



CONVENTION DE PARTICIPATION PREVOYANCE – CCAS DE DIJON

ENTRE LES SOUSSIGNES

Le Centre Communal d'Action Sociale de Dijon, situé 11 rue de l'Hôpital, CS 73310, 21033
DIJON CEDEX

Représenté par son Président en exercice, Monsieur François REBSAMEN, dûment habilité par
délibération du Conseil d'administration en date des 24 juillet 2020 et 27 septembre 2023,

dénoté ci-après « Le CCAS » ou « la collectivité »

d'une part,

ET

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, dont le siège
social est sis 4, rue d'Athènes 75009 PARIS,

dénotée ci-après « la MNT »

d'autre part.

SOMMAIRE

ARTICLE 1 : OBJET DE LA CONVENTION.....	3
ARTICLE 2 : DATE D'ENTREE EN VIGUEUR ET DUREE DE LA CONVENTION	3
ARTICLE 3 : NATURE DES GARANTIES.....	3
ARTICLE 4 : POPULATION CONCERNEE	4
ARTICLE 5 : TARIFS.....	4
ARTICLE 6 : PARTICIPATION FINANCIERE ET PAIEMENT DE COTISATIONS.....	4
6.1 PARTICIPATION FINANCIERE.....	4
6.2 PAIEMENT DES COTISATIONS	5
ARTICLE 7 : ENGAGEMENTS DU TITULAIRE DU CONTRAT	5
ARTICLE 8 : ENGAGEMENTS DE LA COLLECTIVITE.....	5
ARTICLE 9 : MODIFICATION DE LA CONVENTION.....	6
ARTICLE 10 : RESILIATION DU CONTRAT D'ASSURANCE PAR UNE COLLECTIVITE, UN ETABLISSEMENT OU LA MNT	6
ARTICLE 11 : RESILIATION DE LA CONVENTION	7
ARTICLE 12 : CONSEQUENCES DE LA RESILIATION OU DU TERME DE LA CONVENTION	7
ARTICLE 13 : LITIGES.....	8

ARTICLE 1 : OBJET DE LA CONVENTION

La Ville de Dijon, le CCAS de Dijon et Dijon métropole ont lancé une procédure de mise en concurrence en vue de la signature d'une convention de participation pour la mise en œuvre de garanties de protection sociale complémentaire au titre du risque « Prévoyance » au profit de ses agents, au titre d'un contrat collectif à adhésion obligatoire et conformément aux dispositions des articles L827.1 et suivants du code général de la fonction publique et de l'article 88-2 de la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 et du décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011.

Au terme de la procédure de mise en concurrence susvisée, le CCAS de Dijon, par délibération en date du 27/09/2023, a choisi la proposition de la Mutuelle Nationale Territoriale pour la mise en œuvre d'une « Convention de participation pour la couverture complémentaire Prévoyance » pour ses agents, dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion obligatoire.

La présente convention de participation ne constitue pas un marché public ; elle est un document de subventionnement destiné à régler les relations financières entre la collectivité ayant adhéré et la MNT.

ARTICLE 2 : DATE D'ENTREE EN VIGUEUR ET DUREE DE LA CONVENTION

La présente convention, signée par l'ensemble des parties, entre en vigueur le **1er janvier 2024**.

La présente convention est établie pour une durée de six ans, à compter de sa date d'entrée en vigueur. Elle se termine ainsi le 31 décembre 2029.

Elle peut être prorogée pour des motifs d'intérêt général, pour une durée ne pouvant excéder un an. Le renouvellement pour motif d'intérêt général se fera de manière expresse, par lettre recommandée avec accusé de réception (LRAR), et au moins trois mois avant la fin de la convention. Cette prorogation fait l'objet d'un avenant à la présente convention.

Le CCAS de Dijon est tenue d'informer ses agents du terme de la présente convention ou de sa prorogation.

ARTICLE 3 : NATURE DES GARANTIES

Le contrat collectif à adhésion obligatoire, constitué des conditions générales et des conditions particulières, souscrit par la collectivité auprès de la MNT offre pour le personnel de la collectivité, des garanties de protection sociale complémentaire qui couvrent les risques suivants pour le membre participant :

- Indemnités Journalières couvrant uniquement l'incapacité de travail.

Ces garanties respectent les principes de solidarité fixés aux chapitres I et III du Titre IV du décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 et sont complémentaires à la protection sociale de base des agents visés à l'article 4 ci-après.

Le contrat collectif à adhésion obligatoire de la MNT est annexé à la présente convention, les conditions particulières (annexe 1) ainsi que les conditions générales (annexe 2) et la délibération n°33-2023 (annexe 3).

Ce contrat est régi par les dispositions du Code de la mutualité.

Au socle de cette garantie collective obligatoire, sont proposées au choix de chaque agent, des garanties optionnelles à adhésion individuelle :

- Invalidité

- Décès/Perte Totale et Irréversible d'autonomie.
- Complément maintien de salaire

ARTICLE 4 : POPULATION CONCERNEE

Adhèrent au contrat collectif à adhésion obligatoire, selon les conditions et modalités définies dans ledit contrat, les agents du CCAS de Dijon en activité de service.

ARTICLE 5 : TARIFS

La cotisation est fixée aux conditions particulières.

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

La MNT s'engage à respecter les tarifs proposés et les limites au-delà desquelles ils ne peuvent évoluer, pendant la durée de la convention.

Le taux de cotisation est maintenu pendant trois ans.

A compter de la 4^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, d'absentéisme aggravé 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, la collectivité informe l'ensemble des agents ayant adhéré au contrat collectif.

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

A cette fin, la Mutuelle Nationale Territoriale adresse, par lettre recommandée avec accusé de réception, avant le 31 mars, à la collectivité 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. La collectivité dispose d'un délai de trois 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. La collectivité est tenue 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 de la collectivité dans le délai de trois mois précité, le contrat prend automatiquement fin au 31 décembre. La collectivité est tenue d'en informer les agents.

Evolutions réglementaires :

En cas d'évolutions réglementaires, la MNT proposera si nécessaire une modification tarifaire selon les mesures mises en place. Cette dernière peut intervenir à tout moment de l'année moyennant le respect d'un préavis de deux mois avant la mise en place.

ARTICLE 6 : PARTICIPATION FINANCIERE ET PAIEMENT DE COTISATIONS

6.1 PARTICIPATION FINANCIERE

- La collectivité contribue au financement des garanties du contrat collectif à adhésion obligatoire souscrit auprès de la MNT auquel les agents adhèrent selon les modalités indiquées dans la délibération indexée à la présente convention (annexe 3).

- Le défaut de versement de la participation par la collectivité, entraîne, après mise en demeure restée sans effet, résiliation de son adhésion à la présente convention et du contrat collectif à adhésion obligatoire qu'elle a souscrit auprès de la MNT. La collectivité est tenue d'en informer ses agents.

6.2 PAIEMENT DES COTISATIONS

Pour l'ensemble des garanties, la collectivité s'engage à prélever par voie de « précompte » mensuel à terme échu la cotisation à la charge de chacun de ses agents adhérant au contrat collectif à adhésion obligatoire et à verser selon les appels trimestriels les sommes à la MNT, selon les modalités fixées audit contrat et à l'article 8 de la présente convention.

ARTICLE 7 : ENGAGEMENTS DU TITULAIRE DU CONTRAT

La MNT s'engage à :

- offrir l'ensemble des options prévues dans les garanties proposées, définies dans le contrat collectif à adhésion obligatoire, pendant la durée de la présente convention ;
- établir, conformément à l'article L.221-6 du Code de la mutualité, une notice d'information qui définit les garanties, leurs modalités d'entrée en vigueur et les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque et précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garantie ainsi que les délais de prescription ;
- respecter les principes de solidarité fixés aux chapitres I et III du Titre IV du décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 ;
- produire à la collectivité, au terme d'une période de trois ans et au terme de la convention, un rapport retraçant, conformément à l'article 19 du décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011, les opérations réalisées au vu des deux critères suivants :
 - degré effectif de solidarité entre les adhérents, intergénérationnelle, en fonction de la rémunération ;
 - moyens destinés à assurer une couverture effective des plus âgés et des plus exposés aux risques.
- produire le compte de résultats au plus tard le 31 mars de l'année N+1.

ARTICLE 8 : ENGAGEMENTS DE LA COLLECTIVITE

La collectivité s'engage à :

- verser la participation financière conformément aux dispositions de l'article 6 de la présente convention ; la participation constitue une aide à la personne et ne peut excéder le montant de la cotisation qui serait dû en l'absence d'aide. La participation est versée sous la forme d'un montant défini à l'article 6.1 de la présente convention par agent.

- verser au gestionnaire de la mutuelle les sommes précomptées dans les dix jours suivant la fin du mois suivant la réalisation du précompte. Cette disposition est applicable pour les membres participants dont le statut permet la perception pendant toute la durée de l'arrêt de travail du demi-traitement par la collectivité.
- informer, par tous moyens (internet, affichage sur les lieux de travail, note de service...) l'ensemble de ses agents de son adhésion à la présente convention, des caractéristiques du contrat collectif souscrit auprès de la MNT ainsi que des modalités d'adhésion à celui-ci, conformément à l'article 19 du décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 ;
- remettre la notice d'information visée à l'article 7 de la présente convention à chaque agent adhérent au contrat collectif souscrit auprès de la MNT, ainsi que les Statuts de la MNT, conformément à l'article L.221-6 du Code de la mutualité.

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des agents adhérents, la collectivité est également tenue d'informer chaque agent en lui remettant une notice établie à cet effet par la MNT.

La preuve de la remise de la notice et des Statuts de la MNT aux agents adhérents ainsi que des informations relatives aux modifications apportées au contrat incombe à la collectivité.

- informer mensuellement la MNT des démissions, des radiations ou des exclusions de ses membres, ainsi que de leurs dates d'effet et à lui adresser les listes nominatives des agents prévues au contrat collectif.

ARTICLE 9 : MODIFICATION DE LA CONVENTION

Toute modification de la présente convention doit faire l'objet d'un avenant signé des parties.

En tout état de cause, la collectivité pourra faire usage de son pouvoir de modification unilatérale de la présente convention et du contrat pour motif d'intérêt général, en respectant un préavis de deux mois. Conformément à la jurisprudence, la collectivité ne pourra, toutefois, pas modifier unilatéralement les clauses financières du contrat. L'usage de ce pouvoir de modification unilatérale obligera la collectivité à indemniser intégralement la MNT de ses préjudices subis.

La collectivité est tenue d'en informer l'ensemble de ses agents.

La MNT renonce à sa faculté de résiliation les quatre premières années du contrat à compter de sa date d'effet.

ARTICLE 10 : RESILIATION DU CONTRAT D'ASSURANCE PAR UNE COLLECTIVITE, UN ETABLISSEMENT OU LA MNT

La résiliation du contrat collectif à adhésion obligatoire souscrit par la collectivité auprès de la MNT, à l'initiative de la collectivité, ou, à l'initiative de la MNT, pour quelque cause que ce soit, entraîne, de plein droit, à la même date, résiliation de l'adhésion de la collectivité concernée à la présente convention. Cette résiliation devra respecter un préavis de six mois pour la collectivité et pour la MNT.

La collectivité est tenue d'en informer ses agents.

La MNT renonce à sa faculté de résiliation les quatre premières années du contrat à compter de sa date d'effet.

ARTICLE 11 : RESILIATION DE LA CONVENTION

- Si la collectivité constate que la MNT ne respecte plus les dispositions du décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011, elle peut dénoncer la présente convention après avoir recueilli les observations écrites et, le cas échéant, sur sa demande, orales de la MNT. La collectivité doit indiquer à la MNT qu'elle peut se faire assister par un conseil ou être représentée par un mandataire de son choix.

La collectivité notifie à la MNT sa décision de résilier la présente convention par lettre recommandée avec accusé de réception. La résiliation prend effet le dernier jour du mois suivant la réception de cette lettre recommandée.

- Si les deux critères que le rapport visé à l'article 7 de la présente convention doit contrôler n'ont pas été satisfaits, la collectivité peut résilier la convention.

La collectivité notifie à la MNT sa décision de résilier la convention par lettre recommandée avec accusé de réception. La résiliation prend effet le dernier jour du mois suivant la réception de cette lettre recommandée. Une telle résiliation n'ouvre droit à aucune indemnité au profit de la collectivité souscriptrice.

- La convention peut être résiliée par la collectivité pour un motif d'intérêt général. La collectivité notifie à la MNT sa décision de résilier la présente convention, en précisant le motif d'intérêt général, par lettre recommandée avec accusé de réception. La résiliation prend effet le dernier jour du mois suivant la réception de cette lettre recommandée. Une telle résiliation n'ouvre droit à aucune indemnité au profit de la collectivité souscriptrice.

- La convention peut être résiliée par la collectivité ou par la MNT en cas de non-respect par l'autre partie des engagements prévus par la présente convention. La résiliation est notifiée à l'autre partie par lettre recommandée avec accusé de réception et prend effet le dernier jour du mois suivant la réception de cette lettre recommandée.

ARTICLE 12 : CONSEQUENCES DE LA RESILIATION OU DU TERME DE LA CONVENTION

La résiliation de la présente convention, pour quelque cause que ce soit, ou le terme de la présente convention, entraîne, de plein droit, à la même date, résiliation de l'ensemble des contrats collectifs à adhésion obligatoire au titre desquels la présente convention de participation a été souscrite.

La collectivité est tenue d'en informer ses agents.

ARTICLE 13 : LITIGES

La présente convention constituant un contrat administratif, la juridiction administrative est seule compétente pour connaître des litiges susceptibles de survenir lors de son exécution.

Fait en 2 exemplaires originaux.

A Dijon....., le 01/12/2023

A Paris, le 30/11/2023

Le Président du CCAS,

Le Directeur Général Adjoint Proximité et Développement



François REBSAMEN



Frédéric SAUVAGE

Mutuelle Nationale Territoriale
Mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité
4 rue d'Athènes 75009 PARIS
N° SIREN 775 678 584 / LEI 9695000Q8HEMSMEPF29
Tél : 01 42 47 23 45

Pour le CCAS de Dijon

Pour la M.N.T.

Annexes :

Annexe 1 : Conditions Particulières

Annexe 2 : Conditions Générales

Annexe 3 : Délibération n°33-2023



CONTRAT DE PRÉVOYANCE MAINTIEN DE SALAIRE, INVALIDITE ET DECES

N°

CONDITIONS PARTICULIÈRES

Entre : **CCAS DE DIJON**
Adresse : 11 rue de l'Hôpital
CS 73310
21033 DIJON CEDEX

Ci-après dénommé(e) le Souscripteur,
d'une part,

et

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, dont le siège social est sis 4, rue d'Athènes 75009 PARIS,

Ci-après dénommée la MNT,
d'autre part,

A - GARANTIES SOUSCRITES

GARANTIES COLLECTIVES A ADHESION OBLIGATOIRE (maintien de salaire) :

- Indemnités Journalières telles que définies au chapitre 3 de la Partie III des Conditions Générales.

GARANTIES OPTIONNELLES À ADHESION INDIVIDUELLE :

- Invalidité, telle que définie au chapitre 4 de la Partie III des Conditions Générales,
- Décès/Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, telle que définie au chapitre 5 de la Partie III des Conditions Générales,
- Complément maintien de salaire, telle que définie au chapitre 6 de la Partie III des Conditions Générales.

RACHAT DU PASSIF :

- Indemnités Journalières telles que définies au chapitre 9 de la Partie VII des Conditions Générales pour les agents listés en annexe 1.

B – COTISATIONS

Pour la garantie collective, les taux de la cotisation TTC sont fixés à :

- Indemnités Journalières : **1.62%**

Pour les garanties optionnelles, les taux de cotisations TTC sont les suivants :

- Invalidité : **1.64%**
- Décès/PTIA : **0.37%**
- Complément maintien de salaire : **0.49%**

Ils s'appliquent à la masse salariale définie à l'article 48 des Conditions Générales et sont maintenus pendant 3 ans.

La couverture du risque « rachat du passif » est complétée par le montant d'une prime unique de 44 000€, intégralement versée par la collectivité à la MNT à la date de prise d'effet de la Convention de Participation. Ce montant sera mis à jour début janvier 2024 par le biais d'un avenant avec la liste définitive des agents en arrêt au 31/12/2023 permettant de recalculer les primes uniques (et primes certaines le cas échéant).

Si la convention de participation venait à être résiliée avant la durée des 6 ans, le solde de la prime non payée à la MNT devra être intégralement réglé par la collectivité. De même si à l'issue des 6 années de convention, la somme des montants annuels perçus par la MNT n'atteint pas le montant total de la prime unique, le solde devra être intégralement réglé par la collectivité.

Ajustement du cout du rachat du passif :

Si le montant doit être revu à la hausse, cette dernière sera alors répercutée sur le montant versé directement par la collectivité, et non sur le taux de cotisation majoré de la garantie. Si le montant doit être revu à la baisse, cette dernière sera alors répercutée sur le montant versé directement et/ou sur le taux de cotisation de la garantie. Par ailleurs, dès la deuxième année de la Convention, la cotisation relative à la reprise du passé connu pourra être ajustée annuellement selon l'évolution de la masse salariale.

C - DATE D'EFFET ET DUREE DU CONTRAT

Le présent contrat prend effet à compter du 01/01/2024 pour une durée de six ans à compter de sa date d'entrée en vigueur.

La résiliation du contrat collectif à adhésion obligatoire souscrit par la collectivité auprès de la MNT à l'initiative de la collectivité devra respecter un préavis de six mois. La MNT renonce à sa faculté de résiliation le 4 premières années du contrat à compter de sa date d'effet.

Il est constitué des Conditions Générales référencées « CG – VILLE DE DIJON – DIJON METROPOLE - CCAS DE DIJON (21) », complétées par les présentes conditions particulières. Le souscripteur reconnaît avoir reçu un exemplaire de ces Conditions Générales ainsi que des statuts de la Mutuelle Nationale Territoriale.

FAIT EN DEUX EXEMPLAIRES

A Dijon ,

Le 01/12/2023

Pour le Souscripteur
(cachet et signature)

Le Président du CCAS



François REBSAMEN

A Paris,

Le 30/11/2023

Pour la Mutuelle Nationale Territoriale

Le Directeur Général Adjoint Proximité et Développement



Frédéric SAUVAGE

Mutuelle Nationale Territoriale
Mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité
4 rue d'Athènes 75009 PARIS
N° SIREN 775 678 584 / LEI 9695000Q8HEMSMEPF29
Tél : 01 42 47 23 45

Annexe 1 : Liste des agents en arrêt au 15/05/2023

LISTE DES AGENTS EN ARRÊT AU 15/05/2023

COLLECTIVITE	Agent N°	DATEDEBUT	DATEFIN	NB JOURS	NATURE ABSENCE	TYPE ABSENCE	TYPE ABSENCE PAIE	STATUT	POSITION	SEXE	CATEGORIE	DATE DE DEBUT DE L'ARRÊT INITIAL	Nbre jours arrêts cumulés depuis la date de début d'arrêt initial	DATE DEBUT D'ABSENCE DE L'AGENT tous motifs confondus	Nbre jours arrêts cumulés depuis la DATE DE DEBUT D'ABSENCE tous motifs confondus	SALAIRE brut de mai 2023 (hors variables)	TOTAL SALAIRE MENSUEL BRUT THEORIQUE 05/2023 PRORATA ETP	TRAIEMENT INDICIAIRE/RE MUNERATION DE BASE prorata ETP	PRIMES ET INDEMNITES prorata ETP
CCAS	Agent N°25	26/01/2023	05/02/2023	11,00	01 Maladies	011 Maladie ordinaire	MAL1 Maladie plein traitement	TIT Titulaire	A01 Activité	F FEMININ	A Catégorie A	26/01/2023	0,00	26/01/2023	0,00	1826,13	3354,25	2 934,25 €	420,00 €
CCAS	Agent N°25	06/02/2023	10/02/2023	5,00	01 Maladies	011 Maladie ordinaire	MAL1 Maladie plein traitement	TIT Titulaire	A01 Activité	F FEMININ	A Catégorie A	26/01/2023	0,00	26/01/2023	0,00	1826,13	3354,25	2 934,25 €	420,00 €
CCAS	Agent N°25	11/02/2023	13/02/2023	3,00	01 Maladies	011 Maladie ordinaire	MAL1 Maladie plein traitement	TIT Titulaire	A01 Activité	F FEMININ	A Catégorie A	26/01/2023	0,00	26/01/2023	0,00	1826,13	3354,25	2 934,25 €	420,00 €
CCAS	Agent N°25	14/02/2023	19/02/2023	6,00	01 Maladies	011 Maladie ordinaire	MAL1 Maladie plein traitement	TIT Titulaire	A01 Activité	F FEMININ	A Catégorie A	26/01/2023	0,00	26/01/2023	0,00	1826,13	3354,25	2 934,25 €	420,00 €
CCAS	Agent N°25	20/02/2023	05/03/2023	14,00	01 Maladies	011 Maladie ordinaire	MAL1 Maladie plein traitement	TIT Titulaire	A01 Activité	F FEMININ	A Catégorie A	26/01/2023	0,00	26/01/2023	0,00	1826,13	3354,25	2 934,25 €	420,00 €
CCAS	Agent N°25	08/03/2023	06/04/2023	32,00	01 Maladies	011 Maladie ordinaire	MAL1 Maladie plein traitement	TIT Titulaire	A01 Activité	F FEMININ	A Catégorie A	26/01/2023	0,00	26/01/2023	0,00	1826,13	3354,25	2 934,25 €	420,00 €
CCAS	Agent N°25	07/04/2023	25/04/2023	19,00	01 Maladies	011 Maladie ordinaire	MAL1 Maladie plein traitement	TIT Titulaire	A01 Activité	F FEMININ	A Catégorie A	26/01/2023	0,00	26/01/2023	0,00	1826,13	3354,25	2 934,25 €	420,00 €
CCAS	Agent N°25	26/04/2023	03/05/2023	8,00	01 Maladies	011 Maladie ordinaire	MAL2 Maladie demi traitement	TIT Titulaire	A01 Activité	F FEMININ	A Catégorie A	26/01/2023	0,00	26/01/2023	0,00	1826,13	3354,25	2 934,25 €	420,00 €
CCAS	Agent N°25	04/05/2023	15/06/2023	43,00	01 Maladies	011 Maladie ordinaire	MAL2 Maladie demi traitement	TIT Titulaire	A01 Activité	F FEMININ	A Catégorie A	26/01/2023	110,00	26/01/2023	110,00	1826,13	3354,25	2 934,25 €	420,00 €
CCAS	Agent N°27	01/06/2022	28/02/2023	273,00	01 Maladies	012 Congé de longue maladie	CLM1 Congé de longue maladie plein traitement	TIT Titulaire	A01 Activité	F FEMININ	C Catégorie C	01/06/2022	0,00	01/06/2022	0,00	2172,64	2152,90	1 959,40 €	193,50 €
CCAS	Agent N°27	01/03/2023	31/03/2023	31,00	01 Maladies	012 Congé de longue maladie	CLM1 Congé de longue maladie plein traitement	TIT Titulaire	A01 Activité	F FEMININ	C Catégorie C	01/06/2022	0,00	01/06/2022	0,00	2172,64	2152,90	1 959,40 €	193,50 €
CCAS	Agent N°27	01/04/2023	31/05/2023	61,00	01 Maladies	012 Congé de longue maladie	CLM1 Congé de longue maladie plein traitement	TIT Titulaire	A01 Activité	F FEMININ	C Catégorie C	01/06/2022	349,00	01/06/2022	349,00	2172,64	2152,90	1 959,40 €	193,50 €
CCAS	Agent N°27	01/08/2023	15/06/2023	15,00	01 Maladies	012 Congé de longue maladie	CLM2 Congé de longue maladie demi traitement	TIT Titulaire	A01 Activité	F FEMININ	C Catégorie C	01/06/2022	0,00	01/06/2022	0,00	2172,64	2152,90	1 959,40 €	193,50 €
CCAS	Agent N°40	05/01/2022	04/07/2022	181,00	01 Maladies	013 Congé de longue durée	CLD2 Congé longue durée demi trait	TIT Titulaire	A01 Activité	F FEMININ	C Catégorie C	05/01/2022	0,00	05/01/2022	0,00	1023,15	2046,20	1 901,20 €	145,00 €
CCAS	Agent N°40	05/07/2022	04/01/2023	184,00	01 Maladies	013 Congé de longue durée	CLD2 Congé longue durée demi trait	TIT Titulaire	A01 Activité	F FEMININ	C Catégorie C	05/01/2022	0,00	05/01/2022	0,00	1023,15	2046,20	1 901,20 €	145,00 €
CCAS	Agent N°40	05/01/2023	15/06/2023	162,00	01 Maladies	013 Congé de longue durée	CLD2 Congé longue durée demi trait	TIT Titulaire	A01 Activité	F FEMININ	C Catégorie C	05/01/2022	496,00	05/01/2022	496,00	1023,15	2046,20	1 901,20 €	145,00 €
CCAS	Agent N°54	09/05/2023	21/05/2023	13,00	01 Maladies	011 Maladie ordinaire	MAL1 Maladie plein traitement	TIT Titulaire	AAB Temps partiel autorisation 80%	F FEMININ	C Catégorie C	09/05/2023	7,00	09/05/2023	7,00	1971,03	1953,43	1 787,57 €	165,86 €
CCAS	Agent N°54	22/05/2023	26/05/2023	5,00	01 Maladies	011 Maladie ordinaire	MAL1 Maladie plein traitement	TIT Titulaire	AAB Temps partiel autorisation 80%	F FEMININ	C Catégorie C	09/05/2023	0,00	09/05/2023	0,00	1971,03	1953,43	1 787,57 €	165,86 €
CCAS	Agent N°54	27/05/2023	02/06/2023	7,00	01 Maladies	011 Maladie ordinaire	MAL1 Maladie plein traitement	TIT Titulaire	AAB Temps partiel autorisation 80%	F FEMININ	C Catégorie C	09/05/2023	0,00	09/05/2023	0,00	1971,03	1953,43	1 787,57 €	165,86 €
CCAS	Agent N°59	20/12/2021	07/05/2022	139,00	01 Maladies	013 Congé de longue durée	CLD1 Congé longue durée plein trait	TIT Titulaire	A01 Activité	F FEMININ	C Catégorie C	20/12/2021	0,00	20/12/2021	0,00	1030,93	2046,20	1 901,20 €	145,00 €
CCAS	Agent N°59	08/05/2022	08/11/2022	185,00	01 Maladies	013 Congé de longue durée	CLD2 Congé longue durée demi trait	TIT Titulaire	A01 Activité	F FEMININ	C Catégorie C	20/12/2021	0,00	20/12/2021	0,00	1030,93	2046,20	1 901,20 €	145,00 €
CCAS	Agent N°59	09/11/2022	08/05/2023	181,00	01 Maladies	013 Congé de longue durée	CLD2 Congé longue durée demi trait	TIT Titulaire	A01 Activité	F FEMININ	C Catégorie C	20/12/2021	0,00	20/12/2021	0,00	1030,93	2046,20	1 901,20 €	145,00 €
CCAS	Agent N°59	09/05/2023	31/05/2023	23,00	01 Maladies	013 Congé de longue durée	CLD2 Congé longue durée demi trait	TIT Titulaire	A01 Activité	F FEMININ	C Catégorie C	20/12/2021	512,00	20/12/2021	512,00	1030,93	2046,20	1 901,20 €	145,00 €
CCAS	Agent N°61	11/01/2023	16/01/2023	6,00	01 Maladies	011 Maladie ordinaire	MAL1 Maladie plein traitement	TIT Titulaire	A01 Activité	F FEMININ	C Catégorie C	11/01/2023	0,00	11/01/2023	0,00	1154,65	2230,50	2 085,50 €	145,00 €
CCAS	Agent N°61	17/01/2023	08/02/2023	23,00	01 Maladies	011 Maladie ordinaire	MAL1 Maladie plein traitement	TIT Titulaire	A01 Activité	F FEMININ	C Catégorie C	11/01/2023	0,00	11/01/2023	0,00	1154,65	2230,50	2 085,50 €	145,00 €
CCAS	Agent N°61	09/02/2023	10/03/2023	30,00	01 Maladies	011 Maladie ordinaire	MAL1 Maladie plein traitement	TIT Titulaire	A01 Activité	F FEMININ	C Catégorie C	11/01/2023	0,00	11/01/2023	0,00	1154,65	2230,50	2 085,50 €	145,00 €
CCAS	Agent N°61	11/03/2023	28/03/2023	18,00	01 Maladies	011 Maladie ordinaire	MAL1 Maladie plein traitement	TIT Titulaire	A01 Activité	F FEMININ	C Catégorie C	11/01/2023	0,00	11/01/2023	0,00	1154,65	2230,50	2 085,50 €	145,00 €
CCAS	Agent N°61	29/03/2023	03/04/2023	6,00	01 Maladies	011 Maladie ordinaire	MAL2 Maladie demi traitement	TIT Titulaire	A01 Activité	F FEMININ	C Catégorie C	11/01/2023	0,00	11/01/2023	0,00	1154,65	2230,50	2 085,50 €	145,00 €
CCAS	Agent N°61	04/04/2023	04/04/2023	1,00	01 Maladies	011 Maladie ordinaire	MAL2 Maladie demi traitement	TIT Titulaire	A01 Activité	F FEMININ	C Catégorie C	11/01/2023	0,00	11/01/2023	0,00	1154,65	2230,50	2 085,50 €	145,00 €
CCAS	Agent N°61	05/04/2023	09/04/2023	5,00	01 Maladies	011 Maladie ordinaire	MAL1 Maladie plein traitement	TIT Titulaire	A01 Activité	F FEMININ	C Catégorie C	11/01/2023	0,00	11/01/2023	0,00	1154,65	2230,50	2 085,50 €	145,00 €
CCAS	Agent N°61	10/04/2023	28/04/2023	19,00	01 Maladies	011 Maladie ordinaire	MAL2 Maladie demi traitement	TIT Titulaire	A01 Activité	F FEMININ	C Catégorie C	11/01/2023	0,00	11/01/2023	0,00	1154,65	2230,50	2 085,50 €	145,00 €
CCAS	Agent N°61	29/04/2023	13/06/2023	46,00	01 Maladies	011 Maladie ordinaire	MAL2 Maladie demi traitement	TIT Titulaire	A01 Activité	F FEMININ	C Catégorie C	11/01/2023	125,00	11/01/2023	125,00	1154,65	2230,50	2 085,50 €	145,00 €
CCAS	Agent N°61	14/06/2023	15/06/2023	2,00	01 Maladies	011 Maladie ordinaire	MAL1 Maladie plein traitement	TIT Titulaire	A01 Activité	F FEMININ	C Catégorie C	11/01/2023	0,00	11/01/2023	0,00	1154,65	2230,50	2 085,50 €	145,00 €
CCAS	Agent N°134	02/05/2023	05/05/2023	4,00	01 Maladies	011 Maladie ordinaire	MAL1 Maladie plein traitement	TIT Titulaire	A01 Activité	F FEMININ	C Catégorie C	02/05/2023	0,00	02/05/2023	0,00	2064,43	2051,50	1 843,00 €	208,50 €
CCAS	Agent N°134	06/05/2023	26/05/2023	21,00	01 Maladies	011 Maladie ordinaire	MAL1 Maladie plein traitement	TIT Titulaire	A01 Activité	F FEMININ	C Catégorie C	02/05/2023	14,00	02/05/2023	14,00	2064,43	2051,50	1 843,00 €	208,50 €
CCAS	Agent N°139	09/05/2023	15/05/2023	7,00	01 Maladies	011 Maladie ordinaire	MAL1 Maladie plein traitement	TIT Titulaire	A01 Activité	F FEMININ	B Catégorie B	09/05/2023	7,00	09/05/2023	7,00	2288,64	2250,60	1 920,60 €	330,00 €
CCAS	Agent N°160	02/03/2023	30/04/2023	60,00	01 Maladies	011 Maladie ordinaire	MAL1 Maladie plein traitement	TIT Titulaire	A01 Activité	F FEMININ	C Catégorie C	02/03/2023	0,00	02/03/2023	0,00	2032,65	2046,20	1 901,20 €	145,00 €
CCAS	Agent N°160	01/05/2023	30/05/2023	30,00	01 Maladies	011 Maladie ordinaire	MAL1 Maladie plein traitement	TIT Titulaire	A01 Activité	F FEMININ	C Catégorie C	02/03/2023	75,00	02/03/2023	75,00	2032,65	2046,20	1 901,20 €	145,00 €
CCAS	Agent N°160	31/05/2023	31/05/2023	1,00	01 Maladies	011 Maladie ordinaire	MAL2 Maladie demi traitement	TIT Titulaire	A01 Activité	F FEMININ	C Catégorie C	02/03/2023	0,00	02/03/2023	0,00	2032,65	2046,20	1 901,20 €	145,00 €

COLLECTIVITE	Agent N°	DATEDEBUT	DATEFIN	NB JOURS	NATURE ABSENCE	TYPE ABSENCE	TYPE ABSENCE PAIE	STATUT	POSITION	SEXE	CATEGORIE	DATE DE DEBUT DE L'ARRET INITIAL	Nbre jours arrêts cumulés depuis la date de début d'arrêt initial	DATE DEBUT D'ABSENCE DE L'AGENT sans motif confondu	Nbre jours arrêts cumulés depuis la DATE DE DEBUT D'ABSENCE sans motif confondu	SALAIRE brut de mai 2023 (hors variables)	TOTAL SALAIRE MENSUEL BRUT THEORIQUE 05/2023 PRORATA ETP	TRAITEMENT INDICIAIRE RE MUNERATION DE BASE pro rata ETP	PRIMES ET INDEMNITES pro rata ETP
CCAS	Agent N°191	22/08/2022	02/09/2022	12,00	01 Maladies	011 Maladie ordinaire	MAL1 Maladie plein traitement	TIT Titulaire	AA9 Temps partiel autorisation 90%	F FEMININ	B Catégorie B	22/08/2022	0,00	22/08/2022	0,00	2553,42	2447,91	2 146,19 €	301,71 €
CCAS	Agent N°191	03/09/2022	11/09/2022	9,00	01 Maladies	011 Maladie ordinaire	MAL2 Maladie demi traitement	TIT Titulaire	AA9 Temps partiel autorisation 90%	F FEMININ	B Catégorie B	22/08/2022	0,00	22/08/2022	0,00	2553,42	2447,91	2 146,19 €	301,71 €
CCAS	Agent N°191	12/09/2022	30/09/2022	19,00	01 Maladies	011 Maladie ordinaire	MAL2 Maladie demi traitement	TIT Titulaire	AA9 Temps partiel autorisation 90%	F FEMININ	B Catégorie B	22/08/2022	0,00	22/08/2022	0,00	2553,42	2447,91	2 146,19 €	301,71 €
CCAS	Agent N°191	01/10/2022	21/10/2022	21,00	01 Maladies	011 Maladie ordinaire	MAL2 Maladie demi traitement	TIT Titulaire	AA9 Temps partiel autorisation 90%	F FEMININ	B Catégorie B	22/08/2022	0,00	22/08/2022	0,00	2553,42	2447,91	2 146,19 €	301,71 €
CCAS	Agent N°191	22/10/2022	18/11/2022	26,00	01 Maladies	011 Maladie ordinaire	MAL2 Maladie demi traitement	TIT Titulaire	AA9 Temps partiel autorisation 90%	F FEMININ	B Catégorie B	22/08/2022	0,00	22/08/2022	0,00	2553,42	2447,91	2 146,19 €	301,71 €
CCAS	Agent N°191	19/11/2022	18/12/2022	30,00	01 Maladies	011 Maladie ordinaire	MAL2 Maladie demi traitement	TIT Titulaire	AA9 Temps partiel autorisation 90%	F FEMININ	B Catégorie B	22/08/2022	0,00	22/08/2022	0,00	2553,42	2447,91	2 146,19 €	301,71 €
CCAS	Agent N°191	19/12/2022	04/01/2023	17,00	01 Maladies	011 Maladie ordinaire	MAL2 Maladie demi traitement	TIT Titulaire	AA9 Temps partiel autorisation 90%	F FEMININ	B Catégorie B	22/08/2022	0,00	22/08/2022	0,00	2553,42	2447,91	2 146,19 €	301,71 €
CCAS	Agent N°191	05/01/2023	08/01/2023	4,00	01 Maladies	011 Maladie ordinaire	MAL1 Maladie plein traitement	TIT Titulaire	AA9 Temps partiel autorisation 90%	F FEMININ	B Catégorie B	22/08/2022	0,00	22/08/2022	0,00	2553,42	2447,91	2 146,19 €	301,71 €
CCAS	Agent N°191	09/01/2023	20/01/2023	12,00	01 Maladies	011 Maladie ordinaire	MAL2 Maladie demi traitement	TIT Titulaire	AA9 Temps partiel autorisation 90%	F FEMININ	B Catégorie B	22/08/2022	0,00	22/08/2022	0,00	2553,42	2447,91	2 146,19 €	301,71 €
CCAS	Agent N°191	21/01/2023	24/02/2023	35,00	01 Maladies	011 Maladie ordinaire	MAL2 Maladie demi traitement	TIT Titulaire	AA9 Temps partiel autorisation 90%	F FEMININ	B Catégorie B	22/08/2022	0,00	22/08/2022	0,00	2553,42	2447,91	2 146,19 €	301,71 €
CCAS	Agent N°191	25/02/2023	17/03/2023	21,00	01 Maladies	011 Maladie ordinaire	MAL2 Maladie demi traitement	TIT Titulaire	AA9 Temps partiel autorisation 90%	F FEMININ	B Catégorie B	22/08/2022	0,00	22/08/2022	0,00	2553,42	2447,91	2 146,19 €	301,71 €
CCAS	Agent N°191	18/03/2023	24/03/2023	7,00	01 Maladies	011 Maladie ordinaire	MAL1 Maladie plein traitement	TIT Titulaire	AA9 Temps partiel autorisation 90%	F FEMININ	B Catégorie B	22/08/2022	0,00	22/08/2022	0,00	2553,42	2447,91	2 146,19 €	301,71 €
CCAS	Agent N°191	25/03/2023	16/04/2023	23,00	01 Maladies	011 Maladie ordinaire	MAL1 Maladie plein traitement	TIT Titulaire	AA9 Temps partiel autorisation 90%	F FEMININ	B Catégorie B	22/08/2022	0,00	22/08/2022	0,00	2553,42	2447,91	2 146,19 €	301,71 €
CCAS	Agent N°191	17/04/2023	22/04/2023	6,00	01 Maladies	011 Maladie ordinaire	MAL2 Maladie demi traitement	TIT Titulaire	AA9 Temps partiel autorisation 90%	F FEMININ	B Catégorie B	22/08/2022	0,00	22/08/2022	0,00	2553,42	2447,91	2 146,19 €	301,71 €
CCAS	Agent N°191	23/04/2023	21/05/2023	29,00	01 Maladies	011 Maladie ordinaire	MAL1 Maladie plein traitement	TIT Titulaire	AA9 Temps partiel autorisation 90%	F FEMININ	B Catégorie B	22/08/2022	267,00	22/08/2022	267,00	2553,42	2447,91	2 146,19 €	301,71 €
CCAS	Agent N°191	22/05/2023	24/05/2023	3,00	01 Maladies	011 Maladie ordinaire	MAL2 Maladie demi traitement	TIT Titulaire	AA9 Temps partiel autorisation 90%	F FEMININ	B Catégorie B	22/08/2022	0,00	22/08/2022	0,00	2553,42	2447,91	2 146,19 €	301,71 €
CCAS	Agent N°191	25/05/2023	15/06/2023	22,00	01 Maladies	011 Maladie ordinaire	MAL2 Maladie demi traitement	TIT Titulaire	AA9 Temps partiel autorisation 90%	F FEMININ	B Catégorie B	22/08/2022	0,00	22/08/2022	0,00	2553,42	2447,91	2 146,19 €	301,71 €
CCAS	Agent N°194	13/01/2023	27/01/2023	15,00	01 Maladies	011 Maladie ordinaire	MAL1 Maladie plein traitement	TIT Titulaire	A01 Activité	F FEMININ	C Catégorie C	13/01/2023	0,00	13/01/2023	0,00	1232,98	2230,50	2 085,50 €	145,00 €
CCAS	Agent N°194	28/01/2023	19/02/2023	23,00	01 Maladies	011 Maladie ordinaire	MAL1 Maladie plein traitement	TIT Titulaire	A01 Activité	F FEMININ	C Catégorie C	13/01/2023	0,00	13/01/2023	0,00	1232,98	2230,50	2 085,50 €	145,00 €
CCAS	Agent N°194	20/02/2023	08/03/2023	17,00	01 Maladies	011 Maladie ordinaire	MAL2 Maladie demi traitement	TIT Titulaire	A01 Activité	F FEMININ	C Catégorie C	13/01/2023	0,00	13/01/2023	0,00	1232,98	2230,50	2 085,50 €	145,00 €
CCAS	Agent N°194	09/03/2023	08/05/2023	61,00	01 Maladies	011 Maladie ordinaire	MAL2 Maladie demi traitement	TIT Titulaire	A01 Activité	F FEMININ	C Catégorie C	13/01/2023	0,00	13/01/2023	0,00	1232,98	2230,50	2 085,50 €	145,00 €
CCAS	Agent N°194	09/05/2023	10/05/2023	2,00	01 Maladies	011 Maladie ordinaire	MAL2 Maladie demi traitement	TIT Titulaire	A01 Activité	F FEMININ	C Catégorie C	13/01/2023	0,00	13/01/2023	0,00	1232,98	2230,50	2 085,50 €	145,00 €
CCAS	Agent N°194	11/05/2023	15/06/2023	36,00	01 Maladies	011 Maladie ordinaire	MAL2 Maladie demi traitement	TIT Titulaire	A01 Activité	F FEMININ	C Catégorie C	13/01/2023	123,00	13/01/2023	123,00	1232,98	2230,50	2 085,50 €	145,00 €
CCAS	Agent N°289	20/01/2023	03/02/2023	15,00	01 Maladies	011 Maladie ordinaire	MAL1 Maladie plein traitement	DETA Détaché à Dijon	A02 Activité (détaché de)	F FEMININ	A Catégorie A	03/03/2023	0,00	20/01/2023	0,00	3249,67	2956,55	2 536,55 €	420,00 €
CCAS	Agent N°289	04/02/2023	02/03/2023	27,00	01 Maladies	011 Maladie ordinaire	MAL1 Maladie plein traitement	DETA Détaché à Dijon	A02 Activité (détaché de)	F FEMININ	A Catégorie A	03/03/2023	0,00	20/01/2023	0,00	3249,67	2956,55	2 536,55 €	420,00 €
CCAS	Agent N°289	03/03/2023	16/03/2023	14,00	04 Maternité/Adoption	041 Maternité	PR1 Etat pathologique prénatal plein trait	DETA Détaché à Dijon	A02 Activité (détaché de)	F FEMININ	A Catégorie A	03/03/2023	0,00	20/01/2023	0,00	3249,67	2956,55	2 536,55 €	420,00 €
CCAS	Agent N°289	17/03/2023	15/06/2023	91,00	04 Maternité/Adoption	041 Maternité	M1 Maternité 1 enfant	DETA Détaché à Dijon	A02 Activité (détaché de)	F FEMININ	A Catégorie A	03/03/2023	74,00	20/01/2023	116,00	3249,67	2956,55	2 536,55 €	420,00 €



CCAS

CONTRAT DE PRÉVOYANCE

MAINTIEN DE SALAIRE ET DECES

Base obligatoire : INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

**Options : INVALIDITÉ - DÉCÈS/PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE
D'AUTONOMIE, COMPLEMENT INDEMNITÉS JOURNALIÈRES**

CONDITIONS GÉNÉRALES

(Référence : CG – VILLE DE DIJON – DIJON METROPOLE - CCAS DE DIJON (21) - 2024)

PREAMBULE	4
TITRE I - DISPOSITIONS GENERALES	4
Article 1. Garanties proposées	4
Article 2. Assurés.....	4
Article 3. Conditions d'adhésion	4
Article 4. Prise d'effet et durée des garanties	5
Article 5. Information des membres participants	6
Article 6. Conditions de prise d'effet et durée du contrat	6
Article 7. Prescription	6
Article 8. Protection des données à caractère personnel - passation gestion et exécution des contrats d'assurance	7
Article 9. Réclamation	8
Article 10. Clause d'attribution de compétence	8
TITRE II - RISQUES EXCLUS	8
Article 11. Exclusions.....	8
TITRE III - GARANTIES	8
CHAPITRE 1 - DISPOSITIONS COMMUNES	8
Article 12. Subrogation de la mutuelle	8
Article 13. Modalités d'application dans le temps des garanties du présent contrat	9
CHAPITRE 2 – BASE DE CALCUL DES PRESTATIONS	9
Article 14. Définition du traitement, des primes et indemnités.....	9
CHAPITRE 3 - GARANTIE INDEMNITÉS JOURNALIÈRES	9
Article 15. Définition de la garantie	9
Article 16. Montant de la prestation	9
Article 17. Point de départ du versement des indemnités journalières – Périodes de franchise	10
Article 18. Terme du versement des indemnités journalières.....	11
Article 19. Maintien des prestations	11
CHAPITRE 4 - GARANTIE INVALIDITÉ (SI SOUSCRITE PAR LE MEMBRE PARTICIPANT)	11
Article 20. Définition de la garantie	11
Article 21. Détermination du montant de la rente et service de la rente	12
Article 22. Point de départ du versement de la rente	12
Article 23. Terme du versement de la rente	12
Article 24. Maintien des prestations	12
CHAPITRE 5 - GARANTIE DECES OU PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (SI SOUSCRITE PAR LE MEMBRE PARTICIPANT)	12
Article 25. Définition de la garantie Décès - PTIA toutes causes.....	12
Article 26. Clause de renonciation.....	13
Article 27. Définition de la garantie Décès - PTIA accidentel	13
Article 28. Bénéficiaires des prestations en cas de Décès	13
Article 29. Bénéficiaire des prestations en cas de Perte totale et irréversible d'autonomie	13
Article 30. Maintien des garanties Décès	14
Article 31. Obligation de la Mutuelle concernant les garanties décès	14
CHAPITRE 6 – GARANTIE COMPLEMENT MAINTIEN DE SALAIRE (SI SOUSCRITE PAR LE MEMBRE PARTICIPANT)	14
Article 32. Définition de la garantie	14
Article 33. Montant de la prestation	15
Article 34. Point de départ du versement des indemnités journalières – Périodes de franchise	15
Article 35. Terme du versement du complément maintien de salaire	16
Article 36. Maintien des prestations	17
CHAPITRE 7 - FONDS D'ACTION SOCIALE	17
CHAPITRE 8 - GARANTIES ASSISTANCE	17
Article 37. Garantie	17
Article 38. Prise d'effet de la garantie	17
Article 39. Cessation de la garantie	17
TITRE IV - CONDITIONS D'ATTRIBUTION ET SERVICES DES PRESTATIONS	17
Article 40. Garanties Indemnités Journalières et Complément maintien de salaire	17
Article 41. Garantie Invalidité (si souscrite par le membre participant)	18
Article 42. Garanties Décès - Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (si souscrite par le membre participant)	18
Article 43. Contrôles effectués à la demande de la Mutuelle Nationale Territoriale	18
Article 44. Procédure d'arbitrage	19
Article 45. Radiation, résiliation, terme de l'adhésion	19
Article 46. Cas de fraude	19
Article 47. Réticence ou fausse déclaration intentionnelle.....	19
TITRE V – COTISATIONS	19
Article 48. Montant de la cotisation	19
Article 49. Modalités de paiement de la cotisation	20
Article 50. Défaut de paiement de la cotisation	20

Article 51.	<i>Défaut de paiement de la participation financière du souscripteur</i>	21
TITRE VI - GESTION DES ASSURÉS		21
Article 52.	<i>Etats à fournir</i>	21
TITRE VII – REPRISE DU PASSIF		21
Article 53.	<i>Objet</i>	21
Article 54.	<i>Agents concernés</i>	21
Article 55.	<i>Définition du traitement, des primes et indemnités</i>	21
CHAPITRE 1 - GARANTIE INDEMNITÉS JOURNALIÈRES		21
Article 56.	<i>Définition de la garantie</i>	21
Article 57.	<i>Montant de la prestation</i>	21
Article 58.	<i>Point de départ du versement des indemnités journalières</i>	22
Article 59.	<i>Terme du versement des indemnités journalières</i>	22
CHAPITRE 2 – CONDITIONS D'ATTRIBUTION DES PRESTATIONS LIÉES AU RISQUE REPRISE DU PASSÉ SPÉCIFIQUE		22
Article 60.	<i>Garanties Indemnités Journalières</i>	22
Article 61.	<i>Montant de la cotisation du risque Reprise du passé spécifique</i>	23

PREAMBULE

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 présent 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.

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 souscripteur 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 obligatoire** 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 facultatives dont les conditions sont mentionnées dans le 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 adhérant.

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 présent contrat ainsi que leurs modalités d'entrée en vigueur.

TITRE I - DISPOSITIONS GENERALES

Article 1. Garanties proposées

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

- de la **garantie collective à adhésion obligatoire (maintien de salaire)** : Indemnités Journalières couvrant l'incapacité de travail,
- des **garanties supplémentaires à adhésion individuelle (maintien de salaire)** : Invalidité, Décès/Perte Totale et Irréversible d'autonomie, Complément Indemnités Journalières.

Article 2. Assurés

Sont garantis au titre du présent contrat, les fonctionnaires et agents de droit public ou de droit privé, quel que soit leur statut et en activité de service. Les agents détachés auprès de la collectivité peuvent bénéficier de la convention de participation. Les agents mis à disposition de la collectivité peuvent être assurés par le contrat pour autant que la collectivité dont ils dépendent l'autorise.

Article 3. Conditions d'adhésion

- **Garantie collective à adhésion obligatoire**: Sauf à justifier d'un cas de dispense, tous les salariés, régulièrement inscrits sur les listes du personnel du souscripteur adhèrent au contrat automatiquement et bénéficient des garanties obligatoires sans aucune limite d'âge ni aucun questionnaire médical, y compris les agents à temps partiel thérapeutique.
- **Garanties supplémentaires à adhésion individuelle** : Les agents adhérant à la garantie collective qui le souhaitent sont admis sans condition et bénéficient des garanties facultatives, sous réserve de compléter le bulletin d'adhésion remis par la MNT.

A la mise en place du contrat, le souscripteur fournit par l'intermédiaire d'un fichier :

- la liste nominative des agents en activité de service, leur sexe, leur date et département de naissance, leur numéro de sécurité sociale, leur adresse postale, email et numéro de téléphone, leur date d'embauche, matricule et position statutaire, les salaires et primes servant de base de calcul des cotisations, les éventuelles garanties individuelles retenues par les agents.

En cours de contrat, les collectivités fournissent les informations suivantes, via l'espace collectivité :

- Pour les nouveaux embauchés, sauf s'ils justifient d'un cas de dispense : la liste nominative des agents en activité de service, leur sexe, leur date et département de naissance, leur numéro de sécurité sociale, leur adresse postale, email et numéro de téléphone, leur date d'embauche, matricule et position statutaire, les salaires et primes servant de base de calcul des cotisations, les éventuelles garanties individuelles retenues par les agents.
- Pour les départs : la liste nominative des agents concernés, leur numéro de sécurité sociale,
- Les arrêts de travail des agents à indemniser.
- Les événements de toute nature qui ont pour conséquences soit d'aggraver les risques, soit d'en créer de nouveaux et rendent de ce fait inexacts ou caduques les réponses faites à la mutuelle à la souscription du contrat.

Cas de dispense :

- Agents n'ayant pas de cotisation URSSAF (Service civique + contrat (prestation) étudiant),
- Elus,
- Vacataires,
- Agents de plus de 67 ans titulaire ayant une prolongation d'activité après la limite d'âge et contractuels de plus de 67 ans,
- Agent n'étant pas dans nos effectifs : Agents ayant l'allocation chômage d'aide au retour à l'emploi (ARE) + reversement SFT.

Article 4. Prise d'effet et durée des garanties

4.1 - Prise d'effet des garanties :

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

- à la date d'effet du contrat souscrit par le souscripteur,
- à compter de sa date d'entrée chez le souscripteur, lorsqu'il est embauché postérieurement à la date de prise d'effet du contrat,
- à compter de sa date de reprise d'activité.

La couverture des membres du personnel résulte de la souscription du contrat par leur employeur.

Un état nominatif du personnel à assurer doit être transmis par chaque collectivité.

L'adhésion aux garanties facultatives individuelles prend effet au 1er jour du mois qui suit l'acceptation de la demande d'adhésion par la Mutuelle Nationale Territoriale. Afin d'adhérer aux présentes garanties facultatives, 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.

4.2 - Cessation des garanties :

Les garanties cessent de produire effet :

- à la date à laquelle le membre participant ne remplit plus les conditions visées à l'Article 3 du présent contrat, ou cesse d'appartenir à l'effectif du souscripteur.
- en cas de non-paiement de la cotisation,
- au 67ème anniversaire du membre participant pour les garanties Indemnités Journalières, Décès toutes causes (si souscrite), Complément maintien de salaire (si souscrite),
- au 62ème anniversaire du membre participant pour les garanties Invalidité et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (si souscrites),
- au décès du membre participant,
- à la date d'effet de la résiliation des garanties,

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

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

Les garanties supplémentaires à adhésion individuelle cessent au 31 décembre suivant leur prise d'effet. Elles se renouvellent ensuite par tacite reconduction, à chaque 1er janvier, sauf résiliation par le membre participant notifiée au moins deux mois avant cette date :

- par lettre ou tout autre support durable,
- par déclaration faite au Siège social ou auprès d'une implantation territoriale de la mutuelle,
- par acte extrajudiciaire,
- par voie électronique ou par un mode de communication à distance et ce même si l'adhésion ne s'est pas faite par voie dématérialisée ou à distance.

Maintien des garanties en cas de changement d'employeur (portabilité) :

Les garanties d'assurance du présent contrat sont maintenues pour le membre participant et ses ayants droit éventuels dans deux cas :

- Cas 1 : application des dispositions de l'article L5111-7 du code général des collectivités locales. Si le membre participant change d'employeur en application d'une réorganisation, le nouvel employeur est substitué de plein droit à l'ancien pour la convention de participation et le présent contrat collectif d'assurance conclus par ce dernier avec l'Assureur. La convention et le contrat sont exécutés dans les conditions antérieures jusqu'à leur échéance, sauf accord contraire entre le nouvel employeur, l'ancien employeur et l'Assureur. Ceux-ci peuvent convenir d'une échéance de la convention du contrat, antérieures à celles stipulées, dans le but d'harmoniser le régime des participations applicables aux agents. L'Assureur est informé de la substitution de personne morale par le nouvel employeur. La substitution de personne morale à la convention et au contrat n'entraîne aucun droit à résiliation ou à indemnisation pour l'Assureur.
- Cas 2 : en cas de départ du membre participant de l'effectif de l'Employeur avec embauche simultanée auprès d'un autre employeur. En cas de départ du membre participant de l'effectif du Souscripteur, pour une cause autre qu'un départ en retraite pour lequel les garanties restent acquises, l'Assureur ne peut refuser de maintenir les garanties au membre participant qui en fait la demande, et sous réserve du paiement des cotisations et des sanctions prévues en cas de fausse déclaration. Le maintien des garanties par l'Assureur s'effectue sans réduction de celles-ci, ni révision des taux de cotisation. La demande de maintien des garanties doit être formulée par lettre recommandée avec accusé de réception, dans un délai maximum de deux mois à compter de la date de départ du membre participant.

Article 5. Information des membres participants

5.1 - Notice d'information :

Une notice d'informations 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 aux garanties facultatives du présent 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.

5.2 - 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 6. 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.

Le support de résiliation peut être, au choix du souscripteur :

- par lettre ou tout autre support durable,
- par déclaration faite au Siège social ou auprès d'une implantation territoriale de la mutuelle,
- par acte extrajudiciaire,
- par voie électronique ou par un mode de communication à distance et ce même si l'adhésion ne s'est pas faite par voie dématérialisée ou à distance.

Article 7. Prescription

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

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

Conformément à l'article L.221-12 du Code de la mutualité, La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de celle-ci, par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque, ainsi que par l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception adressé, par la Mutuelle au membre participant en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation par le membre participant ou le bénéficiaire 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 8. Protection des données à caractère personnel - passation gestion et exécution des contrats d'assurance

Les données à caractère personnel sont collectées par la MNT en tant que responsable de traitements. Dans ce cadre, la MNT réalise différents traitements de données à caractère personnel concernant le membre participant et ses ayants droit éventuels.

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.

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

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-avant. 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@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://www.bloctel.gouv.fr/>.

Article 9. 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.

Dans tous les cas, quel que soit l'interlocuteur ou le service auprès duquel l'adhérent a formulé sa réclamation et qu'il y ait été ou non répondu, l'adhérent peut saisir le Médiateur de la Mutualité Française

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

deux mois après l'envoi d'une première réclamation écrite.

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

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

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

Article 10. 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.

TITRE II - RISQUES EXCLUS

Article 11. Exclusions

11.1 - Exclusions communes à toutes les garanties :

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

- du suicide ou de la tentative de suicide dans la première année d'assurance, (Cette exclusion ne s'applique pas dans le cas où le membre participant était précédemment garanti par un contrat de même nature depuis plus d'un an),**
- de faits de guerres étrangères lorsque la France est partie belligérante,**
- de guerre civile ou étrangère, d'attentat, d'acte de terrorisme, d'émeute, d'insurrection, quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels qu'en soient les protagonistes, dès lors que le membre participant y prend une part active,**
- pour les garanties autres que les garanties décès et PTIA, du fait intentionnellement causé ou provoqué par le membre participant,**
- de mutilation ou blessure volontaire,**
- des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation, provenant de la transmutation de noyaux d'atome.**

TITRE III - GARANTIES

CHAPITRE 1 - DISPOSITIONS COMMUNES

Article 12. 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 13. Modalités d'application dans le temps des garanties du présent contrat

L'indemnisation de la mutuelle s'effectue selon les dispositions en vigueur du présent contrat à la date de l'arrêt de travail du membre participant.

CHAPITRE 2 – BASE DE CALCUL DES PRESTATIONS

Article 14. Définition du traitement, des primes et indemnités

14.1 - Pour le calcul des garanties Indemnités Journalières et Complément maintien de salaire :

- Le traitement de référence correspond au traitement indiciaire mensuel brut plus, la Nouvelle Bonification Indiciaire (NBI) brute et le transfert primes/points ayant donné lieu à cotisation au titre des présentes garanties diminué des cotisations et prélèvements sociaux obligatoires (Sécurité sociale, retraite CNRACL, IRCANTEC, CSG, CRDS...). L'indemnité compensatrice de la CSG est assimilée au traitement indiciaire ou au salaire ;
- Les primes ou indemnités nettes mensuelles, correspondent aux primes ou indemnités brutes mensuelles (telles que l'IFSE, le versement du complément de l'IFSE...) ayant donné lieu à cotisation au titre de la présente garantie diminuées des cotisations et prélèvements sociaux obligatoires (CSG, CRDS...).

Les éléments variables tels que les heures supplémentaires sont exclus de la base des garanties.

14.2 - Pour le calcul des garanties Invalidité :

- Le traitement de référence correspond au traitement indiciaire mensuel brut plus, la Nouvelle Bonification Indiciaire (NBI) brute et le transfert primes/points ayant donné lieu à cotisation au titre des présentes garanties diminué des cotisations et prélèvements sociaux obligatoires (Sécurité sociale, retraite CNRACL, IRCANTEC, CSG, CRDS...). L'indemnité compensatrice de la CSG est assimilée au traitement indiciaire ou au salaire ;
- Les primes ou indemnités nettes mensuelles, correspondent aux primes ou indemnités brutes mensuelles (telles que l'IFSE...) ayant donné lieu à cotisation au titre de la présente garantie diminuées des cotisations et prélèvements sociaux obligatoires (CSG, CRDS...).

Les éléments variables tels que les heures supplémentaires sont exclus de la base des garanties.

14.3 - Pour le calcul des garanties Décès/PTIA :

- Les prestations sont exprimées en pourcentage :
 - Du traitement de référence correspondant au traitement indiciaire brut fixe plus, la Nouvelle Bonification Indiciaire (NBI) brute, et le transfert primes/points ayant donné lieu au paiement de la cotisation au titre des présentes garanties diminués des cotisations et prélèvements sociaux obligatoires (Sécurité sociale, retraite CNRACL, IRCANTEC, CSG, CRDS...). L'indemnité compensatrice de la CSG est assimilée au traitement indiciaire ou au salaire.
 - Des primes ou indemnités nettes mensuelles, correspondant aux primes ou indemnités brutes mensuelles (telles que l'IFSE...) moins le transfert primes/points ayant donné lieu à cotisation au titre de la présente garantie diminuées des cotisations et prélèvements sociaux obligatoires (CSG, CRDS...).

CHAPITRE 3 - GARANTIE INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

Article 15. Définition de la garantie

La garantie incapacité temporaire de travail a pour objet le versement d'indemnités journalières aux membres participant âgés de moins de 67 ans qui :

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

Article 16. Montant de la prestation

Le montant de la prestation telle que définie au présent article est brut de tous prélèvements obligatoires (notamment la CSG et la CRDS) dus par l'adhérent conformément à la réglementation applicable. La prestation est versée déduction faite de l'ensemble de ces prélèvements.

16.1 - Pour les fonctionnaires et contractuels :

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

Sont prises en considération dans le calcul des prestations les primes et indemnités mensuelles incluses dans l'assiette des cotisations. En tout état de cause la Mutuelle Nationale Territoriale limite son intervention à hauteur de 40% du montant de ces primes et indemnités nettes

en CMO, et à hauteur de 90% du montant de ces primes et indemnités nettes en CLM/CLD/CGM. Ces montants s'entendent en complément du maintien des primes et indemnités de la collectivité et ce, à l'issue des périodes de franchise, définies à l'article 17.2 - du présent contrat.

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

Les indemnités journalières sont calculées sur la base de 90% du traitement moyen de référence déduction faite des sommes perçues (Indemnités Journalières de la Sécurité sociale). Le traitement moyen de référence est égal au montant net de la moyenne des 12 derniers mois de traitement ayant donné lieu à cotisation. En tout état de cause, la Mutuelle Nationale Territoriale limite son intervention à 40% du traitement moyen de référence.

16.3 - 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 90% du traitement de référence plus, 90% 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 40% 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.

16.4 - Pour les agents à temps partiel thérapeutique

- o 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 90 % du montant de ces primes et indemnités nettes, sous déduction éventuelle des primes et indemnités versées par le souscripteur et ce à compter du 1^{er} jour d'arrêt.

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

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

Sont prises en considération, si le membre participant opte pour ce complément, 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 90 % du montant de ces primes et indemnités nettes, sous déduction éventuelle des primes et indemnités versées par le souscripteur.

16.5 - 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 90% du traitement de référence plus, 90% du montant des primes et indemnités nettes mensuelles incluses dans l'assiette des cotisations que le membre participant aurait perçu s'il avait continué d'exercer son activité.

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

Article 17. 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.

17.1 - Assiette de primes hors régime indemnitaire

17.1.1- Pour les fonctionnaires CNRACL:

- en cas de maladie ordinaire, à partir du 91^e jour d'arrêt de travail continu ou discontinu,
- en cas de congé de longue maladie, à partir du début de la 2^e année,
- en cas de congé de longue durée, à partir du début de la 4^e année,
- en cas de congé de longue durée, lorsque la maladie a été contracté en service, à partir du début de la 6^e année,
- en cas de maintien du demi-traitement dans l'attente d'une décision de reprise de service, de reclassement, de mise en disponibilité ou d'admission à la retraite selon les dispositions des articles 17 et 37 du décret n°87-602 du 30 juillet 1987,
- en cas de mise en disponibilité d'office (DO) pour raison de santé prévue à l'article 19 du décret n°86-68 du 13 janvier 1986, avec versement des indemnités journalières de coordination (article 4 du décret n° 60-58 du 11 janvier 1960) ou versement de l'AIT (article 6 du décret n° 60-58 du 11 janvier 1960), y compris la période d'instruction de la demande.

17.1.2- Pour les fonctionnaires IRCANTEC:

- en cas de maladie ordinaire, à partir du 91^e jour d'arrêt de travail, continu ou discontinu,
- en cas de congé de grave maladie, à partir du début de la 2^e année,
- en cas de maintien du demi-traitement dans l'attente d'une décision de reprise de service, de reclassement, de mise en disponibilité ou d'admission à la retraite selon les dispositions des articles 17 et 37 du décret n°87-602 du 30 juillet 1987,
- en cas de mise en disponibilité d'office (DO) pour raison de santé prévue à l'article 19 du décret n°86-68 du 13 janvier 1986, avec versement des indemnités journalières de coordination (article 4 du décret n° 60-58 du 11 janvier 1960) ou versement de l'AIT (article 6 du décret n° 60-58 du 11 janvier 1960), y compris la période d'instruction de la demande.

17.1.3- Pour les contractuels de droit public ou de droit privé :

- en cas de Maladie Ordinaire :
 - pour les agents ayant une ancienneté comprise entre 4 mois et 2 ans : à compter du 31^e jour d'arrêt de travail continu ou discontinu et lorsque le membre participant subit une perte de salaire.
 - pour les agents ayant une ancienneté comprise entre 2 ans et 3 ans : à compter du 61^e jour d'arrêt de travail continu ou discontinu.
 - pour les agents ayant une ancienneté égale ou supérieure à 3 ans : au plus tôt à compter 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.

17.1.4- Pour les agents à temps non complet et les agents contractuels de droit public ou de droit privé 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).

17.1.5- 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.

17.2 - Régime indemnitaire

Le régime indemnitaire est pris en compte dès son abatement selon les franchises ci-dessous :

17.2.1 Pour les congés de maladies ordinaires :

Le régime indemnitaire est versé à l'issue des franchises définies à l'article 17.1 -

17.2.2 Pour les congés de longue maladie, maladie longue durée et grave maladie :

Le régime indemnitaire est versé dès le premier jour d'arrêt.

Article 18. Terme du versement des indemnités journalières

Le service des indemnités journalières prend fin à dater :

- soit du jour de la reprise d'activité,
- soit de la fin de l'indemnisation par l'employeur au titre du statut de la Fonction Publique Territoriale ou par l'assurance maladie au titre du régime général de la Sécurité sociale,
- soit de la liquidation d'une pension d'invalidité par le régime de base du membre participant,
- soit de la date de la liquidation de la pension de retraite par le régime de base du membre participant,
- soit au plus tard au jour du 67^{ème} anniversaire du membre participant,
- soit du décès du membre participant.

Article 19. Maintien des prestations

En cas de résiliation du présent contrat, le service des prestations est maintenu jusqu'au terme prévu à l'Article 18 et le montant de l'indemnité journalière versé avant la résiliation est revalorisé chaque année dans la limite de l'évolution de la valeur du point d'indice de la fonction publique territoriale sans pouvoir excéder 0,30% par an.

CHAPITRE 4 - GARANTIE INVALIDITÉ (si souscrite par le membre participant)

Article 20. Définition de la garantie

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

Pour les agents affiliés à la CNRACL :

- qui sont mis à la retraite pour invalidité ;

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

- qui justifient d'un taux d'invalidité d'au moins 2/3 avec un classement en 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 21. Détermination du montant de la rente et service de la rente

21.1 - Montant de la rente :

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

21.2 - Pourcentage limite du montant de la rente :

Le montant de la rente est au plus égal à 50% du traitement de référence qu'aurait perçu le membre participant s'il n'avait pas cessé son activité à la date de prise en charge au titre de la présente garantie.

21.3 - Indemnisation des primes et indemnités mensuelles :

Sont prises en considération dans le calcul de la rente, les primes et indemnités nettes mensuelles incluses dans l'assiette des cotisations. En tout état de cause, la Mutuelle Nationale Territoriale limite son intervention à hauteur de 90% du montant de ces primes et indemnités nettes.

21.4 - Règle de cumul :

Le montant de la rente versée au titre de la présente garantie augmenté des prestations versées par la CNRACL, la sécurité sociale ou de toute autre somme ou indemnité quelle qu'en soit la nature juridique versée par quelque organisme que ce soit, ne peut excéder 90% du traitement de référence plus 90 % 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.

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

21.5 - 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.

21.6 - Service de la rente :

La rente est servie mensuellement et à terme échu.

Article 22. Point de départ du versement de la rente

Pour les agents affiliés à la CNRACL :

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

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

- la date d'attribution de la pension d'invalidité de la Sécurité sociale de 2^e ou 3^e catégorie,

Article 23. Terme du versement de la rente

Le versement de la rente cesse dès :

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

Article 24. Maintien des prestations

En cas de résiliation du présent contrat, le service des prestations est maintenu jusqu'au terme prévu à l'Article 23 et revalorisé dans la limite de l'évolution de la valeur du point d'indice de la fonction publique territoriale sans pouvoir excéder 0,30% par an.

CHAPITRE 5 - GARANTIE DECES OU PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (si souscrite par le membre participant)

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

La garantie a pour objet de :

- Garantir en cas de décès des membres participants âgés de moins de 67 ans, le versement d'un capital égal à 100 % du traitement de référence annuel, 100% du montant des primes et indemnités à périodicité mensuelle nettes perçues sur les 12 derniers mois, au profit d'un ou plusieurs bénéficiaires tels que définis à l'Article 28 ci-après.
- Garantir en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie des membres participants âgés de moins de 62 ans, le versement par anticipation du capital prévu en cas de décès au profit du bénéficiaire tel que défini à l'Article 29 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 26. Clause de renonciation

Tout membre participant ayant adhéré à la garantie Décès a la faculté de renoncer à son adhésion par notification effectuée à la Mutuelle Nationale Territoriale par lettre ou tout autre support durable adressé à la Mutuelle Nationale Territoriale, par déclaration faite au Siège social ou dans une agence de la Mutuelle, par acte extrajudiciaire ou dans le cas où le membre participant a adhéré à distance, par le même mode de communication à distance que celui qu'a utilisé le membre participant pour adhérer pendant un délai de trente jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé que son adhésion a pris effet. Ce délai expire le dernier jour à vingt-quatre heures. S'il expire un samedi ou un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est par prorogé.

L'exercice de cette faculté de renonciation selon l'un des moyens indiqués ci-avant peut s'effectuer 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 notification mentionnée ci-dessus. Au-delà de ce délai, les sommes non restituées produisent de plein droit intérêt au taux légal majoré de moitié durant deux mois, puis à l'expiration de ce délai de deux mois, au double du taux légal.

Article 27. Définition de la garantie Décès - PTIA accidentel

Le présent contrat garantit en cas de décès ou de Perte totale et irréversible d'autonomie consécutif à un accident, le versement d'un capital supplémentaire égal à celui prévu en cas de décès, au profit d'un ou plusieurs bénéficiaires tels que définis à l'Article 28 et à l'Article 29 ci-après.

Le montant de ces capitaux supplémentaires sont déterminés par référence au capital défini à l'Article 25.

On entend par accident toute atteinte ou lésion corporelle non intentionnelle de la part du membre participant, provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Ne sont pas considérés comme accidents les dommages résultant d'un traitement médical ou chirurgical ou des conséquences d'exams médicaux.

Article 28. Bénéficiaires des prestations en cas de Décès

Les bénéficiaires des capitaux sont la ou les personnes ayant fait l'objet d'une désignation écrite et formelle de la part du membre participant auprès de 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 ascendants du membre participant ;
- 5 - à défaut aux héritiers du membre participant.

Le membre participant a le droit de modifier la clause bénéficiaire du capital décès à tout moment lorsqu'il le souhaite, notamment lorsque sa situation familiale change (mariage, naissance, adoption, divorce, etc.).

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

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

Article 29. Bénéficiaire des prestations en cas de Perte totale et irréversible d'autonomie

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

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

Article 30. Maintien des garanties Décès

Les membres participants percevant des prestations incapacité de travail ou invalidité (si souscrite) bénéficient du maintien des garanties décès si elles sont souscrites, y compris en cas de résiliation de la convention et ce jusqu'à la cessation des garanties Décès tel que mentionné à l'Article 4.2 - .

Article 31. Obligation de la Mutuelle concernant les garanties décès

31.1 - 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.

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

31.3 - Revalorisation des capitaux décès et 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.

Le capital en euros garanti en cas de décès produit de plein droit intérêt dès la date du décès du membre participant et ce jusqu'à la réception des pièces mentionnées à l'Article 42 du présent contrat ou, le cas échéant, jusqu'au dépôt de ce capital à la Caisse des dépôts et consignations en application de l'Article 31.4 - du présent contrat.

A 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.

31.4 - 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.

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

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

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

CHAPITRE 6 – GARANTIE COMPLEMENT MAINTIEN DE SALAIRE (si souscrite par le membre participant)

Article 32. Définition de la garantie

La garantie incapacité temporaire de travail a pour objet le versement d'indemnités journalières aux membres participant âgés de moins de 67 ans qui se trouvent momentanément dans l'incapacité complète d'exercer une activité professionnelle par suite de maladie ou d'accident

médicalement constaté, et perçoivent à ce titre des prestations soit de leur employeur en application du régime statutaire de la Fonction Publique Territoriale, soit du régime général d'assurance maladie de la Sécurité sociale.

Article 33. Montant de la prestation

33.1 - Pour les fonctionnaires et contractuels :

Les indemnités journalières sont calculées et versées à hauteur de 10 % du traitement de référence que le membre participant aurait perçu s'il n'avait pas cessé son activité.

Pour les congés de maladie ordinaire, 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 10 % du montant de ces primes et indemnités nettes, en complément du maintien des primes et indemnités de la collectivité et ce, à l'issue des périodes de franchise, définies à l'Article 34 du présent contrat.

Pour les congés de longue maladie, maladie longue durée et grave maladie, 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 10% du montant de ces primes et indemnités nettes, et ce dès le premier jour d'arrêt.

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

Les indemnités journalières sont calculées sur la base de 10 % 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 10% du traitement moyen de référence.

33.3 - **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 10% du traitement de référence plus, 10% 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 10% 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.

33.4 - Pour les agents à temps partiel thérapeutique

- o 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 10 % du montant de ces primes et indemnités nettes, sous déduction éventuelle des primes et indemnités versées par le souscripteur et ce à compter du 1^{er} jour d'arrêt.

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

Les indemnités journalières sont calculées et versées à hauteur de 10 % 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, si le membre participant opte pour ce complément, 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 90 % du montant de ces primes et indemnités nettes, sous déduction éventuelle des primes et indemnités versées par le souscripteur.

33.5 - 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 10 % du traitement de référence plus, 10 % du montant des primes et indemnités nettes mensuelles incluses dans l'assiette des cotisations que le membre participant aurait perçu s'il avait continué d'exercer son activité.

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

Article 34. 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.

34.1 - Assiette de primes hors régime indemnitaire

34.1.1- Pour les fonctionnaires CNRACL:

- en cas de maladie ordinaire, à partir du 91^e jour d'arrêt de travail continu ou discontinu,
- en cas de congé de longue maladie, à partir du début de la 2^e année,
- en cas de congé de longue durée, à partir du début de la 4^e année,
- en cas de congé de longue durée, lorsque la maladie a été contracté en service, à partir du début de la 6^e année,
- en cas de maintien du demi-traitement dans l'attente d'une décision de reprise de service, de reclassement, de mise en disponibilité ou d'admission à la retraite selon les dispositions d'articles 17 et 37 du décret n°87-602 du 30 juillet 1987,

- en cas de mise en disponibilité d'office (DO) pour raison de santé prévue à l'article 19 du décret n°86-68 du 13 janvier 1986, avec versement des indemnités journalières de coordination (article 4 du décret n° 60-58 du 11 janvier 1960) ou versement de l'AIT (article 6 du décret n° 60-58 du 11 janvier 1960), y compris la période d'instruction de la demande.

34.1.2- Pour les fonctionnaires IRCANTEC:

- en cas de maladie ordinaire, à partir du 91^e jour d'arrêt de travail, continu ou discontinu,
- en cas de congé de grave maladie, à partir du début de la 2^e année,
- en cas de maintien du demi-traitement dans l'attente d'une décision de reprise de service, de reclassement, de mise en disponibilité ou d'admission à la retraite selon les dispositions des articles 17 et 37 du décret n°87-602 du 30 juillet 1987,
- en cas de mise en disponibilité d'office (DO) pour raison de santé prévue à l'article 19 du décret n°86-68 du 13 janvier 1986, avec versement des indemnités journalières de coordination (article 4 du décret n° 60-58 du 11 janvier 1960) ou versement de l'AIT (article 6 du décret n° 60-58 du 11 janvier 1960), y compris la période d'instruction de la demande.

34.1.3- Pour les contractuels de droit public ou de droit privé :

- en cas de Maladie Ordinaire :
 - pour les agents ayant une ancienneté comprise entre 4 mois et 2 ans : à compter du 31^e jour d'arrêt de travail continu ou discontinu et lorsque le membre participant subit une perte de salaire.
 - pour les agents ayant une ancienneté comprise entre 2 ans et 3 ans : à compter du 61^e jour d'arrêt de travail continu ou discontinu.
 - pour les agents ayant une ancienneté égale ou supérieure à 3 ans : au plus tôt à compter 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.

34.1.4- Pour les agents à temps non complet et les agents contractuels de droit public ou de droit privé 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).

34.1.5- 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.

34.2 - Régime indemnitaire

Le régime indemnitaire est pris en compte dès son abattement selon les franchises ci-dessous :

34.2.1 Pour les congés de maladies ordinaires :

Le régime indemnitaire est versé à l'issu des franchises définies à l'article 34.1 -

34.2.2 Pour les congés de longue maladie, maladie longue durée et grave maladie :

Le régime indemnitaire est versé dès le premier jour d'arrêt.

Article 35. Terme du versement du complément maintien de salaire

Le service des indemnités journalières prend fin à dater :

- soit du jour de la reprise d'activité,
- soit de la fin de l'indemnisation par l'employeur au titre du statut de la Fonction Publique Territoriale ou par l'assurance maladie au titre du régime général de la Sécurité sociale,
- soit de la liquidation d'une pension d'invalidité par le régime de base du membre participant,
- soit de la date de la liquidation de la pension de retraite par le régime de base du membre participant,
- soit au plus tard au jour du 67^{ème} anniversaire du membre participant,
- soit du décès du membre participant.

Article 36. Maintien des prestations

En cas de résiliation du présent contrat, le service des prestations est maintenu jusqu'au terme prévu à l'34.1 - et le montant de l'indemnité journalière versé avant la résiliation est revalorisé chaque année dans la limite de l'évolution de la valeur du point d'indice de la fonction publique territoriale sans pouvoir excéder 0,30% par an.

CHAPITRE 7 - 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 à la suite de catastrophes naturelles.

CHAPITRE 8 - GARANTIES ASSISTANCE

Article 37. Garantie

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

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

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

RMA est seule responsable des garanties délivrées au titre de ce contrat.

Article 38. Prise d'effet de la garantie

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

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

Article 39. 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,
- en cas de non-paiement de la cotisation.

TITRE IV - CONDITIONS D'ATTRIBUTION ET SERVICES DES PRESTATIONS

Article 40. Garanties Indemnités Journalières et Complément maintien de salaire

40.1 - Obligations du membre participant :

Pour faire valoir les droits du membre participant, le souscripteur doit remplir et adresser à la Mutuelle Nationale Territoriale un formulaire de demande de prestations dûment complété, daté et signé, 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 à la suite de la modification du congé de maladie.

40.2 - Pièces à fournir :

- les 3 derniers bulletins de salaire,
- l'attestation de la prise en charge à demi-traitement au titre du statut de la Fonction Publique Territoriale ou les décomptes de la Sécurité sociale,
- une attestation de l'employeur indiquant les périodes d'arrêt de travail au cours des 365 jours précédant l'arrêt au titre duquel la prestation est demandée,
- le Questionnaire médical de demande de prestations selon le modèle fourni par la Mutuelle Nationale Territoriale,
- le cas échéant, la copie de l'avis du Conseil Médical formation plénière, ou de l'arrêté municipal relatif au congé de maladie, ou de la Conseil Médical formation restreinte,
- pour les non-titulaires, une attestation de l'employeur précisant la date d'embauche du membre participant,
- un Relevé d'Identité Bancaire, Postal ou de Caisse d'Epargne (RIB, RIP, RICE) du (des) bénéficiaire(s),
- le montant total de la cotisation (Agent + employeur) (en €),
- le montant de la participation de l'employeur (en €) ou le taux de participation (en %) (rapport entre le montant de la participation et le montant total de la cotisation).

40.3 - 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.

A compter de la réception de l'ensemble des pièces du dossier et sauf en cas de force majeure, les prestations sont versées dans un délai de 4 jours (hors délais bancaires selon les établissements pour réception du virement par les adhérents).

Article 41. Garantie Invalidité (si souscrite par le membre participant)

41.1 - Garantie Invalidité :

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

Pour les agents affiliés à la CNRACL :

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

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

- la notification d'attribution d'une pension invalidité Sécurité sociale 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).

A compter de la réception de l'ensemble des pièces du dossier et sauf en cas de force majeure, les prestations sont versées dans un délai de 5 jours (hors délais bancaires selon les établissements pour réception du virement par les adhérents).

Article 42. Garanties Décès - Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (si souscrite par le membre participant)

42.1 - Garantie Décès :

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

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

A compter de la réception de l'ensemble des pièces du dossier et sauf en cas de force majeure, les prestations sont versées dans un délai de 5 jours (hors délais bancaires selon les établissements pour réception du virement par les adhérents).

42.2 - Garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie :

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

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

A compter de la réception de l'ensemble des pièces du dossier et sauf en cas de force majeure, les prestations sont versées dans un délai de 5 jours (hors délais bancaires selon les établissements pour réception du virement par les adhérents).

42.3 - En cas de majoration du capital pour accident:

Il incombe au(x) bénéficiaire(s) d'apporter la preuve de la relation directe de cause à effet entre l'accident et le décès ou la Perte totale et irréversible d'autonomie, et établissant la nature de l'accident, et ce par tous moyens (rapport de gendarmerie, de police, ...).

Article 43. Contrôles effectués à la demande de la Mutuelle Nationale Territoriale

43.1 - Garanties Maintien de Salaire :

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 et en concertation préalable avec la collectivité.

43.2 - Garantie PTIA :

En cas de demande d'un capital pour Perte totale et irréversible d'autonomie, la Mutuelle Nationale Territoriale se réserve le droit de demander 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 44. Procédure d'arbitrage

44.1 - 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.

44.2 - 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 45. 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 43 jusqu'à épuisement des droits.

Par ailleurs, la résiliation ou le non-renouvellement du présent 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 présent contrat. De telles révisions ne peuvent être prévues à raison de la seule résiliation ou du seul non-renouvellement.

Article 46. 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 47. Réticence ou fausse déclaration intentionnelle

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, 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 48. Montant de la cotisation

La cotisation est fixée aux conditions particulières.

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

Les taux de cotisation de la garantie collective et des garanties individuelles sont maintenus les trois premières années, soit jusqu'au 31/12/2026.

A compter du 1er janvier 2027, ils peuvent 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 contrat collectif.

Evaluation de l'aggravation significative de la sinistralité et ses conséquences sont précisées ainsi :

Type d'aggravation	Niveau	Évolution
Absentéisme réduit	de 5% depuis le départ	-5%
Absentéisme réduit	de 3% depuis le départ	-3%
Absentéisme constant	0	0%
Absentéisme aggravé	+ 5 % depuis la consultation	Jusqu'à 5%

Absentéisme aggravé	+ 10 % depuis la consultation	Jusqu'à 10%
Absentéisme aggravé	+ 15 % depuis la consultation	Jusqu'à 15%
Absentéisme aggravé	+ 25% depuis la consultation	Jusqu'à 25%

La majoration tarifaire annuelle est plafonnée à 25% (y compris si l'absentéisme est ≥25%).

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

A cette fin, la Mutuelle Nationale Territoriale adresse, par lettre recommandée avec accusé de réception, avant le 31 mars, au souscripteur 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 souscripteur dispose d'un délai de trois 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 souscripteur dans le délai de trois 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 collectives du présent contrat collectif, 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.

Evolutions réglementaires :

En cas d'évolutions réglementaires, la MNT proposera si nécessaire une modification tarifaire selon les mesures mises en place. Cette dernière peut intervenir à tout moment de l'année moyennant le respect d'un préavis de deux mois avant la mise en place.

48.1 - Garantie Indemnités journalières et Complément maintien de salaire :

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

- **Pour les fonctionnaires et contractuels :** sur 100% du traitement indiciaire brut plus, 100% de la NBI brute et du transfert primes/points perçus par les agents en activité.
Sont prises en considération dans l'assiette des cotisations, 100% des primes et indemnités mensuelles perçues par les membres participants du souscripteur.
- **Pour les agents horaires :** sur 100% du traitement brut perçu.

48.2 - Garanties Invalidité et Décès/PTIA :

Les cotisations sont exprimées :

- **Pour les fonctionnaires et contractuels :** sur 100% du traitement indiciaire brut plus, 100% de la NBI brute et du transfert primes/points perçus par les agents en activité.
Sont prises en considération dans l'assiette des cotisations, (si le souscripteur - membre participant opte pour ce complément), 100% des primes et indemnités mensuelles perçues par les membres participants du souscripteur, ainsi que le transfert primes/points.
- **Pour les agents horaires :** sur 100% du traitement brut perçu.

48.3 - Exonération de la cotisation :

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

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

Article 49. 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.

Article 50. 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.

Article 51. 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 52. Etats à fournir

Le souscripteur du contrat doit adresser à la Mutuelle Nationale Territoriale les pièces suivantes :

1 - A la souscription :

- Un état nominatif des agents ou membres à assurer et en activité à la date d'effet du contrat. Cet état indique pour chaque membre participant, le nom, le prénom, l'adresse, la date de naissance, la situation de famille, la catégorie, la position statutaire, ainsi que le montant du traitement annuel servant au calcul des cotisations. Les primes assujetties à cotisation doivent être indiquées séparément.
- Un état nominatif des agents ou membres en arrêt de travail à la date d'effet du contrat et la nature de l'arrêt de travail.

2 - En cours d'exercice et trimestriellement :

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

3 - A chaque renouvellement du contrat :

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

TITRE VII – REPRISE DU PASSIF

Article 53. Objet

La garantie « Reprise du passé Spécifique » est intégré à la Convention de Participation et prendra effet en même temps que celle-ci.

La garantie « Reprise du passé Spécifique » a pour objet d'indemniser la garantie collective de la Convention de Participation à la date d'effet du contrat, des agents en arrêt de travail au 31/12/2023 listés en annexe 1 aux Conditions Particulières.

Article 54. Agents concernés

Cette garantie concerne les agents en arrêt de travail énumérés dans la liste fournie en annexe 1. Ils ne sont pas adhérents à la Convention de Participation car en arrêt de travail à la date d'effet. Ils pourront adhérer à cette dernière selon ce qui est prévu dès leur reprise effective.

Article 55. Définition du traitement, des primes et indemnités

55.1 - Pour le calcul des garanties Indemnités Journalières :

- Le traitement de référence correspond au traitement indiciaire mensuel brut, plus, la Nouvelle Bonification Indiciaire (NBI) brute plus, le transfert primes/points 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 1 - GARANTIE INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

Article 56. Définition de la garantie

La garantie incapacité temporaire de travail a pour objet le versement d'indemnités journalières aux agents mentionnés à l'annexe 1.

Article 57. Montant de la prestation

57.1 - Pour les fonctionnaires et contractuels :

Les indemnités journalières sont calculées et versées à hauteur de 90% du traitement de référence que l'agent 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).

Pour les congés de maladie ordinaire, 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 40% du montant de ces primes et indemnités nettes, en complément du maintien des primes et indemnités de la collectivité.

Pour les congés de longue maladie, maladie longue durée et grave maladie, 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 90% du montant de ces primes et indemnités nettes, en complément du maintien des primes et indemnités de la collectivité.

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

Les indemnités journalières sont calculées sur la base de 90% du traitement moyen de référence déduction faite des sommes perçues (Indemnités Journalières de la Sécurité sociale). Le traitement moyen de référence est égal au montant net de la moyenne des 12 derniers mois de traitement ayant donné lieu à cotisation. En tout état de cause, la Mutuelle Nationale Territoriale limite son intervention à 40% du traitement moyen de référence.

57.3 - Règle de cumul :

Le montant mensuel des indemnités journalières versées au titre de la présente garantie augmenté des prestations versées par l'employeur, par la Sécurité Sociale ou de toute autre somme ou indemnité quelle qu'en soit la nature juridique versée par quelque organisme que ce soit, ne peut excéder 90% du traitement de référence plus, 90% du montant des primes et indemnités nettes mensuelles incluses dans l'assiette des cotisations que l'agent 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 58. Point de départ du versement des indemnités journalières

La prestation de la Mutuelle Nationale Territoriale est servie à compter du 1er janvier 2024 tant pour les indemnités journalières que pour les primes et indemnités, s'il y a lieu.

Article 59. 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 de l'agent,
- soit de la date de la liquidation de la pension de retraite par le régime de base de l'agent,
- soit au plus tard au jour du 67^{ème} anniversaire de l'agent,
- soit du décès de l'agent.

Chapitre 2 – CONDITIONS D'ATTRIBUTION DES PRESTATIONS LIÉES AU RISQUE REPRISE DU PASSÉ SPÉCIFIQUE

Article 60. Garanties Indemnités Journalières

60.1 - Obligations du membre participant :

Pour faire valoir les droits du membre participant, le souscripteur doit remplir et adresser à la Mutuelle Nationale Territoriale un formulaire de demande de prestations dûment complété, daté et signé, 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 à la suite de la modification du congé de maladie.

60.2 - Pièces à fournir :

- les 3 derniers bulletins de salaire,
- l'attestation de la prise en charge à demi-traitement au titre du statut de la Fonction Publique Territoriale ou les décomptes de la Sécurité sociale,
- une attestation de l'employeur indiquant les périodes d'arrêt de travail au cours des 365 jours précédant l'arrêt au titre duquel la prestation est demandée,
- le questionnaire médical de demande de prestations selon le modèle fourni par la Mutuelle Nationale Territoriale,
- le cas échéant, la copie de l'avis du Conseil Médical formation plénière, ou de l'arrêté municipal relatif au congé de maladie, ou de la Conseil Médical formation restreinte,
- pour les non-titulaires, une attestation de l'employeur précisant la date d'embauche du membre participant,
- un Relevé d'Identité Bancaire, Postal ou de Caisse d'Epargne (RIB, RIP, RICE) du (des) bénéficiaire(s),

60.3 - 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.

A compter de la réception de l'ensemble des pièces du dossier et sauf en cas de force majeure, les prestations sont versées dans un délai maximum de 4 jours (hors délais bancaires selon les établissements pour réception du virement par les adhérents).

Article 61. Montant de la cotisation du risque Reprise du passé spécifique

La cotisation est fixée aux conditions particulières.

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.
Siège social : 4, rue d'Athènes – 75009 PARIS

DÉPARTEMENT
DE LA COTE D'OR

VILLE DE DIJON

CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE

EXTRAIT du Registre des Délibérations
du Centre Communal d'Action Sociale de DIJON

Séance du 27 septembre 2023

à laquelle étaient présents :

Président de Séance : M. Antoine HOAREAU.

Membres présents : (9) M. HOAREAU, Mme AKPINAR-ISTIQAM, Mme CHOLLET, Mme GINDRE, Mme VIAN, M. FOUSSET, Mme LECOMTE, M. JASPART, M. AVENA.

Membres excusés représentés : (3) M. REBSAMEN représenté par M. HOAREAU, Mme TENENBAUM représentée par Mme CHOLLET, M. FOUILLOT représenté par M. FOUSSET.

Membres excusés : (4) M. BERTHIER, M. MEZUI, Mme JACQUEMARD, Mme HERVIEU,

Date de convocation : 22 septembre 2023.

Délibération n° : 33-2023

Objet : Protection sociale complémentaire – convention de participation prévoyance

Les collectivités dijonnaises (ville de Dijon, CCAS de Dijon et Dijon métropole) ont mis en place une participation employeur à la protection sociale complémentaire depuis le 1^{er} janvier 2015 au titre de la prévoyance, autrement appelée garantie maintien de salaire. Depuis le 1^{er} janvier 2022, le montant de cette participation est de 17,06 €. L'ensemble des agents qui ont souscrit à un contrat labellisé bénéficient de cette participation. Ils sont, actuellement, un peu moins de 1300 agents.

Le niveau de couverture doit s'apprécier compte tenu des règles de protection sociale statutaire appliquées jusqu'à présent qui permettent de garantir à un fonctionnaire jusqu'à trois ans de maintien du traitement indiciaire et du régime indemnitaire, par exemple en cas d'affection cancéreuse qui ouvre droit à un congé de longue durée.

Par conséquent, les dispositifs de prévoyance les plus courants ne déclenchent les garanties qu'après un an de congé de longue maladie et trois ans de congé de longue durée. En effet, la prévoyance n'avait pas vocation à s'appliquer plus précocement compte tenu du maintien du régime indemnitaire. Or, cette protection devient inadaptée à l'évolution des règles d'indemnisation des agents par les collectivités.

1 - Le dispositif de protection sociale complémentaire actuellement en vigueur offre une protection insuffisante compte tenu des nouvelles règles applicables au versement du régime indemnitaire

Compte tenu de l'obligation d'interrompre le versement du régime indemnitaire en cas de congé de longue maladie, de longue durée ou de grave maladie à compter du 1^{er} janvier 2024, l'intérêt pour les agents d'avoir une prévoyance assurant un complément de salaire est grandement renforcé.

En effet, les agents cesseront, dans certaines situations, d'être rémunérés à plein traitement pour bénéficier d'un plein traitement seulement sur la partie indiciaire. Cela représente une perte de salaire importante. Par ailleurs, lors du passage à demi-traitement, après un an de congé de longue maladie par exemple, l'agent ne percevra plus que la moitié de son traitement indiciaire.

Cette perte de rémunération est susceptible d'entraîner des difficultés sociales fortes pour les agents à la fois sur le plan personnel et familial qui entraîneront des difficultés à la reprise d'emploi. C'est la raison pour laquelle les trois collectivités dijonnaises ont intérêt à modifier le dispositif de protection sociale complémentaire.

2 - Afin d'assurer une meilleure garantie aux agents, la collectivité doit privilégier une convention de participation

Le dispositif de labellisation actuel permet aux agents de choisir leur organisme et leur contrat de prévoyance, les agents bénéficiant alors de la participation de l'employeur dès lors que le contrat est labellisé par un organisme national. Toutefois, dans ce cadre, la collectivité n'a aucun regard sur le niveau de couverture souscrit qui pourrait s'avérer insuffisant, en particulier si la personne choisit un contrat non labellisé car il est moins onéreux malgré l'absence de participation. La collectivité peut assurer des campagnes de sensibilisation mais les difficultés à surmonter restent nombreuses : compréhension des clauses du contrat en l'absence de connaissance particulière, résiliation unilatérale, etc.

La collectivité peut opter pour un dispositif de convention de participation. Un seul organisme est alors éligible à la participation de l'employeur. Par ailleurs, le type de contrats éligibles est défini par l'employeur. En accord avec une majorité des représentants du personnel, il est possible de rendre l'adhésion obligatoire ce qui permet de garantir au mieux la couverture des agents. La collectivité via notamment le service social du personnel, et en lien avec l'organisme retenu, peut apporter son appui à la résiliation des contrats en cours avant l'adhésion obligatoire.

Enfin, la convention de participation avec adhésion obligatoire permet d'obtenir un taux de cotisation réduit en raison de la mutualisation du risque et d'assurer la reprise du passif dans de meilleures conditions. La reprise du passif permet aux agents déjà en arrêt de bénéficier de la protection sociale complémentaire dès le 1^{er} janvier 2024 et ainsi de ne pas subir le changement de règles d'indemnisation à cette date. Par ailleurs, dans le cadre d'une adhésion obligatoire, la reprise du passif peut être assurée en partie par la collectivité et en partie dans le cadre d'un mécanisme de solidarité entre agents.

3 - La convention de participation fixe un niveau de couverture supérieur au niveau minimal prévu dans le cadre de la réglementation applicable

Le niveau de garantie minimal applicable à compter du 1^{er} janvier 2025 aux contrats labellisés et aux convention de participation est fixée par le décret n° 2022-581 du 20 avril 2022 relatif aux garanties de protection sociale complémentaire et à la participation obligatoire des collectivités territoriales et de leurs établissements publics à leur financement.

En prévoyant une garantie incapacité à hauteur de 90 % du traitement indiciaire et 90 % du régime indemnitaire et une garantie invalidité à hauteur de 90 % du traitement net, la convention de participation prévue par la collectivité propose un niveau de garantie conforme au décret. La couverture du régime indemnitaire est supérieure à l'obligation légale qui est fixée à 40 %.

Seule la garantie incapacité, soit la garantie maintien de salaire en cas de congé maladie, présenterait un caractère obligatoire pour les agents après l'accord des représentants du personnel. En effet, outre le changement des règles de versement du régime indemnitaire à compter du 1^{er} janvier 2024, le risque d'incapacité temporaire est suffisamment important pour justifier une couverture obligatoire. En revanche, compte tenu de la politique de reclassement ambitieuse mise en œuvre dans la collectivité, le risque invalidité est limitée.

4 - La fixation de la participation employeur intègre des considérations de maîtrise budgétaire, de soutien social et d'attractivité

Après une procédure de mise en concurrence réalisée dans les conditions des articles L 827-1 et suivants du code général de la fonction publique et 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, la Mutuelle Nationale Territoriale (MNT) a proposé la meilleure offre.

Le taux de cotisation de la garantie incapacité, y compris le mécanisme de solidarité mis en place pour financer partiellement la reprise du passif est fixée à 1,62 %. Cette cotisation sera obligatoire pour tous les agents. Son assiette sera le traitement brut à l'exception de la prime de fin d'année, du complément indemnitaire annuel et de la garantie individuelle de pouvoir d'achat.

Le taux de cotisation de la garantie invalidité est fixée à 1,64 %. L'adhésion reste facultative mais la collectivité contribuera à concurrence du plafond de participation.

Enfin, l'agent peut souscrire à des options complémentaires au titre du décès ou pour compléter à 100 % la perte de rémunération en cas de congé maladie.

Compte tenu de ces éléments, il est proposé de fixer la participation à hauteur de 35 € par mois. Ce montant permet de prendre en charge l'intégralité du coût de la prévoyance pour environ 70 % des agents les moins bien rémunérés de la collectivité, y compris les agents horaires, et 50 % des agents occupant un emploi permanent. Par ailleurs, plus de 60 % des agents ont un reste à charge inférieur à 10 € par mois.

Enfin, la collectivité garantit qu'aucun agent ait un reste à charge supérieur à 50 % de la cotisation.

Le coût de ce dispositif pour la collectivité est estimé à 110 000 euros la première année, compte tenu du financement du rachat de passif à hauteur de 44 000 euros, et de 66 000 euros les années suivantes. Le surcoût est toutefois inférieur puisque la collectivité finance déjà un dispositif de participation labellisée (pour environ 70 agents au CCAS de Dijon) avec un montant et des garanties moindres. Par ailleurs, la collectivité va cesser de verser le régime indemnitaire en cas de congé de longue maladie, longue durée ou grave maladie.

Ce dossier a été présenté au Comité Social Territorial lors de sa séance du 20 septembre 2023.

Ainsi, les membres du Conseil d'administration :

- décident d'adhérer à la convention de participation pour le risque « Prévoyance » conclue entre le CCAS de Dijon et la Mutuelle Nationale Territoriale (MNT), à effet au 1^{er} janvier 2024 et de prévoir une adhésion obligatoire pour la garantie incapacité dite maintien de salaire à hauteur de 90 % du traitement indiciaire net et 90 % du régime indemnitaire.
- accordent sa participation financière aux fonctionnaires titulaires et stagiaires ainsi qu'aux agents contractuels de droit public et de droit privé de la collectivité en activité,
- fixent le montant de la participation à 35 € brut mensuel par agent au titre du total de la participation à la couverture du risque incapacité et invalidité, dans la limite du montant de la cotisation effectivement due, et sans que ce plafond de participation ne puisse aboutir à ce qu'un agent ait un reste à charge supérieur à 50 % du montant de la cotisation,
- précisent que la participation employeur est désormais attachée à la convention de participation obligatoire et ne peut plus être versée dans le cas de contrats individuels souscrits auprès de prestataires labellisés à compter du 1^{er} janvier 2024,
- décident d'inscrire au budget de l'exercice correspondant les crédits nécessaires à la mise en œuvre de cette décision et d'autoriser Monsieur le Président ou son représentant légal à signer tous les documents utiles à l'exécution de ce présent rapport et notamment tout document rendu nécessaire.

Adoptée à l'unanimité.

Pour extrait conforme au registre des délibérations du Conseil d'Administration.

Destinataires :

Préfecture : 1

Registre : 1

Ressources internes : 1