



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



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 : *

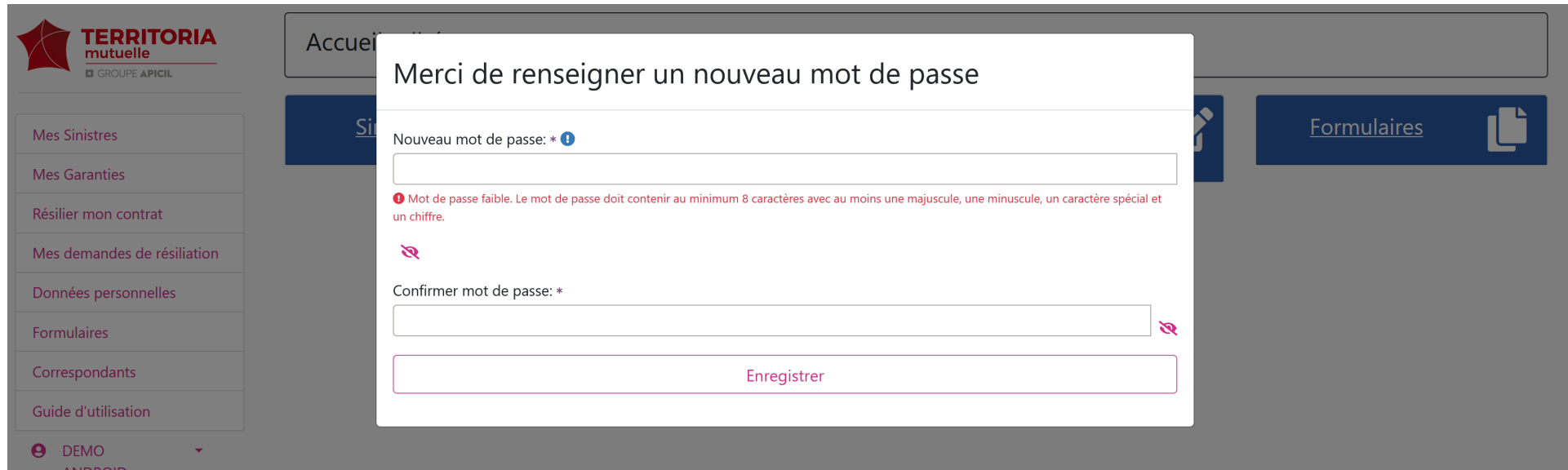
Votre Mot de passe : *

[Vous avez oublié vos identifiants ?](#)

Se connecter

Votre Mot de passe

Votre première connexion



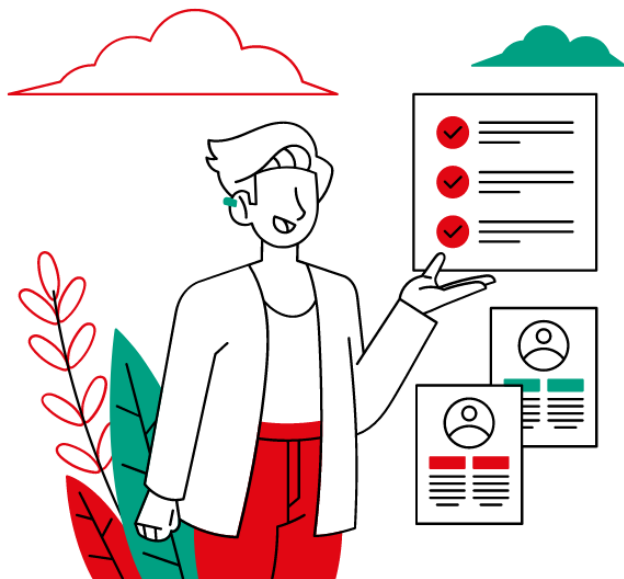
The screenshot shows a web interface for TERRITORIA mutuelle, part of the GROUPE APICIL. A modal window is open with the title "Merci de renseigner un nouveau mot de passe". It contains two input fields: "Nouveau mot de passe: *" and "Confirmer mot de passe: *". A red error message is displayed below 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, which includes a red star icon and the text "TERRITORIA mutuelle" and "GROUPE APICIL". To the right of the logo, a light gray box contains the text "Accueil adhérent".
- Navigation Menu (Left):** 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 red circle icon and a downward arrow.
- Main Action Buttons (Top):** 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 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	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](#)

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"/>

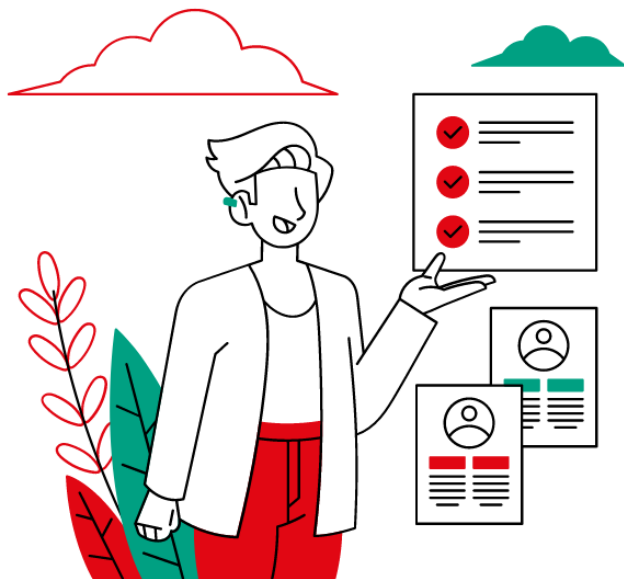
Coordonnées postales

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, veillez 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 :	DEMO	Prénom :	ANDROID
Matricule :	XXXX	Téléphone :	Non renseigné
Téléphone mobile :	Non renseigné	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 :	DEMO	Prénom :	ANDROID
Matricule :	XXXX	Téléphone :	Non renseigné
Téléphone mobile :	Non renseigné	Email :	-

[Modifier](#)

[Retour](#)

Mes Sinistres

Mes Garanties

Résilier mon contrat

Mes demandes de résiliation

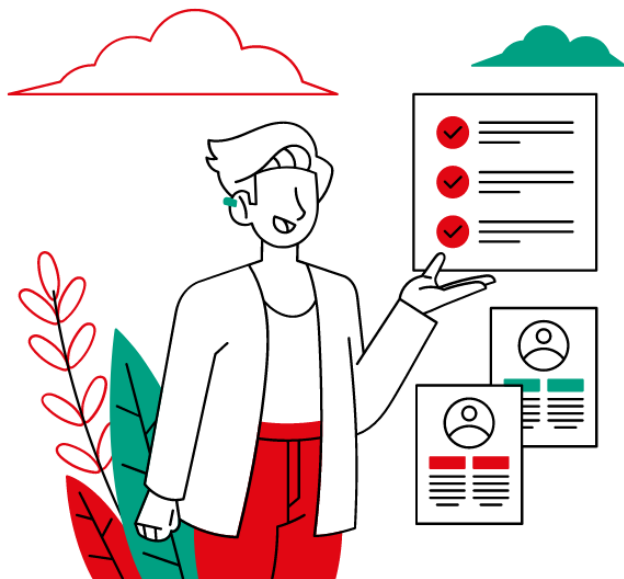
Données personnelles

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.

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

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 :	DEMO	Prénom :	ANDROID
Matricule :	XXXX	Téléphone :	Non renseigné
Téléphone mobile :	Non renseigné	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^{er} 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^{er} 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 : *	<input type="text" value="C_PREVCOL"/>	Statut : *	<input type="text" value="Statut..."/>
Date de l'arrêt de travail : *	<input type="text" value="Date de l'arrêt de travail"/>	Nature de l'arrêt de travail : *	<input type="text" value="Nature de l'arrêt de travail..."/>
Cause de l'arrêt : *	<input type="text" value="Cause de l'arrêt..."/>	Reprise du travail : *	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
TIB - Indice Majoré : * 	<input type="text" value="Indice Majoré"/>	NBI - Nouvelle Bonification Indiciaire : * 	<input type="text" value="NBI"/>
Primes et indemnités : *	<input type="text" value="Primes et indemnités"/>	Période payée à compléter : *	<input type="text" value="- Période payée à compléter... -"/>

Bulletins de salaires

Bulletin de salaire impacté : *	<input type="button" value="Parcourir..."/> Aucun fichier sélectionné.
Bulletin de salaire 1 :	<input type="button" value="Parcourir..."/> Aucun fichier sélectionné.
Bulletin de salaire 2 :	<input type="button" value="Parcourir..."/> 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Styles | Format | Font | Size | | | |

[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.

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 menu items: 'Sinistres', 'Garanties', 'Données personnelles', and 'Formulaires'. A red arrow points from the 'Sinistres' menu item to a green button labeled 'Sélectionner'. On the left side, there is a vertical navigation menu with the following 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 navigation menu, there is a 'DEMO ANDROID' option.

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 red arrow points from the "Sinistres" button to a green button labeled "Sélectionner". On the left side, there is a vertical menu with the following 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 menu, there is a "DEMO ANDROID" option with a dropdown arrow.

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 red arrow points from the "Sinistres" button to a green button labeled "Sélectionner". On the left side, there is a vertical menu with the following 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 menu, there is a "DEMO ANDROID" option with a dropdown arrow.

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⁽¹⁾
 Congé de longue maladie⁽¹⁾ Maladie professionnelle⁽²⁾ Accident du travail⁽²⁾
 Grave maladie Disponibilité d'office Temps partiel

⁽¹⁾ Joindre PV du Comité Médical ⁽²⁾ 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 | demain@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



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 | demain@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 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 : _____ Préciser le type d'activité :
Profession exacte : _____ Travail de bureau
Date d'entrée dans la collectivité : ____/____/____ 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 ____/____/____
de travail ? 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 _____, 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

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

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 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

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

SERVICE MÉDICAL

cellule.medicale@territoria-mutuelle.fr

OUVERTURE DE SINISTRES

ouverture@territoria-mutuelle.fr

PRESTATIONS/LIQUIDATIONS

prevoyancegestion@territoria-mutuelle.fr

COTISATIONS / PRÉCOMPTES

etat-de-cotisations@territoria-mutuelle.fr

OBTENIR UN TARIF

demain@territoria-mutuelle.fr

05.87.79.01.79