

# Guide d'utilisation ESPACE ADHÉRENT

## Pourquoi un espace adhérent ?

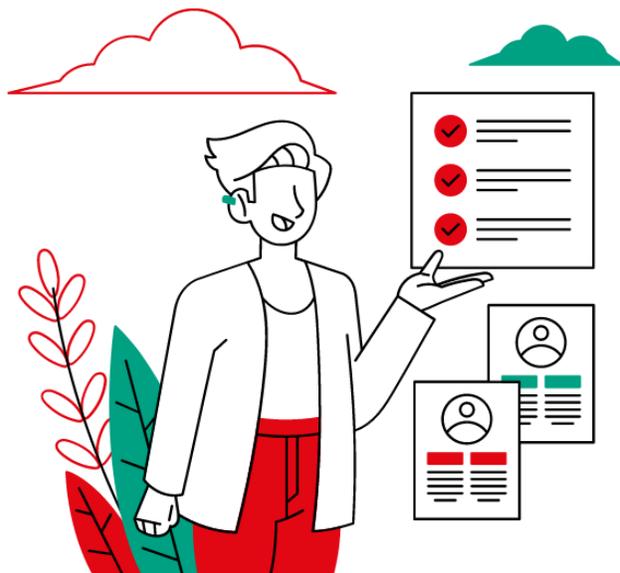
Les fonctionnalités de votre portail.

- 3** Se connecter
- 8** Vérifier et/ou modifier les données personnelles
- 12** Voir le(s) contrat(s) en cours
- 16** Déclarer un sinistre (un arrêt de travail)
- 21** Consulter une déclaration
- 24** Modifier la nature de l'arrêt
- 27** Enregistrer une reprise d'activité
- 30** Prolonger un sinistre (un arrêt de travail)
- 33** Télécharger des documents
- 38** Nous contacter



**TERRITORIA**  
mutuelle

■ GROUPE APICIL



**1**

**COMMENT  
SE CONNECTER ?**

# Accédez à votre espace personnel

En utilisant comme moteur de recherche Mozilla ou Google Chrome

<https://espaceadherent.territoria-mutuelle.fr/login>



# Votre première connexion



Bienvenue sur votre Espace  
Adhérent Prévoyance

Votre identifiant

Espace Adhérent



Votre Numéro d'adhérent ou Adresse Email : \*

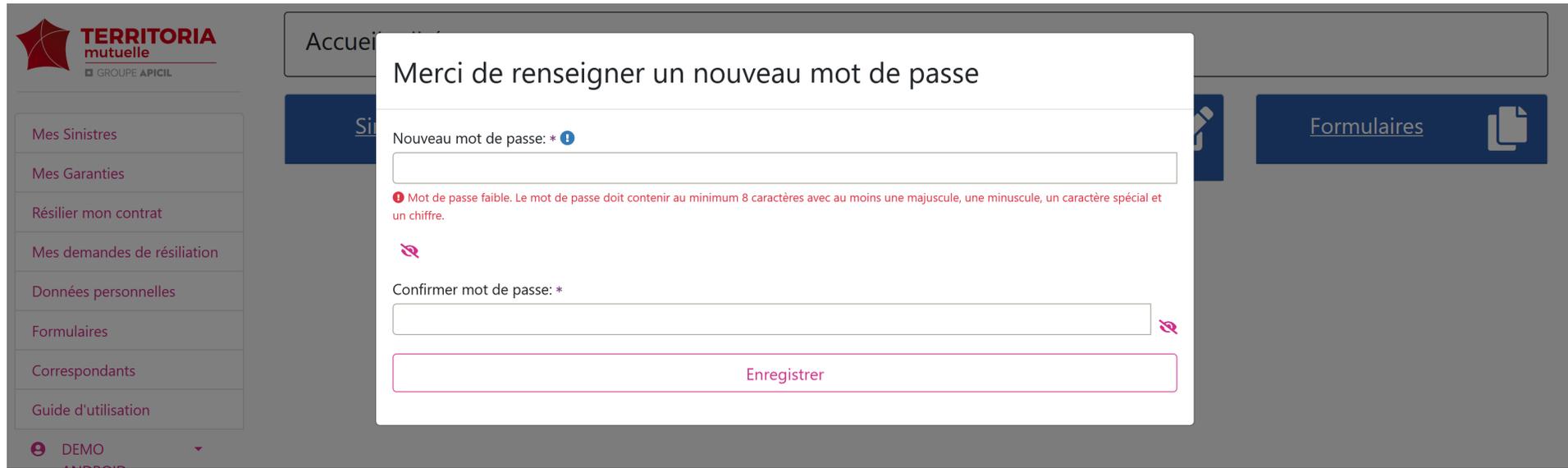
Votre Mot de passe : \*

[Vous avez oublié vos identifiants ?](#)

Se connecter

Votre Mot de passe

# Votre première connexion



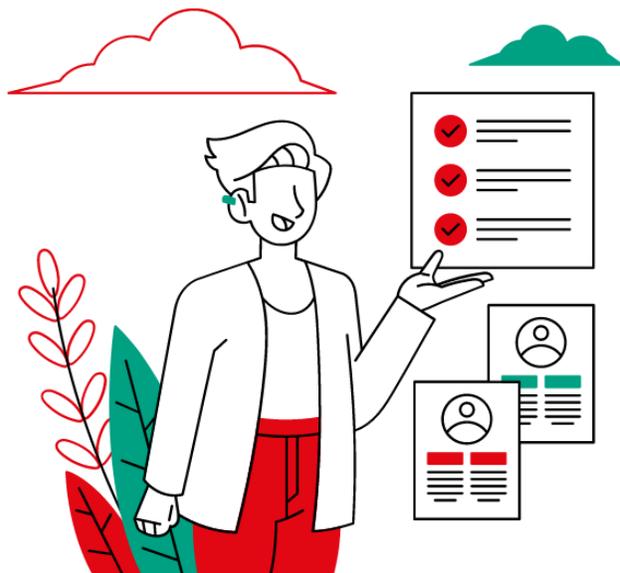
The screenshot shows a web interface for TERRITORIA mutuelle, part of the GROUPE APICIL. A modal window is open with the title "Merci de renseigner un nouveau mot de passe". It contains two input fields: "Nouveau mot de passe: \*" and "Confirmer mot de passe: \*". A red error message is displayed below the first field: "Mot de passe faible. Le mot de passe doit contenir au minimum 8 caractères avec au moins une majuscule, une minuscule, un caractère spécial et un chiffre." Below the second field is a small icon. At the bottom of the modal is a button labeled "Enregistrer". The background shows a navigation menu with items like "Mes Sinistres", "Mes Garanties", "Résilier mon contrat", "Mes demandes de résiliation", "Données personnelles", "Formulaires", "Correspondants", and "Guide d'utilisation".

Vous devez créer un nouveau mot de passe

# Votre première connexion

The screenshot displays the user interface for a member's first connection to the TERRITORIA mutuelle portal. The interface is organized into several key sections:

- Header:** The top left features the TERRITORIA mutuelle logo and the text "GROUPE APICIL". The top right of the main content area is labeled "Accueil adhérent".
- Left Navigation Menu:** A vertical list of menu items is provided, including "Mes Sinistres", "Mes Garanties", "Résilier mon contrat", "Mes demandes de résiliation", "Données personnelles", "Formulaires", "Correspondants", and "Guide d'utilisation". At the bottom of this menu, there is a "DEMO ANDROID" option with a small downward arrow.
- Main Action Buttons:** Four prominent blue buttons are arranged horizontally across the top of the main content area. From left to right, they are: "Sinistres" (with a document icon), "Garanties" (with a list icon), "Données personnelles" (with a document and pencil icon), and "Formulaires" (with a document icon).



# 2

## VOS DONNÉES PERSONNELLES

- Mes Sinistres
  - Mes Garanties
  - Résilier mon contrat
  - Mes demandes de résiliation
  - Données personnelles
  - Formulaires
  - Correspondants
  - Guide d'utilisation
- DEMO  
ANDROID

[Sinistres](#)

[Garanties](#)

[Données personnelles](#)

[Formulaires](#)

Sélectionner

La page suivante apparaît

- Mes Sinistres
  - Mes Garanties
  - Résilier mon contrat
  - Mes demandes de résiliation
  - Données personnelles**
  - Formulaires
  - Correspondants
  - Guide d'utilisation
- DEMO  
ANDROID

Mes données personnelles

Coordonnées personnelles

Civilité	Monsieur	Nom de naissance	-
Nom	DEMO	Prénom	ANDROID
Date naissance	01/01/2000	Situation maritale	Marié(e)
Téléphone	-	Téléphone Mobile	-
Email	-	N° de sécurité sociale	-
Matricule	XXXX	Clé de sécurité sociale	-

Coordonnées postales

Adresse	RUE DE GABIEL	Complément d'adresse	-
Code Postal	79180	Ville	CHAURAY
Pays	FRANCE		

[Modifier vos données personnelles](#)

[Modifier votre mot de passe actuel](#)

**TERRITORIA**  
mutuelle  
GROUPE APICIL

- Mes Sinistres
- Mes Garanties
- Résilier mon contrat
- Mes demandes de résiliation
- Données personnelles**
- Formulaires
- Correspondants
- Guide d'utilisation

DEMO  
ANDROID

### Mes données personnelles

#### Coordonnées personnelles

Civilité	<b>Monsieur</b>	Nom de naissance	-
Nom	<b>DEMO</b>	Prénom	<b>ANDROID</b>
Date naissance	<b>01/01/2000</b>	Situation maritale	<b>Marié(e)</b>
Téléphone	-	Téléphone Mobile	-
Email	-	N° de sécurité sociale	-
Matricule	<b>XXXX</b>	Clé de sécurité sociale	-

#### Coordonnées postales

Adresse	<b>RUE DE GABIEL</b>	Complément d'adresse	-
Code Postal	<b>79180</b>	Ville	<b>CHAURAY</b>
Pays	<b>FRANCE</b>		

[Modifier vos données personnelles](#) [Modifier votre mot de passe actuel](#)



Après vérification de vos informations personnelles vous pouvez, si vous le souhaitez, modifier certaines données.

Mes Sinistres

Mes Garanties

Résilier mon contrat

Mes demandes de résiliation

Données personnelles

Formulaires

Correspondants

Guide d'utilisation

DEMO  
ANDROID

## Mes données personnelles

### Coordonnées personnelles

Civilité: *	<input type="text" value="Monsieur"/>	Nom de naissance:	-
Nom:	DEMO	Prénom:	ANDROID
Date naissance:	01/01/2000	Situation familiale: *	<input type="text" value="Marié(e)"/>
Téléphone:	<input type="text" value="Téléphone"/>	Téléphone mobile:	<input type="text" value="Téléphone mobile"/>
Email: *	<input type="text"/>	N° de sécurité sociale: *	<input type="text"/>
Matricule:	<input type="text" value="XXXX"/>	Clé de sécurité sociale:	<input type="text"/>

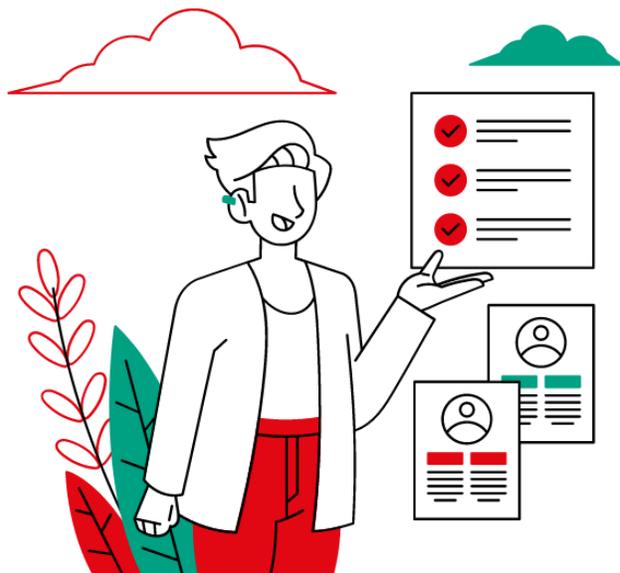
### Coordonnées postales

Code Postal: *	<input type="text" value="79180"/>	Ville: *	<input type="text" value="CHAURAY"/>
Adresse: *	<input type="text" value="RUE DE GABIEL"/>	Complément d'adresse:	<input type="text"/>
Pays:	FRANCE		

[Retour](#)

Enregistrer

Après avoir modifié les éléments souhaités, veuillez à enregistrer pour la bonne application de vos changements



3

## VOS GARANTIES

- Mes Sinistres
- Mes Garanties
- Résilier mon contrat
- Mes demandes de résiliation
- Données personnelles
- Formulaires
- Correspondants
- Guide d'utilisation

DEMO  
ANDROID

Sinistres



Garanties



Données  
personnelles



Formulaires



Sélectionner

En fonction de votre souscription, un ou plusieurs contrat(s) apparaissent.



Mes Sinistres

Mes Garanties

Résilier mon contrat

Mes demandes de résiliation

Données personnelles

Formulaires

Correspondants

Guide d'utilisation

DEMO ANDROID

### Informations contrat

Informations contrat

Numéro de contrat	Nom complet	Date de naissance	Etat	Date de debut	Date de fin	Actions
C_PREVCOL-01254 488257-1   COMMUNE DE DEMO	DEMO ANDROID	01/01/2000	Affilié	01/01/2023	-	

### Coordonnées personnelles

Nom :	<b>DEMO</b>	Prénom :	<b>ANDROID</b>
Matricule :	<b>XXXX</b>	Téléphone :	<b>Non renseigné</b>
Téléphone mobile :	<b>Non renseigné</b>	Email :	

[Modifier](#)

Pour accéder au détail de vos contrats, il vous suffit de cliquer sur l'oeil

# Détail de vos garanties



Adhérent n° 488257

C\_PREVCOL-01254|488257-1 | Date d'effet: 01/01/2023

Votre attestation :



## Garanties

INVALIDITE 95 %

MAINTIEN DE REGIME INDEMNITAIRE 45 %

MAINTIEN TRAITEMENT BASE 95 %

## Informations personnelles

Nom :	<b>DEMO</b>	Prénom :	<b>ANDROID</b>
Matricule :	<b>XXXX</b>	Téléphone :	<b>Non renseigné</b>
Téléphone mobile :	<b>Non renseigné</b>	Email :	-

[Modifier](#)

[Retour](#)

Mes Sinistres

Mes Garanties

Résilier mon contrat

Mes demandes de résiliation

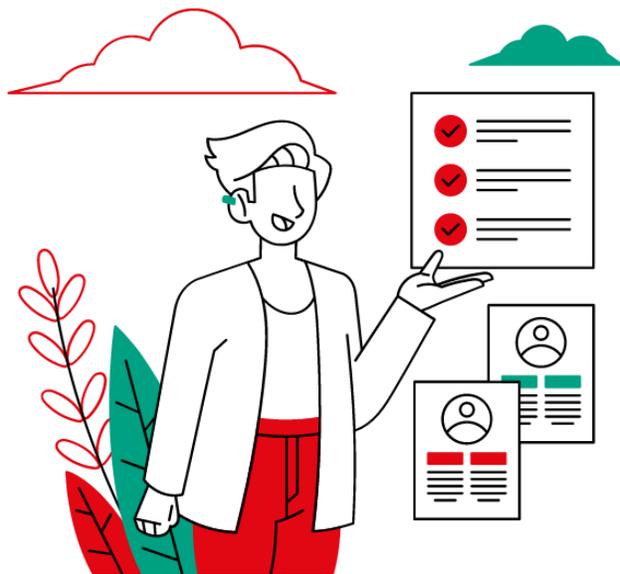
Données personnelles

Formulaires

Correspondants

Guide d'utilisation

DEMO  
ANDROID



4

## DÉCLARER UN ARRÊT DE TRAVAIL

Si vous constatez une perte sur votre bulletin de salaire liée à un arrêt de travail, vous avez désormais la possibilité d'établir votre demande d'indemnisation en quelques clics.

The screenshot shows the user interface of the TERRITORIA mutuelle member portal. At the top left is the logo for TERRITORIA mutuelle, GROUPE APICIL. Below it is a vertical navigation menu with items: Mes Sinistres, Mes Garanties, Résilier mon contrat, Mes demandes de résiliation, Données personnelles, Formulaires, Correspondants, and Guide d'utilisation. At the bottom of this menu is a 'DEMO ANDROID' button. The main header area is titled 'Accueil adhérent' and contains four blue navigation buttons: 'Sinistres' (with a document icon), 'Garanties' (with a list icon), 'Données personnelles' (with a document and pencil icon), and 'Formulaires' (with a document icon). A red arrow points from the 'Sinistres' button to a green button labeled 'Sélectionner'.

Mes Sinistres

Mes Garanties

Résilier mon contrat

Mes demandes de résiliation

Données personnelles

Formulaires

Correspondants

Guide d'utilisation

DEMO  
ANDROID

## Mes sinistres

Vous n'avez aucun sinistre.

Actions 

[Déclarer un sinistre](#)

Informations adhérent 

Nom :	<b>DEMO</b>	Prénom :	<b>ANDROID</b>
Matricule :	<b>XXXX</b>	Téléphone :	<b>Non renseigné</b>
Téléphone mobile :	<b>Non renseigné</b>	Email :	

[Modifier](#)

Se rendre sur « Déclarer un sinistre »

## Les champs suivant doivent impérativement être renseignés:

- Le contrat concerné par la perte
- Le statut (*indiqué sur votre bulletin de salaire : CNRACL Titulaire, IRCANTEC ...*)
- Mettre le 1<sup>er</sup> jour de l'arrêt de travail
- La nature de l'arrêt de travail (*maladie ordinaire, longue maladie...*)
- Le motif de l'arrêt (*Accident, Maladie*)
- La reprise d'activité (*si oui, indiquer la date*)
- TIB et NBI (*mettre les indices renseignés sur votre bulletin de salaire*)
- Les primes (*si vous n'en disposez pas, sélectionner « Pas de prime »*)
- La période à compléter (*le 1<sup>er</sup> mois où la perte a été constatée*)
- Bulletin de salaire à joindre :
  - Bulletin de salaire impacté
  - Et les 3 précédents



### Déclaration d'un sinistre

#### Informations adhérent

Nom :	DEMO	Prénom :	ANDROID
Matricule :	XXXX	Téléphone :	Non renseigné
Téléphone mobile :	Non renseigné	Email :	

[Modifier](#)

#### Informations déclaration

Contrat : *	C_PREVCOL	Statut : *	Statut...
Date de l'arrêt de travail : *	Date de l'arrêt de travail	Nature de l'arrêt de travail : *	Nature de l'arrêt de travail...
Cause de l'arrêt : *	Cause de l'arrêt...	Reprise du travail : *	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
TIB - Indice Majoré : * ⓘ	Indice Majoré	NBI - Nouvelle Bonification Indiciaire : * ⓘ	NBI
Primes et indemnités : *	Primes et indemnités	Période payée à compléter : *	- Période payée à compléter... -

#### Bulletins de salaires

Bulletin de salaire impacté : *	<a href="#">Parcourir...</a> Aucun fichier sélectionné.
Bulletin de salaire 1 :	<a href="#">Parcourir...</a> Aucun fichier sélectionné.
Bulletin de salaire 2 :	<a href="#">Parcourir...</a> Aucun fichier sélectionné.

© 2024 TERRITORIA MUTUELLE

## Certains éléments doivent impérativement être transmis :

- Historique des arrêts de travail (*un calendrier reprenant les 365 jours antérieurs à l'arrêt de travail*)
- L'arrêté de votre collectivité (*à demander à votre employeur*)
- Votre RIB
- Votre arrêt de travail, document CERFA (*facultatif*)
- L'avis du Comité Médical (*facultatif*)
- Puis, enregistrer pour la bonne prise en compte de votre demande

**Puis enregistrer.**

Pièces complémentaires

Historique des arrêts/Planning médical: \* Parcourir... Aucun fichier sélectionné.

Arrêté relatif au congé de maladie : Parcourir... Aucun fichier sélectionné.

RIB : Parcourir... Aucun fichier sélectionné.

Avis du Comité Médical : Parcourir... Aucun fichier sélectionné.

Autres justificatifs : Parcourir... Aucun fichier sélectionné.

Autres justificatifs : Parcourir... Aucun fichier sélectionné.

À accepter

Dans l'hypothèse où mon employeur me placerait, par arrêté administratif, à plein traitement, avec effet rétroactif ou procéderait à une régularisation pour un autre motif, je m'engage à rembourser à TERRITORIA MUTUELLE les prestations reçues au titre des garanties Maintien de traitement et/ou Primes et indemnités pendant les périodes visées par l'arrêté administratif.

Commentaire(s)

Source | [icônes] | Styles | Format | Font | Size | [icônes] | ?

[zone de saisie]

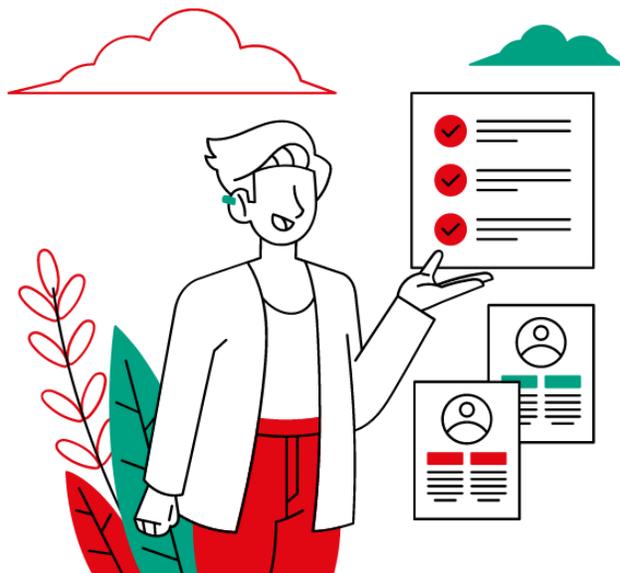
Retour

Enregistrer



**TERRITORIA**  
mutuelle

■ GROUPE APICIL



**5**

**Consulter une  
déclaration**

Afin de suivre l'évolution de votre sinistre, il vous suffit de retourner sur votre arrêt de travail en cours.

**TERRITORIA**  
mutuelle  
GROUPE APICIL

Accueil adhérent

Sinistres 

Garanties 

Données personnelles 

Formulaires 

Sélectionner

Mes Sinistres

Mes Garanties

Résilier mon contrat

Mes demandes de résiliation

Données personnelles

Formulaires

Correspondants

Guide d'utilisation

DEMO ANDROID

## Mes sinistres

Historique déclaration ↺

[Déclaration de sinistre créée le : 30/01/2023](#)

Sinistres 📁

2024-MT-XXXXX déclaré /  
attente de pièces



Actions 🖱️

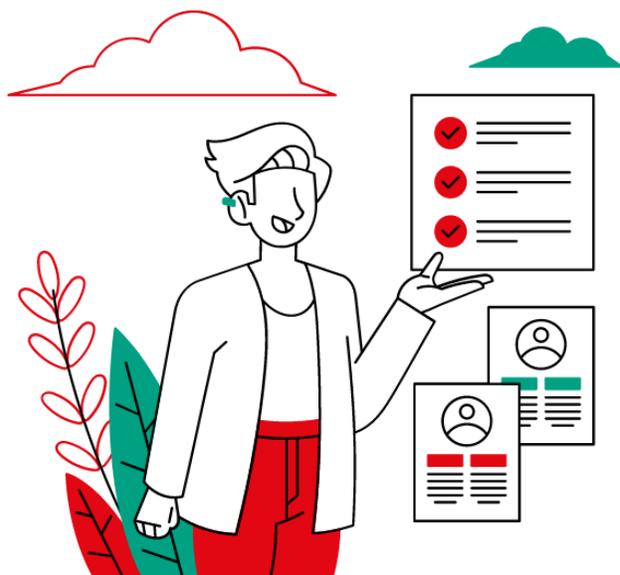
[Déclarer un sinistre](#)

Informations adhérent 📄

Nom :	DEMO	Prénom :	ANDROID
Matricule :	XXXXX	Téléphone :	Non renseigné
Téléphone mobile :	Non renseigné	Email :	

[Modifier](#)

Choisir le sinistre concerné et cliquer sur la loupe afin d'afficher le détail du sinistre



6

**Modifier la déclaration :  
changement de la  
nature de l'arrêt**

Afin de changer la nature de l'arrêt.

The screenshot displays the user interface for TERRITORIA mutuelle, part of the GROUPE APICIL. The header includes the logo and the text 'Accueil adhérent'. Below the header, there are four main navigation buttons: 'Sinistres' (with a document icon), 'Garanties' (with a list icon), 'Données personnelles' (with a document and pencil icon), and 'Formulaires' (with a document icon). A vertical sidebar on the left contains links for 'Mes Sinistres', 'Mes Garanties', 'Résilier mon contrat', 'Mes demandes de résiliation', 'Données personnelles', 'Formulaires', 'Correspondants', and 'Guide d'utilisation'. At the bottom left of the sidebar, there is a 'DEMO ANDROID' button. A red arrow points from the 'Sinistres' button to a green box labeled 'Sélectionner'.

**TERRITORIA**  
mutuelle  
GRUPE APICIL

Mes sinistres

Historique déclaration ↺

[Déclaration de sinistre créée le : 30/01/2023](#)

Sinistres 📁

2024-MT-XXXXX déclaré / attente de pièces 🔍

Actions 🖱️

[Déclarer un sinistre](#)

Informations adhérent 📄

Nom :	DEMO	Prénom :	ANDROID
Matricule :	XXXXX	Téléphone :	Non renseigné
Téléphone mobile :	Non renseigné	Email :	

[Modifier](#)

1

Choisir le sinistre concerné et cliquer sur la loupe afin d'afficher le détail du sinistre

2

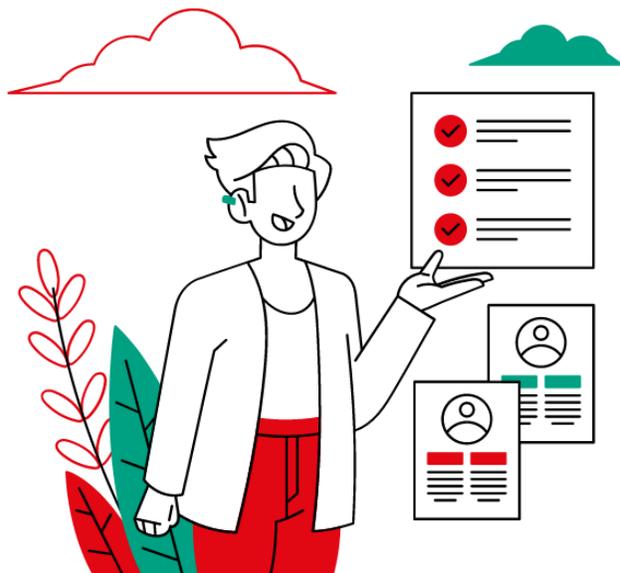
Se rendre sur l'onglet « Modification de la nature de l'arrêt »

3

Les champs suivants doivent impérativement être renseignés :

- Choisir la nature de l'arrêt
- Joindre les documents suivants (bulletin de réintégration, Arrêté relatif au congé maladie, Avis du Comité Médical)

Puis enregistrer.



7

## Modifier la déclaration : reprise d'activité

Afin de changer la nature de l'arrêt.

The screenshot displays the user interface for TERRITORIA mutuelle, part of the GROUPE APICIL. The header includes the logo and the text "Accueil adhérent". Below the header, there are four main navigation buttons: "Sinistres" (with a document icon), "Garanties" (with a list icon), "Données personnelles" (with a document and pencil icon), and "Formulaires" (with a document icon). A vertical sidebar on the left contains a list of menu items: "Mes Sinistres", "Mes Garanties", "Résilier mon contrat", "Mes demandes de résiliation", "Données personnelles", "Formulaires", "Correspondants", and "Guide d'utilisation". At the bottom left of the sidebar, there is a "DEMO ANDROID" button. A red arrow points from the "Sinistres" button to a green box labeled "Sélectionner".

**TERRITORIA**  
mutuelle  
GROUPE APICIL

Mes Sinistres

Mes Garanties

Résilier mon contrat

Mes demandes de résiliation

Données personnelles

Formulaires

Correspondants

Guide d'utilisation

DEMO  
ANDROID

### Mes sinistres

Historique déclaration ↺

[Déclaration de sinistre créée le : 30/01/2023](#)

Sinistres 📁

2024-MT-XXXXX déclaré / attente de pièces 🔍

Actions 🖱️

[Déclarer un sinistre](#)

Informations adhérent 📄

Nom :	DEMO	Prénom :	ANDROID
Matricule :	XXXXX	Téléphone :	Non renseigné
Téléphone mobile :	Non renseigné	Email :	

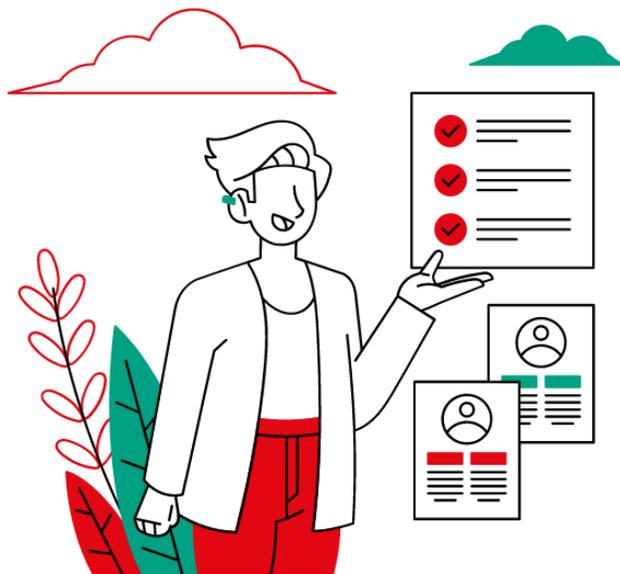
[Modifier](#)

1

Choisir le sinistre concerné et cliquer sur la loupe afin d'afficher le détail du sinistre

2

Se rendre sur l'onglet « Reprise d'activité », renseigner la date de reprise puis enregistrer



8

**Etablir une  
prolongation**

Si vous n'avez pas repris votre activité et constatez toujours une perte sur votre bulletin de salaire, pensez à déclarer mensuellement vos demandes d'indemnisation.

**TERRITORIA**  
mutuelle  
GROUPE APICIL

Accueil adhérent

Mes Sinistres

Mes Garanties

Résilier mon contrat

Mes demandes de résiliation

Données personnelles

Formulaires

Correspondants

Guide d'utilisation

DEMO  
ANDROID

Sinistres

Garanties

Données personnelles

Formulaires

Sélectionner

**TERRITORIA mutuelle**  
GROUPE APICIL

Mes Sinistres

Mes Garanties

Résilier mon contrat

Mes demandes de résiliation

Données personnelles

Formulaires

Correspondants

Guide d'utilisation

DEMO ANDROID

**Mes sinistres**

Historique déclaration ↕

[Déclaration de sinistre créée le : 30/01/2023](#)

Sinistres 📁

2024-MT-XXXXX déclaré / attente de pièces 🔍

Actions 🖱️

[Déclarer un sinistre](#)

Informations adhérent 📄

Nom :	DEMO	Prénom :	ANDROID
Matricule :	XXXXX	Téléphone :	Non renseigné
Téléphone mobile :	Non renseigné	Email :	

[Modifier](#)

1

Choisir le sinistre concerné et cliquer sur la loupe afin d'afficher le détail du sinistre

2

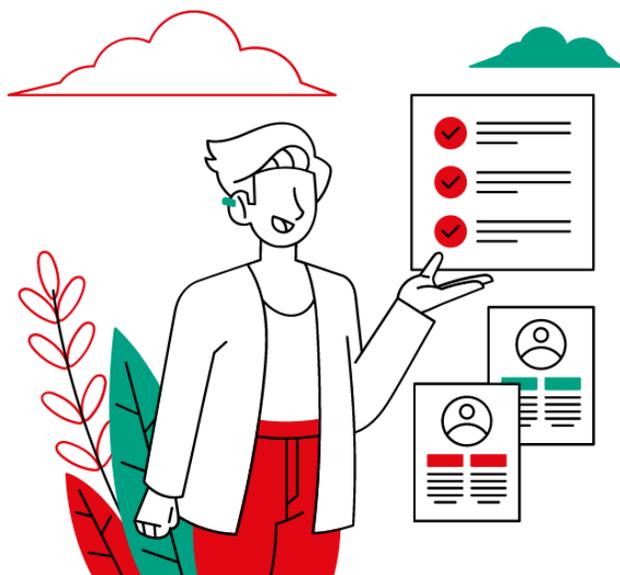
Se rendre sur l'onglet «Prolongation»

3

Les champs suivant doivent impérativement être renseignés:

- Indiquer le mois concerné par la perte
- Joindre le bulletin de salaire du mois concerné
- Joindre un calendrier reprenant les 365 jours antérieurs à l'arrêt de travail

Puis enregistrer.



8

## Les documents à télécharger

**TERRITORIA mutuelle**  
GROUPE APICIL

Mes Sinistres  
Mes Garanties  
Résilier mon contrat  
Mes demandes de résiliation  
Données personnelles  
**Formulaires**  
Correspondants  
Guide d'utilisation

DEMO  
ANDROID

### Formulaires

Liste des documents	Télécharger
FORMULAIRE DECLARATION ARRET DE TRAVAIL	
FORMULAIRE DEMANDE INDEMNISATION	
FORMULAIRE INFORMATION MEDICALE	
PROCEDURE DE REGLEMENT INDEMNISATION PREVOYANCE	

Pour télécharger un document, cliquer sur l'onglet du menu « formulaires », il vous suffit de cliquer sur .

# Formulaire déclaration d'arrêt de travail



## DECLARATION D'ARRÊT DE TRAVAIL

PIECES À FOURNIR PAR :  
• L'AGENT DANS LE CADRE D'UN CONTRAT INDIVIDUEL  
• L'EMPLOYEUR DANS LE CADRE D'UN CONTRAT COLLECTIF

- Ouverture : nouvelle demande de versement de prestations dans le cadre d'un arrêt de travail ou d'un temps partiel
- Prolongation : prolongation d'un arrêt de travail en cours (sans reprise ni période de congés) ou d'un temps partiel
- Modification : changement de la nature de l'arrêt (exemple passage d'un CMO en CLM)

### RENSEIGNEMENTS ASSURÉ(E)

Nom : \_\_\_\_\_  
Prénom(s) : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
Email : \_\_\_\_\_

Statut de l'agent :  CNRACL Titulaire  Assistant(e) familial(e)  
 IRCANTEC Non-titulaire  IRCANTEC Titulaire  Autres

### RENSEIGNEMENTS EMPLOYEUR

N° de contrat : \_\_\_\_\_  
Nom de l'employeur : \_\_\_\_\_  
Date d'entrée dans la collectivité : \_\_\_\_\_  
Nom de l'ancien assureur : \_\_\_\_\_  
Type de contrat :  Collectif  Individuel  
Période de couverture : du \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_ au \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_

### ARRÊT DE TRAVAIL

Date de l'arrêt initial en cours ou du temps partiel (obligatoire) : \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_

Nature de l'arrêt :  Maladie ordinaire  Congé de longue durée<sup>(1)</sup>  
 Congé de longue maladie<sup>(1)</sup>  Maladie professionnelle<sup>(2)</sup>  Accident du travail<sup>(2)</sup>  
 Grave maladie  Disponibilité d'office  Temps partiel

<sup>(1)</sup> Joindre PV du Comité Médical <sup>(2)</sup> Joindre PV Commission de Réforme

L'agent a-t-il repris le travail ?  OUI, à quelle date ? \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_  
 NON

Dossier complété par : \_\_\_\_\_

Email du contact dans la collectivité : \_\_\_\_\_

Téléphone fixe : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

CACHET EMPLOYEUR  
Ou signature de l'agent en cas  
de contrat individuel

Vos données personnelles sont enregistrées dans un fichier informatisé par TERRITORIA mutuelle afin d'assurer la gestion administrative de votre dossier et répondre aux exigences réglementaires. Les données collectées sont communiquées aux seuls partenaires de gestion et sont conservées pendant la durée nécessaire à l'exécution de votre contrat, base légale du traitement.  
Conformément à la loi du 6 janvier 1978, vous disposez de droits sur vos données personnelles. Pour exercer ces droits, vous pouvez contacter notre délégué à la protection des données par courrier ou par mail : dpo@territoria-mutuelle.fr. Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits «informatique et libertés» ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.



TERRITORIA MUTUELLE | Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité | SIREN 483 041 307  
Siège social | 54 rue de Gabriel | CS 76016 | 79185 CHAURAY CEDEX  
05 49 33 76 51 | [demail@territoria-mutuelle.fr](mailto:demail@territoria-mutuelle.fr)

Page 1/1  
01/2024

Substituée par APICIL Mutuelle | Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité | SIREN 302 927 553  
Siège social | 38 rue François Pissal | 69300 Caluire et Cuire



### PIECES À FOURNIR :

#### 1) OUVERTURE

- Ce formulaire « Déclaration d'arrêt de travail » (en cochant la case Ouverture)
- L'historique des arrêts sur une période d'un an précédant l'arrêt initial et indiquant les périodes à plein-traitement et à demi-traitement à demander à votre employeur
- Le(s) bulletin(s) de salaire correspondant au mois concerné par la perte
- Les 3 bulletins de salaire précédant la perte
- Les attestations d'indemnités Journalières de la Sécurité Sociale : pour les agents IRCANTEC non titulaires ou assistant(e)(s) familial(e)(aux)

A adresser par e-mail à  
[ouverture@territoria-mutuelle.fr](mailto:ouverture@territoria-mutuelle.fr)

#### 2) PROLONGATION

- Ce formulaire « Déclaration d'arrêt de travail » (en cochant la case Prolongation)
- L'arrêt de prolongation détaillant les jours à plein et demi traitement du mois concerné
- Le bulletin de salaire correspondant
- Les attestations d'indemnités journalières de la sécurité sociale : pour les agents IRCANTEC non titulaires ou assistant(e)(s) familial(e)(aux)

A adresser par e-mail à  
[prevoyancegestion@territoria-mutuelle.fr](mailto:prevoyancegestion@territoria-mutuelle.fr)

#### 3) MODIFICATION DE L'ARRÊT

- Ce formulaire « Déclaration d'arrêt de travail » (en cochant la case Modification)
- L'arrêt correspondant
- Le procès-verbal
- Le bulletin de salaire correspondant

A adresser par e-mail à  
[prevoyancegestion@territoria-mutuelle.fr](mailto:prevoyancegestion@territoria-mutuelle.fr)



## DEMANDE D'INDEMNISATION

VOLET AGENT

Aucune étude ne sera effectuée sans réception de ce formulaire et du formulaire « Informations médicales », datés et signés.

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURÉ(E)

Nom : \_\_\_\_\_  
Prénom(s) : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
Email : \_\_\_\_\_  
Téléphone fixe : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_  
N° de SECU : \_\_\_\_\_

### RENSEIGNEMENTS SUR L'ARRÊT DE TRAVAIL

Date de l'arrêt initial en cours ou du temps partiel (obligatoire) : \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_

Aviez-vous un contrat de même nature chez un précédent assureur ? exemple : MNT, Intériale, Collecteam, MFP, Mutex, Sofaxis etc.  OUI  NON

Si OUI, merci de préciser :

Nom du précédent assureur : \_\_\_\_\_

Type de contrat :  Collectif  Individuel

Période de couverture de votre ancien contrat :  
du \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ au \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Garanties souscrites :  Incapacité  Primes  Invalidité

Perte de retraite  Décès  Autres, précisez \_\_\_\_\_

Avez-vous été en arrêt de travail pour cette même affection chez votre précédent assureur ?  OUI  NON

Avez-vous été indemnisé(e) pour cette même affection ?  OUI  NON

Si OUI, merci de préciser les périodes d'indemnisation :

du \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ au \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
du \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ au \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
du \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ au \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Je certifie sur l'honneur que les informations déclarées ci-contre sont exactes et sincères.

FAIT A \_\_\_\_\_, SIGNATURE DE L'AGENT OBLIGATOIRE

LE \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_

Vos données personnelles sont enregistrées dans un fichier informatisé par TERRITORIA mutuelle afin d'assurer la gestion administrative de votre dossier et répondre aux exigences réglementaires. Les données collectées sont communiquées aux seuls partenaires de gestion et sont conservées pendant la durée nécessaire à l'exécution de votre contrat, base légale du traitement.  
Conformément à la loi du 6 janvier 1978, vous disposez de droits sur vos données personnelles. Pour exercer ces droits, vous pouvez contacter notre délégué à la protection des données par courrier ou par mail : dpo@territoria-mutuelle.fr. Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits «informatique et libertés» ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.



TERRITORIA MUTUELLE | Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité | SIREN 483 041 307  
Siège social | 54 rue de Gabriel | CS 76016 | 79185 CHAURAY CEDEX  
05 49 33 76 51 | [demail@territoria-mutuelle.fr](mailto:demail@territoria-mutuelle.fr)

Page 1/1  
01/2024

Substituée par APICIL Mutuelle | Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité | SIREN 302 927 553  
Siège social | 38 rue François Pissal | 69300 Caluire et Cuire

# 1

### PIECES À FOURNIR PAR L'AGENT

#### À REMPLIR, À DATER ET À SIGNER

- Ce formulaire « Demande d'indemnisation »
- Le formulaire « Informations médicales »
- Un relevé d'Identité Bancaire à votre nom

A adresser par e-mail à  
[ouverture@territoria-mutuelle.fr](mailto:ouverture@territoria-mutuelle.fr)  
ou par voie postale sous enveloppe  
confidentielle à  
TERRITORIA Mutuelle  
54 rue de Gabriel - CS 76016  
79185 Chauray cedex

# 2

#### BON À SAVOIR...

Toute fausse déclaration ou information incomplète est susceptible d'exposer à un refus de prise en charge et, le cas échéant, à une radiation.

Sous peine de forclusion (selon conditions contractuelles), les demandes d'indemnisation et pièces annexes doivent nous parvenir sous un délai maximum de 3 mois à compter de la perte de traitement.

Dans l'hypothèse où votre employeur vous placerait, par arrêté administratif, à plein traitement avec effet rétroactif ou procéderait à une régularisation pour un autre motif, nous vous demandons le remboursement à TERRITORIA MUTUELLE des prestations perçues au titre des garanties « maintien de traitement » et/ou « primes et indemnités » pendant les périodes visées par l'arrêté administratif.

# Formulaire informations médicales



**TERRITORIA**  
mutuelle  
GROUPE APICIL

**INFORMATIONS MÉDICALES**  
VOLET AGENT

Aucune étude ne sera effectuée sans réception de ce formulaire et du formulaire « Demande d'indemnisation », datés et signés. Si vous ne parvenez pas à le remplir seul, votre médecin peut vous aider en vous communiquant les informations nécessaires (Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins d'avril 2015 sur les questionnaires de santé, certificats et assurances).

## ASSURÉ(E)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom(s) : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

N° de SECU : \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_

Téléphone fixe : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

## EMPLOI

Employeur : \_\_\_\_\_

Profession exacte : \_\_\_\_\_

Date d'entrée dans la collectivité : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Préciser le type d'activité :

- Travail de bureau  
 Travail physique  
 Conduite de véhicule

## INFORMATIONS MÉDICALES OBLIGATOIRES

 Précisions concernant les dates des arrêts de travail

Date de l'arrêt initial en cours ou du temps partiel (obligatoire) : \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_

Date de la première constatation de la pathologie : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Avez-vous déjà été en arrêt de travail pour cette pathologie ?  OUI  NON

Si OUI, dates des arrêts de travail ? Du \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ au \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Du \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ au \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Du \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ au \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Cet arrêt de travail fait-il suite à un accident ?  OUI  NON **Si OUI, merci de compléter le verso de ce document.**

Indiquer le nom précis de la pathologie à l'origine de l'arrêt et la description des symptômes (en cas de grossesse, indiquer les dates de congé pathologique et maternité) :

\_\_\_\_\_

Préciser les traitements et/ou suivis médicaux (merci de joindre une copie des comptes rendus opératoires et d'imageries) :

\_\_\_\_\_

## APTITUDE À TRAVAILLER

 À ce jour

L'assuré(e) a-t-il repris le travail ?  OUI  NON Si OUI, à quelle date ? \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_

Si NON, indiquer la date prévisionnelle de reprise : \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_

## À COMPLÉTER IMPÉRATIVEMENT

Formulaire informations médicales rempli par :  L'assuré(e) lui-même  Le médecin traitant

Je certifie sur l'honneur que les informations déclarées ci-contre sont exactes et sincères

FAIT A \_\_\_\_\_, SIGNATURE DE L'AGENT OBLIGATOIRE

LE \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_, SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN FACULTATIF

Vos données personnelles sont exclusivement destinées au Médecin Conseil de TERRITORIA mutuelle et traitées dans le respect du secret médical. Elles sont enregistrées dans un fichier informatisé afin d'assurer la gestion de votre dossier et sont conservées pendant la durée nécessaire à l'exécution de votre contrat, base légale du traitement. Conformément à la loi du 6 janvier 1978, vous disposez de droits sur vos données personnelles. Pour exercer ces droits, vous pouvez contacter notre délégué à la protection des données par courrier ou par mail : dpo@territoria-mutuelle.fr. Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits «informatique et libertés» ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.



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

Substituée par APICIL Mutuelle | Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité | SIREN 302 927 553  
Siège social | 38 rue François Peissel | 69300 Caluire et Cuire

Page 1/2



**TERRITORIA**  
mutuelle  
GROUPE APICIL

**INFORMATIONS MÉDICALES**  
VOLET AGENT

ASSURÉ(E) \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom(s) : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

EN CAS D'ACCIDENT \_\_\_\_\_

- Vie privée  
 Activité sportive sous licence  
 Lieu de travail (ou trajet dans le cadre du travail)

Date de l'accident : \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_

Circonstances et description de l'accident :

\_\_\_\_\_

Causé par un tiers :  OUI  NON

Tiers identifié :  OUI  NON

Nature des lésions :

\_\_\_\_\_

Traitement - suivi :

\_\_\_\_\_

## APTITUDE À TRAVAILLER

 À ce jour

L'assuré(e) a-t-il repris le travail ?  OUI  NON

Si OUI, à quelle date ? \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_

Si NON, indiquer la date prévisionnelle de reprise : \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_

## À COMPLÉTER IMPÉRATIVEMENT

Formulaire informations médicales rempli par :

L'assuré(e) lui-même  Le médecin traitant

Je certifie sur l'honneur que les informations déclarées ci-contre sont exactes et sincères

FAIT A \_\_\_\_\_, LE \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_

SIGNATURE DE L'AGENT OBLIGATOIRE

SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN FACULTATIF

Vos données personnelles sont exclusivement destinées au Médecin Conseil de TERRITORIA mutuelle et traitées dans le respect du secret médical. Elles sont enregistrées dans un fichier informatisé afin d'assurer la gestion de votre dossier et sont conservées pendant la durée nécessaire à l'exécution de votre contrat, base légale du traitement. Conformément à la loi du 6 janvier 1978, vous disposez de droits sur vos données personnelles. Pour exercer ces droits, vous pouvez contacter notre délégué à la protection des données par courrier ou par mail : dpo@territoria-mutuelle.fr. Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits «informatique et libertés» ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.



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

Substituée par APICIL Mutuelle | Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité | SIREN 302 927 553  
Siège social | 38 rue François Peissel | 69300 Caluire et Cuire

Page 2/2  
07/2024

**1**

PIECES À FOURNIR PAR L'AGENT

À REMPLIR, À DATER ET À SIGNER

- Ce formulaire « Informations médicales »
- Le formulaire « Demande d'indemnisation »
- Un relevé d'identité Bancaire à votre nom

A adresser par e-mail à [ouverture@territoria-mutuelle.fr](mailto:ouverture@territoria-mutuelle.fr) ou par voie postale sous enveloppe confidentielle à  
TERRITORIA Mutuelle  
54 rue de Gabriel - CS 76016  
79185 Chauray cedex

**2**

BON À SAVOIR...

- Toute fausse déclaration ou information incomplète est susceptible d'exposer à un refus de prise en charge et, le cas échéant, à une radiation.
- Sous peine de forclusion, les demandes d'indemnisation et pièces annexes doivent nous parvenir sous un délai maximum de 3 mois à compter de la perte de traitement. Selon conditions contractuelles.
- Dans l'hypothèse où votre employeur vous placerait, par arrêté administratif, à plein traitement avec effet rétroactif ou procéderait à une régularisation pour un autre motif, nous vous demanderons le remboursement à TERRITORIA MUTUELLE des prestations perçues au titre des garanties « maintien de traitement » et/ou « primes et indemnités » pendant les périodes visées par l'arrêté administratif.
- Quelle que soit la personne ayant rempli ce document, la responsabilité de son contenu incombe à l'assuré(e).

# Procédure règlement indemnisation prévoyance



## PROCÉDURE D'INDEMNISATION CONTRAT COLLECTIF

1

### PIECES À FOURNIR PAR L'EMPLOYEUR

#### OUVERTURE DE DOSSIER

- Le formulaire « déclaration d'arrêt de travail »
- L'arrêt(s) individuel(s) ou décision(s) de placement en congé maladie demi-traitement
- L'historique des arrêts sur une période minimale d'un an précédant l'arrêt initial indiquant les périodes à plein-traitement et à demi-traitement
- Le bulletin de salaire correspondant au mois concerné et un bulletin à plein traitement

#### PROLONGATION

- La déclaration d'arrêt de travail
- L'arrêt individuel correspondant aux pertes inscrites sur le bulletin de salaire et/ou un planning des arrêts de travail indiquant les périodes à plein-traitement et à demi-traitement
- Le bulletin de salaire correspondant

#### MODIFICATION DE L'ARRÊT

- La déclaration d'arrêt de travail
- L'arrêt(s) individuel(s) correspondant(s)
- Le procès-verbal du comité médical
- Le bulletin de salaire correspondant

2

### PIECES À FOURNIR PAR L'AGENT

#### OUVERTURE DE DOSSIER

- Un RIB
- Le formulaire original « Informations médicales » (à insérer dans l'enveloppe « Confidentiel Prestation »)
- Le formulaire original « Demande d'indemnisation »

3

### PIECES À TRANSMETTRE À :

TERRITORIA MUTUELLE  
Service Gestion Prévoyance  
CS 76016  
79185 CHAURAY CEDEX



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

Substituée par APICIL Mutuelle | Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité | SIREN 302 927 555  
Siège social | 38 rue François Peisseil | 93300 Caluire et Cuire

# Pour toutes vos questions de gestion

## ADHÉSION

[adhesion-prevoyance@territoria-mutuelle.fr](mailto:adhesion-prevoyance@territoria-mutuelle.fr)

## SERVICE MÉDICAL

[cellule.medicale@territoria-mutuelle.fr](mailto:cellule.medicale@territoria-mutuelle.fr)

## OUVERTURE DE SINISTRES

[ouverture@territoria-mutuelle.fr](mailto:ouverture@territoria-mutuelle.fr)

## PRESTATIONS/LIQUIDATIONS

[prevoyancegestion@territoria-mutuelle.fr](mailto:prevoyancegestion@territoria-mutuelle.fr)

## COTISATIONS / PRÉCOMPTES

[etat-de-cotisations@territoria-mutuelle.fr](mailto:etat-de-cotisations@territoria-mutuelle.fr)

## OBTENIR UN TARIF

[demain@territoria-mutuelle.fr](mailto:demain@territoria-mutuelle.fr)

05.87.79.01.79