZE PREMIERS MOIS DE L'ADHESION**
- **DU MEURTRE COMMIS SUR LA PERSONNE DE L'ASSURE DONT LE BENEFICIAIRE EST L'AUTEUR OU LE COMPLICE ET A ETE CONDAMNE DE CE FAIT PAR UNE DECISION DE JUSTICE DEVENUE DEFINITIVE.**

Sont exclus des garanties incapacité et invalidité, les conséquences d'accidents ou de maladie résultant :

- **SURVENUES ALORS QUE L'ASSURE CONDUISAIT UN VEHICULE TERRESTRE A MOTEUR SOUS L'EMPRISE D'UN ETAT ALCOOLIQUE DONT LE SEUIL EST FIXE PAR L'ARTICLE R.234-1 DU CODE DE LA ROUTE,**
- **LIES A L'UTILISATION, PAR L'ASSURE, DE SUBSTANCES CLASSEES PAR LE CODE DE LA SANTE PUBLIQUE COMME STUPEFIANTS OU PSYCHOTROPES EN DEHORS D'UNE PRESCRIPTION MEDICALE OU D'UNE ABSORPTION ACCIDENTELLE.**

Chapitre 5. GARANTIE INCAPACITE

Article.17 Objet de la garantie

La garantie incapacité de travail a pour objet de faire bénéficier d'indemnités journalières complémentaires les assurés qui se trouvent momentanément dans l'incapacité complète d'exercer une quelconque activité professionnelle à la suite d'une maladie ou d'un accident de la vie privée constatés et perçoivent, à ce titre, des prestations, du régime général d'assurance maladie de la Sécurité Sociale ou de son employeur en cas de subrogation, et après accord du médecin conseil de la mutuelle.

L'incapacité doit être constatée en France Métropolitaine, Martinique, Guadeloupe, Guyane, ou à la Réunion

Article.18 Montant de la prestation

Le montant des indemnités journalières prévu à l'annexe 1 comporte les prestations versées par la Sécurité sociale au titre de la garantie incapacité.

Le total des prestations perçues par l'assuré ne pourra excéder 100% de son salaire net d'activité.

Article.19 Point de départ du service de la prestation

Le délai de carence légal court durant la période de franchise.

La présente garantie prévoyance intervenant en complément du régime obligatoire, la Mutuelle verse ses prestations au plus tôt à partir du 91^{ème} jour d'arrêt de travail discontinu (décomptée en nombre de jours d'arrêt de travail consécutifs ou non sur les 12 derniers mois glissants précédent l'arrêt de travail).

Sous réserve des jours de carence et de la période de franchise, la prestation est versée par la Mutuelle dès que des indemnités sont versées au titre du régime obligatoire de Sécurité sociale et dès lors qu'il y a perte de rémunération subie par le membre participant du fait de son incapacité de travail.

Article.20 Règlement des indemnités

Le droit au versement des indemnités journalières est conditionné à la formalisation d'une demande de prestation dans les six (6) mois à compter de la date à laquelle l'assuré peut prétendre aux prestations.

Afin de faire valoir ses droits, le membre participant doit remplir et adresser à la Mutuelle un formulaire de demande de prestations dûment complété, daté et signé par son employeur, accompagné des pièces justificatives suivantes :

- le dernier bulletin de salaire devant servir de base au calcul des prestations,
- le certificat médical sous pli confidentiel à l'attention du service médical de la mutuelle,
- les décomptes de paiement d'indemnités servies par la Sécurité sociale ou par tout autre organisme afférents à la période à indemniser,
- l'attestation de salaires et bordereaux de Sécurité sociale en cas de temps partiel thérapeutique,
- l'attestation d'inscription au registre au régime d'assurance chômage et bordereaux de versement ARE, le cas échéant,
- pour justifier des personnes à charge : dernier avis d'imposition,

TERRITORIA MUTUELLE se réserve le droit de demander la production de tout justificatif complémentaire utile pour l'activation des garanties.

Le membre participant s'engage à rembourser, notamment lors de l'ouverture des droits à prestations, toutes les prestations indûment perçues.

Les prestations sont versées directement au souscripteur, au fur et à mesure de la production des

décomptes de prestations en espèces émanant de la Sécurité sociale. Il incombe au souscripteur de reverser à l'assuré le montant dû, déduction faite des charges sociales, sous réserve que l'assuré soit toujours dans les effectifs de l'entreprise.

Article.21 Terme des indemnités journalières

Le service des indemnités journalières prend fin à dater :

- soit du jour de la reprise d'activité, même à temps partiel,
- dès que le membre participant est reconnu apte à reprendre une activité, même à temps partiel,
- soit de la fin de l'indemnisation le régime de l'Assurance Maladie au titre du Régime Général de la Sécurité Sociale,
- soit au-delà de 1095 jours continus ou discontinus d'indemnisation,
- soit de la date de la liquidation de la pension de retraite par le régime de base du membre participant,
- soit du décès ou PTIA du membre participant,
- soit à l'âge d'ouverture des droits à la retraite à taux plein.

Toutefois, leur revalorisation s'arrête le jour d'effet de la résiliation, les revalorisations antérieurement attribuées demeurant acquises. Les indemnités journalières ne sont jamais dues pendant la période du congé légal ou conventionnel de maternité ou d'adoption. De plus, la durée de ce congé n'est pas prise en considération pour la détermination de la franchise, ni pour le calcul du délai de deux mois en cas de rechute.

Article.22 Rechute

Tout nouvel arrêt de travail constaté médicalement, imputable à une cause ayant déjà donné lieu à un versement des indemnités journalières complémentaires de l'assureur et survenant dans les deux (2) mois suivant la reprise du travail est considéré comme une rechute. Dans ce cas, et sous réserve de l'octroi des prestations de la sécurité sociale, le service des indemnités journalières reprend sans application de la franchise.

Article.23 Reprise partielle d'activités

En cas de reprise d'activité au service du souscripteur, avec maintien d'une prestation réduite de la part de la Sécurité sociale et sous réserve de la vérification du médecin conseil de l'assureur de l'état de santé de l'assuré dans le cadre du contrôle médical, le versement des prestations se poursuit pour un montant réduit du montant du salaire perçu, du montant des prestations versées par la Sécurité sociale et du montant des prestations éventuellement

versées par un autre organisme assureur. Le cumul ne doit en aucun cas permettre au salarié de percevoir en net, plus que le salaire net de référence tel que défini aux présentes.

Article.24 Maintien des prestations

En cas de résiliation de l'adhésion, le service des prestations est maintenu au niveau atteint à la date d'effet de la résiliation, jusqu'au terme des indemnités journalières.

Chapitre 6. GARANTIE INVALIDITE – INCAPACITE PERMANENTE PROFESSIONNELLE

Article.25 Objet de la garantie

La garantie invalidité – incapacité permanente professionnelle, a pour objet de servir une rente aux membres participants en cas de perte de salaire consécutive à une invalidité ou à une incapacité permanente professionnelle, en cours de validité de l'affiliation au contrat.

L'invalidité est reconnue lorsque le membre participant est dans l'impossibilité médicalement constatée d'exercer une activité professionnelle par suite de maladie, d'accident de la vie privée, et, qui justifient d'un taux d'invalidité d'au moins 2/3 de la capacité de travail ou de gain reconnue par la Sécurité sociale et entraînant le classement dans l'une des catégories d'invalides visées à l'article L.341-4 du Code de la sécurité sociale (1^{ère} catégorie : invalides capables d'exercer une activité rémunérée ; 2^{ème} catégorie : invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque, 3^{ème} catégorie : invalides qui , étant absolument incapables d'exercer une profession, sont, en outre dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie)

L'incapacité permanente professionnelle est reconnue lorsque le membre participant est dans l'impossibilité médicalement constatée d'exercer une activité professionnelle par de maladie professionnelle ou d'accident du travail et, qui justifient d'un taux d'invalidité supérieur ou égal à 33% de la capacité de travail au titre d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle.

Article.26 Période de la garantie

La rente est versée dès la date d'attribution d'une pension d'invalidité de la Sécurité Sociale de 1^{ère}, 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie du membre participant ou de

l'état d'incapacité d'un taux égal ou supérieur à 33% en cas de maladie professionnelle ou d'accident de travail.

Article.27 Montant de la rente

Le montant de la rente d'invalidité ou de la rente d'incapacité permanente professionnelle est déterminé en fonction du taux de prestation défini à l'annexe 1 du contrat et de la catégorie d'invalidité ou du taux d'incapacité permanent établi par la Sécurité sociale.

Ce montant inclut les prestations versées par la Sécurité sociale au titre de l'invalidité ou l'incapacité permanente professionnelle, hors prestation complémentaire pour recours à tierce personne.

Le total des prestations perçues par l'assuré ne saurait excéder 90% de son salaire net d'activité.

Article.28 Règlement de la rente

Le droit au versement des rentes d'invalidité est conditionné à la formalisation d'une demande dans les six (6) mois à compter de la date à laquelle peut prétendre aux prestations.

Afin de faire valoir ses droits, le membre participant doit remplir et adresser à la mutuelle un formulaire de demande de prestations dûment complété, daté et signé par son employeur, accompagné des pièces justificatives suivantes :

- La carte nationale d'identité en cours de validité datée, signée et certifiée conforme par le membre participant, à défaut un extrait d'acte de naissance de moins de 3 mois comportant les mentions marginales.
- La notification d'attribution d'une pension d'invalidité ou de rente d'incapacité permanente professionnelle émanant de la Sécurité sociale.
- Attestation d'inscription au régime d'assurance chômage et bordereaux de versement d'ARE, le cas échéant,
- Attestation sur l'honneur de non-activité rémunérée ou justificatif de salaire en cas d'activité rémunérée.
- Un Relevé d'Identité Bancaire, Postal ou de Caisse d'Epargne (RIB, RIP, RICE) du membre adhérent.

Pour les entreprises de moins de 6 salariés :

- Copie des bulletins de salaires délivrés au cours de la période définie pour le salaire brut de référence.

La Mutuelle se réserve le droit de demander toute autre pièce justificative au moment de la survenance

de l'évènement et en cours de service des prestations.

Les prestations sont versées directement à l'assuré, mensuellement à terme échu sur production périodique d'un justificatif de la poursuite des versements des prestations par la Sécurité sociale.

Article.29 Terme de la rente

Le versement de la rente cesse dès :

- du jour où le membre cesse de percevoir une pension d'invalidité ou une rente d'incapacité permanente professionnelle de la Sécurité Sociale,
- du jour où cesse le classement en 1^{ère}, 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie d'invalidité,
- du jour où le taux d'incapacité permanente professionnelle devient inférieur à 33%,
- du décès du membre participant,
- de l'âge de départ à la retraite du membre participant,
- à la liquidation de la pension vieillesse.

Les prestations sont suspendues pendant la durée du congé légal de maternité ou de paternité.

Article.30 Revalorisation après résiliation

La résiliation du présent contrat n'entraîne pas l'arrêt du versement de la rente d'invalidité. Toutefois, la revalorisation de la rente s'arrête le jour de l'effet de la résiliation, les revalorisations antérieurement attribuées demeurant acquises.

Chapitre 7. GARANTIE DECES ET INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE

Article.31 Objet de la garantie

La garantie Décès – Invalidité Absolue et Définitive a pour objet de verser un capital aux bénéficiaires ou au membre participant en cas de décès, ou d'invalidité absolue et définitive du membre participant.

Le membre participant est considéré comme atteint d'une invalidité absolue et définitive lorsqu'il est prouvé, qu'il est totalement inapte à la moindre activité ou occupation et ceci de façon irréversible ; il doit notamment être dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie et bénéficier de ce fait de l'allocation correspondante de la Sécurité Sociale, et en conséquence qu'il soit placé en invalidité de 3^{ème} catégorie.

Est assimilée à l'invalidité absolue et définitive :

- L'invalidité de 3^{ème} catégorie définie à l'article L.341-4 3° du Code de la Sécurité Sociale et indemnisée comme telle par la Sécurité sociale ;
- L'incapacité permanente, définie à l'article L.434-2 du Code de la Sécurité Sociale, avec attribution d'une prestation complémentaire en cas de recours à l'assistance d'une tierce personne, et dont le taux est égal ou supérieur à 80%.

Le versement du capital en cas d'Invalidité Absolue et Définitive met fin à la garantie Décès.

Article.32 Montant du capital

Le montant du capital est égal à 100% du salaire brut annuel du membre participant au jour du sinistre.

Article.33 Modalités de versement des prestations pour la garantie décès

Pour la garantie en capital, les prestations sont versées en une seule fois dans un délai maximum de (30) jours à compter de la réception de l'ensemble des pièces justificatives nécessaires.

En tout état de cause, quelles que soient les garanties souscrites, le montant des prestations versées au titre de la garantie décès ne peut excéder 100% du salaire brut de référence.

Cette limitation ne saurait être opposée dès lors que son dépassement découle de la mise en œuvre d'une obligation conventionnelle du souscripteur.

Article.34 Règlement du capital

Pour bénéficier du versement du capital du membre participant, la Mutuelle doit recevoir les pièces justificatives suivantes :

- Une demande de capital décès ou une demande de capital invalidité absolue et définitive
- un acte de décès (bulletin de décès) ou le titre de pension d'invalidité de 3^{ème} catégorie ou de rente d'accident du travail ayant donné lieu à l'attribution d'une majoration pour tierce personne émis par la Sécurité sociale
- les pièces justificatives de la qualité et des droits des bénéficiaires,
- une copie de livret de famille du défunt ou d'un acte de mariage, à défaut d'un acte de naissance du défunt,
- un acte de naissance de chaque bénéficiaire si le livret de famille du défunt n'est pas produit,
- s'il y a lieu une attestation de concubinage délivrée par la mairie, une copie du livret de famille pour les concubins ayant des enfants en commun ou, à défaut, une déclaration sur l'honneur accompagnée d'un justificatif de

- domicile (quittance de loyer aux deux noms, quittance d'électricité ; de téléphone, etc...),
- s'il y a lieu une attestation établissant l'engagement dans les liens d'un PACS, délivrée par le greffe du tribunal d'instance du lieu de naissance (attestation de moins de 3 mois)
- un acte de naissance de chaque bénéficiaire lorsque le bénéficiaire est un ascendant, ou un bénéficiaire désigné (autres que le conjoint et les enfants), ou un héritier,
- une copie du dernier avis d'imposition, et le cas échéant celui du concubin ou partenaire de PACS
- le certificat médical indiquant si le décès est dû ou non à une cause naturelle,
- en présence d'enfants, un certificat de scolarité ou, à défaut pour les enfants de plus de 21 ans, une copie du contrat d'apprentissage ou de professionnalisation,
- les certificats médicaux,
- les copies des bulletins de salaire délivrés au cours de la période définie pour le salaire de référence,

La Mutuelle se réserve le droit de demander toute autre pièce justificative au moment de la survenance de l'évènement.

Article.35 Définition des bénéficiaires

35.1 Décès

En cas de décès du membre participant, le capital est versé :

- En priorité au conjoint du membre participant non séparé judiciairement,
- A défaut, par parts égales, les enfants nés ou à naître du membre participant,
- A défaut aux héritiers du membre participant à proportion de leurs parts héréditaires.

Le membre participant peut toutefois désigner par lettre transmise à la Mutuelle le ou les bénéficiaires de son choix. En cas de décès d'un des bénéficiaires désignés par le membre participant, le capital est versé aux autres bénéficiaires au prorata de leurs parts respectives. En cas de décès du bénéficiaire ou de tous les bénéficiaires désignés par l'assuré, les dispositions ci-dessus s'appliquent.

Concernant le changement de bénéficiaire du capital décès, TERRITORIA MUTUELLE accepte cela dans la mesure où le cadre juridique en vigueur est respecté.

35.2 Incapacité Absolue et Définitive

En cas d'Incapacité Absolue et Définitive reconnue par la Mutuelle, celle-ci paiera au membre participant

ou à son représentant légal, le capital prévu. Ce capital n'est dû qu'en cas de vie du membre participant à la date du paiement.

Est considéré comme atteint d'une PTIA l'assuré qui est reconnu par l'Assureur être dans l'incapacité définitive de se livrer à une quelconque activité pouvant lui procurer gain ou profit et être obligé de recourir pendant toute son existence à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie.

Chapitre 8. DONNÉES PERSONNELLES

La Mutuelle s'engage à respecter les dispositions de la loi n° 78-17 du 06 janvier 1978, modifiée en 2004, relative à l'Informatique, aux Fichiers et aux Libertés.

La Mutuelle s'engage en particulier :

- à effectuer auprès de la CNIL les formalités préalables à la mise en œuvre du traitement constitué à partir des données et informations transmises par la Collectivité;
- à ne pas utiliser les données et informations auxquelles il peut avoir accès à des fins autres que celles spécifiées au présent contrat ;
- à ne pas divulguer ces données et informations à des personnes non autorisées à en connaître ;
- à prendre toutes mesures permettant d'éviter toute utilisation détournée ou frauduleuse de ces données et informations ;
- à prendre toutes précautions conformes aux usages pour préserver la sécurité matérielle de ces données et informations ;
- le cas échéant, à s'assurer que seuls des moyens de communication sécurisés seront utilisés pour transférer ces données et informations ;
- En fin de convention, à procéder à la destruction de tous fichiers manuels ou informatisés stockant ces données ou à restituer intégralement les fichiers manuels ou informatisés stockant ces données selon les modalités prévues à la présente convention.

Dans le cadre de la campagne de communication unique et ponctuelle effectuée par voie de courrier postal, le Souscripteur communique à la Mutuelle des données à caractère personnel concernant les assurés placés sous son autorité : Entité, Matricule, Nom, Nom de jeune fille, Prénom, Adresse, Code Postal, Ville, Statut (titulaire ou non titulaire), Montant

de la cotisation pour l'option de garantie de base, qui devront faire l'objet des mêmes modalités de protection, précédemment énoncées.

Chapitre 9. CONTROLE DE LA MUTUELLE

Conformément aux dispositions du code de la mutualité, l'autorité chargée du contrôle de la mutuelle preneur des garanties du présent règlement est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située au 4 place de Budapest – 75436 Paris cedex 9.

Chapitre 10. L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL et L'ASSISTANCE A DOMICILE INCLUSE

Tout membre participant de la Mutuelle, bénéficiant d'une garantie Maintien de Traitement, et les personnes vivant sous son toit domiciliées en France Métropolitaine, bénéficient automatiquement d'un accompagnement social et de l'Assistance Maintien de Traitement, garantie assurée par Inter Mutuelle Assistance. 24h/24 et 7j/7.

L'accompagnement social a pour objet de mettre en place un service d'écoute, d'informations et de conseils sur les thématiques d'accompagnement des situations des membres participants ; la famille et les aléas, la santé, la vie professionnelle et la conciliation avec la vie quotidienne. Les conseillers ont pour missions :

- La prise en compte de l'interlocuteur en tant que personne
- Le diagnostic de la situation
- La recherche de ses besoins réels au-delà de la demande initiale
- La co-construction des solutions avec la personne elle-même.

Site internet : www.mutnov-services-plus.fr

Ligne dédiée : **09 69 32 82 67**

L'offre d'assistance Maintien de Salaire de **TERRITORIA MUTUELLE** aide vos agents à faire face à ces situations difficiles et favorise une reprise plus sereine de son activité professionnelle grâce à des solutions concrètes et à un accompagnement renforcé dans la durée.

ANNEXE I - VOS GARANTIES

GARANTIES OBLIGATOIRES

Nature des garanties	Taux d'indemnisation
Garantie Incapacité temporaire de travail Indemnité journalières	
Indemnisation	90% du salaire net de référence
Franchise	90 jours continus ou discontinus
Garantie Invalidité Rente suite à une invalidité ou incapacité permanente professionnelle (IPP)	
Invalidité <ul style="list-style-type: none">- 1^{ère} catégorie Sécurité sociale- 2^{ème} catégorie Sécurité sociale- 3^{ème} catégorie Sécurité sociale	Non garanti 90% du salaire net de référence 100% du salaire net de référence
Incapacité Permanente Professionnelle <ul style="list-style-type: none">- Taux d'IPP inférieur à 33%- Taux d'IPP compris entre 33% et moins de 66%- Taux d'IPP égal ou supérieur à 66%	Non garanti 80% du salaire net de référence 100% du salaire net de référence
Garantie Décès et Invalidité Absolue et Définitive	
Décès ou Invalidité Absolue et Définitive (toutes causes) et quelque que soit la situation familiale	100% du salaire brut de référence



ANNEXE II – VOS GARANTIES ASSISTANCE

L'ACCES A DES SERVICES CONCRETS DES LA SOUSCRIPTION

Informations juridiques et vie pratique Sur tous les domaines du droit français (famille, logement, succession...)	Sur simple appel, aussi souvent que nécessaire
Accompagnement social Bilan de situation, informations : orientation, financements...	Survenance/aggravation d'une pathologie lourde ou survenance d'un handicap

Services de proximité	Prise en charge et mise en œuvre sur 30 jours
Livraison de médicaments 1 A/R par semaine (limité à 4 semaines) jusqu'à la pharmacie la plus proche ou portage à domicile	En cas d'immobilisation > 5 jours de l'adhérent ou du conjoint
Livraison de courses Jusqu'à 1 commande par semaine (limité à 4 semaines) – A/R au centre commercial ou livraison à domicile	
Portage de repas (tenant compte des régimes alimentaires) Jusqu'à 1 forfait de livraison par semaine (limité à 4 semaines)	
Portage d'espèces Jusqu'à 1 A/R ou portage (150€) par semaine (limité à 4 semaines)	
Coiffure à domicile 1 déplacement dans les 30 jours	
Transport sur le lieu de travail 10 trajets domicile/travail ou inversement (50km du domicile max)	
Petits travaux de bricolage/jardinage (mise en relation)	

UN ACCOMPAGNEMENT RENFORCE EN CAS D'INCIDENT DE SANTE UN SOUTIEN DANS LA DUREE EN CAS DE COUP DUR

Enveloppes de services	Prise en charge et mise en œuvre sur 1 année
100 unités de services à choisir en fonction des besoins par les garanties suivantes : 1 enveloppe adultes : aide-ménagère, livraison de médicaments/de courses, transport aux rdv médicaux, portage de repas, garde d'enfants, conduite à l'école/activités... 1 enveloppe enfants malades : garde d'enfants, présence d'un proche, transport aux rdv médicaux, portage de repas...	Survenance d'une pathologie lourde avec hospitalisation > 5 jrs Aggravation d'une pathologie lourde avec hospitalisation > 10 jrs Traitement radiothérapie, chimiothérapie, curiethérapie, trithérapie, quadriethérapie
Bilan de vie par un ergothérapeute Bilan de la personne et de son environnement - Rapport de préconisations en matière d'aménagement du domicile	
Services travaux après passage de l'ergothérapeute Mise en relation avec des professionnels et suivi (coûts, délais...)	
Téléassistance en cas de perte partielle/totale d'autonomie Frais d'installation et 3 mois d'abonnement pris en charge	
Aide aux démarches administratives à domicile Venue d'une aide à domicile (8h sur 30 jrs)	
Accompagnements aux examens médicaux Jusqu'à 1 A/R ou portage (150€) par semaine (limité à 4 semaines)	
Assistance psychologique 1 à 5 entretiens téléphoniques avec un psychologue clinicien et 1 à 3 entretiens en face à face si nécessaire	

Les garanties d'assistance sont assurées par IMA ASSURANCES, ci-après dénommée TERRITORIA MUTUELLE Assistance, société anonyme au capital de 7 000 000 euros entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris - 79000 Niort, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort sous le numéro 481.511.632, soumise au contrôle de l'ACPR – 4, place de Budapest - 75436 Paris cedex 09.



TERRITORIA MUTUELLE | mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité | SIREN 483 041 307
Siège social | 54 rue de gabriel | CS 76016 | 79185 CHAURAY CEDEX
05 49 33 76 51 | demaln@territoria-mutuelle.fr

Substituée par AÉSIO mutuelle | mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité
Immatriculée sous le n° 775 627 391 | Siège social | 4 rue du Général Foy | 75008 PARIS