



**Assurons
un monde
plus ouvert**

Conditions générales

contrat CNRACL

N° 1406 D

Contrat d'assurance
des collectivités locales
et de leurs établissements
publics à l'égard des agents
permanents affiliés
à la CNRACL

Version 2024

CONDITIONS GÉNÉRALES

Contrat 1406D Version 2024

Vous venez de souscrire un contrat d'assurance statutaire auprès de CNP Assurances, et nous vous remercions de votre confiance.

Retrouvez, au travers des conditions générales et des conditions particulières le détail de vos garanties et le fonctionnement de votre contrat.

Celles-ci ont été écrites dans un souci de clarté et de simplicité.
Elles vous permettront de retrouver toutes les informations utiles en cas de sinistre.

Nous restons à vos côtés pour vous accompagner au mieux tout au long de votre contrat.

LEXIQUE 3

TITRE I – LA VIE DE VOTRE CONTRAT : LES DISPOSITIONS GÉNÉRALES 5

ARTICLE 1	Objet de votre contrat	5
ARTICLE 2	Prise d'effet et durée de votre contrat	5
ARTICLE 3	Garanties de votre contrat	5
ARTICLE 4	Admission à votre contrat	5
ARTICLE 5	Prise d'effet de vos garanties	6
ARTICLE 6	Cessation de vos garanties	6
ARTICLE 7	Cessation de vos prestations	6
ARTICLE 8	Base de l'assurance	6
ARTICLE 9	Votre cotisation d'assurance	7
ARTICLE 10	Vos déclarations	7
ARTICLE 11	Contrôles médicaux	8
ARTICLE 12	Exclusions	8
ARTICLE 13	Territorialité	8
ARTICLE 14	Subrogation - Recours	8
ARTICLE 15	Prescription	9
ARTICLE 16	Autorité chargée du contrôle	9
ARTICLE 17	Données à caractère personnel	10
ARTICLE 18	Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme	10
ARTICLE 19	Réclamations - Médiation	10

TITRE II – VOS GARANTIES 11

VOTRE GARANTIE DÉCÈS

ARTICLE 20	Objet et montant de votre garantie	11
ARTICLE 21	Modalités du règlement du capital décès	12

VOTRE GARANTIE CONGÉS POUR RAISON DE SANTÉ, DE MATERNITÉ, LIÉS AUX CHARGES PARENTALES, POUR INFIRMITÉ DE GUERRE

ARTICLE 22	Objet de votre garantie	12
ARTICLE 23	Montant de vos prestations – Assiette retenue pour l'indemnisation	13
ARTICLE 24	Prise en charge de vos prestations	13

VOTRE GARANTIE ACCIDENT OU MALADIE IMPUTABLE AU SERVICE

ARTICLE 25	Objet de votre garantie	16
ARTICLE 26	Vos prestations en espèces (indemnités journalières)	17
ARTICLE 27	Vos prestations en nature (frais médicaux et frais funéraires)	18

TITRE III – LES MODALITÉS DE DÉCLARATION ET D'INDEMNISATION COMMUNES À TOUTES LES GARANTIES 18

ARTICLE 28	Revalorisation de vos prestations	18
ARTICLE 29	Délais de déclaration de vos sinistres	19
ARTICLE 30	Règlement de vos prestations	19
ARTICLE 31	Rechutes	20
ARTICLE 32	Service des prestations après le terme ou après résiliation de votre contrat	20

ANNEXE 1 – DOCUMENTS À FOURNIR À L'APPUI DE LA DÉCLARATION DE SINISTRE 21

ANNEXE 2 – DOCUMENTS À FOURNIR EN CAS DE DÉCÈS 24

ANNEXE 3 – PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES 25

MENTION D'INFORMATION DESTINÉE A VOS AGENTS



Accident : événement précisément déterminé et daté, caractérisé par sa violence et sa soudaineté, à l'origine de lésions ou d'affections physiques ou psychologiques qui ne trouvent pas leur origine dans des phénomènes à action lente ou répétée auxquels on ne saurait assigner une origine et une date certaine.

Accident de service : accident survenu à un agent, quelle qu'en soit la cause, dans le temps et le lieu du service, dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice par l'agent de ses fonctions ou d'une activité qui en constitue le prolongement normal, en l'absence de faute personnelle ou de toute autre circonstance particulière détachant l'accident du service.

Accident de trajet : accident dont est victime l'agent qui se produit sur le parcours habituel entre le lieu où s'accomplit son service et sa résidence ou son lieu de restauration et pendant la durée normale pour l'effectuer, sauf si un fait personnel de l'agent ou toute autre circonstance particulière étrangère notamment aux nécessités de la vie courante est de nature à détacher l'accident du service.

Acte de dévouement : acte facultatif accompli à l'initiative personnelle de l'agent, dans un intérêt public, qui dépasse l'exercice de ses fonctions, la contrainte juridique, ou un devoir moral.

Assureur : désigne CNP Assurances auprès de qui est souscrit le contrat – Siège social : 4 promenade Cœur de Ville 92 130 Issy-les-Moulineaux – Société anonyme au capital de 686 618 477 euros entièrement libéré – 341 737 062 RCS de Nanterre – Entreprise régie par le code des assurances.

Assiette de cotisation et de remboursement : l'assiette est constituée obligatoirement du traitement brut indiciaire majoré le cas échéant de la nouvelle bonification indiciaire et de façon optionnelle du supplément familial de traitement, de l'indemnité de résidence, des indemnités accessoires, du complément de traitement indiciaire, de l'indemnité « vie chère » (uniquement pour les DROM/COM), du RIFSEEP et des charges patronales. Les éléments optionnels sont mentionnés dans le formulaire « Base de l'assurance – Assiette de cotisation » accessible depuis l'espace client dédié de la collectivité contractante.

Ayants droit : désigne dans le cadre de la garantie décès, le conjoint non séparé de corps ni divorcé, le partenaire lié par un pacte civil de solidarité conclu depuis au moins deux ans et non dissout à la date de décès de l'agent, les enfants de moins de 21 ans ou infirmes non imposables au titre de leur revenu personnel, à défaut les ascendants précédemment à la charge effective du défunt (sauf le cas particulier du décès d'un agent stagiaire pour lequel il convient de se reporter aux articles L.361-4 et R.361-3 du code de la sécurité sociale).

Base de l'assurance : ensemble des éléments qui constituent l'assiette sur laquelle sont fixés le taux de cotisation d'assurance et le taux de remboursement de la prestation d'assurance définie par le contrat. Les éléments optionnels constitutifs de cette base, retenus lors de la souscription ne peuvent être modifiés en cours de contrat.

Bénéficiaire des prestations : la collectivité contractante est la bénéficiaire des prestations.

Causes exceptionnelles : par référence à l'article L. 27 du code des pensions civiles et militaires de retraite déterminant les causes exceptionnelles. Il s'agit soit d'un acte de dévouement accompli dans un intérêt public, soit d'un acte de l'agent exposant ses jours pour sauver la vie d'une ou plusieurs personnes.

Congé pour invalidité temporaire imputable au service (CITIS) : congé statutaire unique sous lequel sont placés les agents victimes d'un accident de service, de trajet ou d'une maladie imputable au service.

Collectivité contractante : désigne le souscripteur du contrat qui s'engage, de fait, à payer les cotisations.

Congés pour raison de santé : congé de maladie ordinaire, congé de longue maladie et congé de longue durée.

Contre-visite médicale : visite de contrôle prévue aux articles 15 et 37-10 du décret n°87-602 du 30 juillet 1987 pour la fonction publique territoriale et l'examen médical mentionné aux articles 15 et 35-10 du décret n°88-386 du 19 avril 1988 pour la fonction publique hospitalière.

Courtier d'assurance : courtier désigné par CNP Assurances pour gérer le présent contrat.

Délai de franchise : période durant laquelle l'assureur ne prend pas en charge le sinistre.

Délai de carence : période durant laquelle les indemnités journalières ne sont pas dues par la collectivité contractante à leurs agents.

Délai d'attente : période entre la date de prise d'effet du contrat d'assurance et la date de prise d'effet des garanties. Si un sinistre a lieu durant cette période, il n'est pas indemnisé.

Exercice d'assurance : période comprise entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre de la même année (le premier exercice d'assurance désignant la période comprise entre la date de prise d'effet du contrat et le 31 décembre de l'année en cours. Par exemple, pour un contrat prenant effet le 1^{er} juillet, le premier exercice d'assurance débute le 1^{er} juillet et s'achève le 31 décembre à minuit).

Garantie : sous réserve de remplir les conditions propres au contrat d'assurance, droit à remboursement de la collectivité contractante, ou des prestataires médicaux désignés, en cas de réalisation, en cours d'assurance, d'un risque assuré.

Maladies imputables au service :

- Maladies professionnelles :
Maladies désignées par les tableaux de maladies professionnelles mentionnés aux articles L. 461-1 et suivants du code de la sécurité sociale et contractées dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice par l'agent de ses fonctions dans les conditions mentionnées à ce tableau.
- Maladies d'origines professionnelles :
Maladies telles qu'elles sont désignées par les tableaux de maladies professionnelles mentionnés aux articles L461-1 et suivants du code de la sécurité sociale pour lesquelles une ou plusieurs conditions tenant au délai de prise en charge, à la durée d'exposition ou à la liste limitative des travaux ne sont pas remplies lorsqu'il est établi qu'elles sont directement causées par l'exercice des fonctions par le conseil médical réuni en formation plénière ou l'autorité administrative.

- Maladies contractées en service :

Maladies non désignées dans les tableaux de maladies professionnelles mentionnés aux articles L. 461-1 et suivants du code de la sécurité sociale lorsque qu'elles sont essentiellement et directement causées par l'exercice des fonctions et qu'elles entraînent une incapacité permanente à un taux déterminé et évalué dans les conditions prévues par décret en Conseil d'Etat.

Prestataire médical : professionnels de santé visés aux articles L4001-1 à L4444-3 du code de la santé publique.

PPR : période de préparation au reclassement visée à l'article L826-2 du code général de la fonction publique.

Rechute : aggravation de l'état de santé de l'agent, subite ou naturelle, strictement liée à une affection précédente survenue en cours d'assurance et sans intervention d'une cause extérieure. Dans ce contexte, l'agent peut avoir besoin d'un traitement médical avec ou sans arrêt de travail.

Sinistre : risque qui se réalise pendant la période d'assurance et qui est sans lien avec un risque survenu antérieurement à la prise d'effet du contrat. Il faut entendre par sinistre un arrêt de travail initial, une prolongation d'un arrêt survenu en cours d'assurance ou un changement de type de congé maladie. En ce qui concerne la garantie décès, le sinistre consiste en la survenance du décès d'un agent pendant la période d'assurance.

Support durable : tout instrument offrant la possibilité à la collectivité contractante de stocker des informations qui lui sont adressées personnellement, afin de pouvoir s'y reporter ultérieurement pendant un laps de temps adapté aux fins auxquelles les informations sont destinées, et qui permet la reproduction à l'identique des informations conservées.

Taux de cotisation d'assurance : il est fixé par l'assureur et est exprimé en pourcentage de l'assiette de cotisation retenue par la collectivité contractante.

Traitement brut indiciaire : il est obtenu en multipliant la valeur du point d'indice à l'indice majoré détenu par l'agent.



TITRE I – LA VIE DE VOTRE CONTRAT : LES DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Le présent contrat d'assurance de groupe, composé des conditions particulières et des présentes conditions générales, est régi par le code des assurances et la législation en vigueur. Il s'applique aux relations entre la **collectivité contractante** et l'**assureur**.

Le contrat précise les conditions d'intervention et les niveaux d'indemnisation de l'**assureur** à l'égard de la collectivité contractante.

Il est géré sous le régime de la capitalisation. Ainsi en cas de résiliation, ou au terme du contrat, le paiement des prestations en cours de service relatives à un **sinistre** survenu pendant la période assurée se poursuit jusqu'au terme contractuel de la **garantie**.

Le présent contrat relève des branches 1, 2 et 20 de l'article R. 321-1 du code des assurances.

ARTICLE 1 – OBJET DE VOTRE CONTRAT

Le contrat a pour objet de garantir à la **collectivité contractante**, selon les conditions et modalités définies par les présentes conditions générales et les conditions particulières, le remboursement de tout ou partie des sommes à sa charge, en application des dispositions régissant le statut de ses agents permanents titulaires ou stagiaires remplissant les conditions d'admission prévues à l'article 4 ci-après, et dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

S'agissant des obligations statutaires des collectivités locales à l'égard de leurs agents permanents titulaires et stagiaires affiliés à la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL), il convient de se référer aux dispositions législatives et réglementaires applicables entre la **collectivité contractante** et les agents concernés.

ARTICLE 2 – PRISE D'EFFET ET DURÉE DE VOTRE CONTRAT

Le contrat prend effet à la date mentionnée aux conditions particulières, sous réserve de sa signature et du paiement de la cotisation. Il est souscrit pour la durée précisée aux conditions particulières.

Il peut être résilié au 31 décembre de chaque année à l'initiative de l'une ou l'autre des parties au contrat. Pour ce faire :

- La **collectivité contractante** peut résilier le contrat en adressant une notification à l'**assureur** au moins 2 mois avant la fin de chaque exercice d'assurance, la résiliation intervenant le 31 décembre à minuit de l'exercice considéré. Conformément à l'article L. 113-14 du code des assurances, la notification de résiliation peut être effectuée par lettre envoyée par courrier postal simple ou recommandé ou par tout autre support durable. L'**assureur** confirme par écrit la réception de la notification.
- L'**assureur** peut résilier le contrat en adressant une notification à la **collectivité contractante** au moins 2 mois avant la fin de chaque exercice d'assurance, la résiliation intervenant le 31 décembre à minuit de l'exercice considéré. La notification de résiliation est effectuée par lettre envoyée par courrier recommandé.

ARTICLE 3 – GARANTIES DE VOTRE CONTRAT

3.1 Le contrat garantit les conséquences des risques suivants survenus en cours d'assurance :

- décès,
- congés pour raison de santé, de maternité, liés aux charges parentales, pour infirmité de guerre,
- **accident** ou **maladie imputable au service**.

Les conditions particulières précisent les garanties effectivement souscrites par la collectivité contractante.

3.2 Toute demande de la **collectivité contractante** de suppression ou de modification de garantie ne peut intervenir pendant la durée du contrat qu'avec l'accord de l'**assureur**. Toutes modifications liées aux garanties devront faire l'objet d'un avenant ou d'un nouveau contrat. Elles s'appliqueront alors aux **sinistres** survenus postérieurement à la prise d'effet qui sera le 1er janvier de l'année qui suit l'accord.

3.3 L'**assureur** se réserve le droit de réviser ses conditions d'assurances en cas de modification des textes législatifs et réglementaires en vigueur.

ARTICLE 4 – ADMISSION À VOTRE CONTRAT

Sont admis obligatoirement au contrat la totalité des agents suivants :

- titulaires permanents affiliés à la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL), sauf les agents détachés dans une autre collectivité,
- stagiaires nommés dans un emploi permanent conduisant à pension de la CNRACL,
- agents détachés dans la **collectivité contractante**,
- agents transférés dans la **collectivité contractante**, y compris ceux en arrêt de travail à la date de leur transfert,
- agents mis à disposition dès lors que leur traitement est assuré par la **collectivité contractante**,
- agents bénéficiant d'une période de préparation au reclassement, pour les seuls **sinistres** survenant au cours de la ladite période dès lors que la **garantie** correspondante est souscrite – étant précisé que la période de préparation au reclassement en tant que telle ne peut faire l'objet d'une prise en charge.

Au terme de ladite période : soit l'agent est effectivement reclassé et la collectivité contractante bénéficie de l'intégralité des garanties souscrites. A défaut, seules les garanties « décès » et « maternité - adoption - paternité et accueil de l'enfant - congé de naissance et congé pour l'arrivée d'un enfant placé en vue de son adoption » s'appliquent, le cas échéant. Les **garanties** liées aux droits à congé maladie ou **accident / maladie imputable au service** de l'agent restent de la seule responsabilité de la **collectivité contractante** ou de l'assureur tenant lors de la survenance initiale du **sinistre**.

Sont admis dans le contrat, les agents mentionnés ci-dessus qui n'ont pas atteint la limite d'âge prévue par les dispositions législatives ou réglementaires pour l'exercice de leur activité, sauf en cas de prolongation légale d'activité.

Ces agents doivent être régulièrement inscrits sur le registre du personnel de la **collectivité contractante**.

Tous les agents en arrêt de travail pour raison de santé lors de la date de prise d'effet du contrat, seront admis au contrat le jour de la reprise effective de leur activité normale de service. Toutefois, la **garantie** décès s'exerce dès la date de prise d'effet du contrat mentionnée aux conditions particulières.

Les agents recrutés postérieurement à la date de prise d'effet du contrat sont admis le jour de leur entrée en fonction effective dans la **collectivité contractante** couverte par le contrat. Toutefois, la **garantie** décès s'exerce dès la date d'intégration dans la **collectivité contractante**.

Les agents qui changent de régime de retraite (affiliation du régime IRCANTEC au régime CNRACL) au cours du contrat sont admis dans le contrat à la date de prise d'effet de leur affiliation au nouveau régime de retraite, sous réserve qu'ils soient en activité normale de service à cette date. Si l'agent nouvellement affilié à la CNRACL est en arrêt de travail pour raison de santé à la date de sa nouvelle affiliation, il sera admis au contrat le jour de la reprise effective de son activité normale de service. Cette disposition ne s'applique pas à la garantie décès qui s'exerce pour ces agents dès la date de leur affiliation nouvelle.

Les agents en disponibilité ou en congé parental lors de la prise d'effet du contrat seront admis au contrat le jour de la reprise effective de leur activité normale de service.

Pour les agents en temps partiel thérapeutique, seules les **garanties** décès, maternité - adoption - paternité - accueil de l'enfant - congé de naissance congé pour l'arrivée d'un enfant placé en vue de son adoption et **accident** ou **maladie imputable au service**, si elles sont souscrites, seront garanties dès la date de prise d'effet du contrat indiquée aux conditions particulières.

Pour ces agents, la **collectivité contractante** pourra bénéficier de ses autres **garanties**, le jour de leur reprise effective à temps complet.

La garantie maternité - adoption - paternité et accueil de l'enfant, congé de naissance et congé pour l'arrivée d'un enfant placé en vue de son adoption, prend effet après un **délai d'attente** de 10 mois à compter de la date de prise d'effet de la **garantie**. Cependant, ce délai ne s'applique pas si cette **garantie** était souscrite par la **collectivité contractante** auprès d'un organisme d'assurance au titre de l'exercice précédent.

ARTICLE 5 – PRISE D'EFFET DE VOS GARANTIES

Sous réserve des conditions d'admission prévues ci-avant, tous les agents en activité normale de service sont garantis dès la date de prise d'effet du contrat indiquée aux conditions particulières.

ARTICLE 6 – CESSATION DE VOS GARANTIES

Les **garanties** cessent :

- à la date à laquelle l'agent ne répond plus aux conditions d'admission prévues à l'article 4,
- à la date de liquidation de la pension vieillesse,
- à la date à laquelle l'agent atteint la limite d'âge prévue par les dispositions législatives ou réglementaires pour l'exercice de son activité, sauf en cas de prolongation légale d'activité,
- à la date de radiation de l'agent des listes de la **collectivité contractante**,
- à la date d'échéance du contrat,
- à la date d'effet de la résiliation du contrat,
- à la date de la mise en disponibilité sur demande de l'agent,
- en cas de défaut de paiement de la cotisation tel que prévu à l'article 9.4 des conditions générales.

ARTICLE 7 - CESSATION DE VOS PRESTATIONS

Le service des prestations en espèces (indemnités journalières) cesse dans tous les cas prévus dans les présentes conditions générales et en tout état de cause :

- à la date de reprise d'activité de l'agent,
- à la date à laquelle l'agent atteint la limite d'âge prévue par les dispositions législatives ou réglementaires pour l'exercice de son activité (ou par décret n° 60-58 du 11 janvier 1960 pour l'invalidité) sauf en cas de prolongation légale d'activité,
- à la date de mise à la retraite (de droit commun ou pour invalidité) de l'agent,
- à la fin du mois du décès de l'agent,
- à la date d'aptitude reconnue par le contrôle médical ou l'expertise médicale (sans préjudice des dispositions prévues à l'article 25.1 des présentes pour le risque **accident** ou **maladie imputable au service**),
- à la date à laquelle l'agent bénéficie d'une période de préparation au reclassement, sauf en cas de **sinistres** survenus au cours de ladite période.

ARTICLE 8 – BASE DE L'ASSURANCE

La **base de l'assurance** constitue pendant toute la durée du contrat l'assiette retenue pour l'application du **taux de la cotisation d'assurance** et du taux de remboursement défini par le contrat au titre des prestations garanties.

Elle s'applique aux **garanties** souscrites portées aux conditions particulières. Elle comprend obligatoirement :

- le **traitement indiciaire brut** annuel soumis à retenues pour pension,
- la nouvelle bonification indiciaire dans la limite définie par le statut de la Fonction publique territoriale.

Et de façon optionnelle :

- le supplément familial de traitement,
- l'indemnité de résidence,
- l'indemnité de « vie chère » (uniquement pour les DROM/COM),
- le complément de traitement indiciaire,
- les indemnités accessoires, à l'exception de celles qui sont rattachées à l'exercice effectif des fonctions ou qui ont un caractère de remboursement de frais,
- le RIFSEEP défini par l'indemnité de fonctions, de sujétions et d'expertise et le complément indemnitaire annuel (IFSE et CIA),
- tout ou partie des charges patronales dans la limite des charges dont est redevable la **collectivité contractante**.

Ces éléments optionnels peuvent faire l'objet d'une couverture soit en montant, soit en pourcentage du **traitement brut indiciaire** majoré de la nouvelle bonification indiciaire.

La base de remboursement des prestations correspond à l'**assiette de cotisation** applicable à la date de la survenance du **sinistre**. Cette base reste inchangée pendant toute la durée de la prise en charge liée à ce **sinistre**, y compris en cas de **rechute**.

ARTICLE 9 – VOTRE COTISATION D'ASSURANCE

Les **garanties** sont consenties moyennant le règlement d'une cotisation annuelle.

Pour les souscriptions intervenant en cours d'année, les cotisations dues sont calculées au prorata temporis de la période d'assurance courue.

9.1 Taux de votre cotisation

Le **taux de la cotisation** annuelle, fixé par l'**assureur** est exprimé en pourcentage de la **base de l'assurance**. Il est mentionné aux conditions particulières.

Tout impôt ou taxe établi postérieurement à la date de prise d'effet du contrat s'ajouterait au taux de cotisation, à la date d'effet de la mesure fiscale.

9.2 Détermination et ajustement de votre cotisation

À la souscription, l'**assureur** détermine une cotisation provisionnelle ayant pour assiette la **base de l'assurance** déclarée par la **collectivité contractante** et mentionnée sur le formulaire « Base de l'assurance – Assiette de cotisation ».

Au début de chaque nouvel **exercice d'assurance**, l'**assureur** détermine une cotisation provisionnelle ayant pour assiette les éléments constituant la **base de l'assurance** du dernier exercice connu.

A la fin de chaque **exercice d'assurance**, la **collectivité contractante** adresse à l'**assureur**, avant le 31 janvier suivant, l'assiette réelle correspondant à la **base de l'assurance** à l'aide du formulaire « Base de l'assurance – Assiette de cotisation ». L'**assureur** détermine alors la cotisation annuelle définitive.

Cette cotisation définitive donne lieu, après validation du formulaire « Base de l'assurance – Assiette de cotisation », selon le cas, à l'appel d'un complément de cotisation ou au remboursement d'un trop perçu. Ce solde est égal à la différence entre la cotisation due au titre de l'exercice d'assurance écoulé et la cotisation provisionnelle versée en début d'exercice.

Cet ajustement de cotisation tient compte également des mouvements de personnel (entrées ou sorties) qui interviennent en cours d'exercice. Les régularisations de cotisation d'un montant inférieur ou égal à 5 euros (trop perçu ou appel complémentaire) n'entraînent pas de réajustement.

En cas de non-respect par la **collectivité contractante** des délais de transmission du formulaire « Base de l'assurance – Assiette de cotisation », l'**Assureur** se réserve la possibilité, sans préjudice de ses autres droits et actions, d'appeler une cotisation provisionnelle sur la base des éléments du dernier **exercice d'assurance** majorée de cinq pour cent (5 %).

Afin qu'une cotisation définitive soit établie, la collectivité devra adresser dans un délai de 30 jours à compter de l'appel de la cotisation provisionnelle les éléments requis.

9.3 Paiement de votre cotisation

À la souscription, la **collectivité contractante** verse une cotisation provisionnelle, payable d'avance annuellement, correspondant au premier exercice d'assurance allant de la date de prise d'effet du contrat jusqu'au dernier jour de l'exercice civil.

Cette cotisation doit être réglée à la date d'exigibilité mentionnée sur l'appel de cotisation.

Son montant est réajusté à la clôture de chaque exercice, selon les modalités fixées au paragraphe 9.2.

Pour chaque exercice civil suivant, la cotisation provisionnelle est payable à la date d'exigibilité mentionnée sur l'appel de cotisation.

L'ajustement résultant du calcul de la cotisation définitive est payable à la date d'exigibilité mentionnée sur l'appel de cotisation complémentaire.

9.4 Défaut de paiement de votre cotisation

Conformément aux dispositions de l'article L. 113-3 du code des assurances, à défaut du paiement de la cotisation ou d'une fraction de la cotisation dans les 10 jours à compter de son échéance, et indépendamment du droit pour l'assureur de poursuivre l'exécution du contrat en justice, l'assureur suspend les garanties 30 jours après l'envoi d'une lettre recommandée valant mise en demeure de payer.

Pendant la période de suspension des garanties, aucune prestation liée à un risque survenu pendant cette période ne sera prise en charge.

Si les cotisations ne sont pas régularisées, le contrat est résilié 40 jours après l'envoi de la lettre recommandée.

Dans le cas où seul le risque décès est assuré, la résiliation intervient 40 jours après l'envoi de la lettre recommandée telle que prévue à l'article L. 132-20 du code des assurances.

Toutefois, l'**assureur** renonce à résilier le contrat si le retard de paiement des primes est dû à l'exécution des formalités administratives auxquelles la **collectivité contractante** est astreinte en matière de comptabilité publique, **ce délai de tolérance étant limité à 12 mois.**

9.5 Révision de vos cotisations

En cas d'évolution des résultats techniques constatés sur tout ou partie des garanties, d'une aggravation du risque, ou d'une modification législative ou réglementaire, amenant une modification des conditions d'application du contrat ou des engagements de l'**assureur**, ce dernier peut proposer une évolution du taux de cotisation.

ARTICLE 10 – VOS DÉCLARATIONS

Le contrat est établi par rapport aux déclarations de la **collectivité contractante** et la cotisation est fixée en conséquence.

À la souscription et au cours du contrat, l'**assureur** se réserve le droit de demander à la **collectivité contractante** la liste des agents relevant du contrat. Cette liste précise ceux qui sont effectivement en activité normale de service et ceux qui sont en arrêt de travail pour raison de santé, ainsi que pour ces derniers, l'historique des droits maladie déjà octroyés.

La **collectivité contractante** doit fournir à l'**assureur**, en utilisant le formulaire « Base de l'assurance – Assiette de cotisation » :

- la déclaration de l'ensemble des éléments constituant la **base de l'assurance** du dernier exercice connu, correspondant aux garanties souscrites pour la totalité des agents admis au contrat,
- la répartition de ses agents suivant leur âge, leur sexe et leur filière,
- tout autre élément jugé nécessaire par l'**assureur** lui permettant d'avoir une connaissance suffisante du risque.

La **collectivité contractante** s'engage à déclarer ses **sinistres** dans les conditions déterminées à l'article 28 des présentes conditions générales.

La **collectivité contractante** s'engage à effectuer l'ensemble de ses déclarations en toute bonne foi. Conformément aux dispositions des articles L.113-8 et L.113-9 du code des assurances, toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part de la **collectivité contractante** entraîne la nullité du présent contrat.

En tout état de cause, l'**assureur** se réserve le droit de vérifier l'exactitude de ces déclarations, à la souscription, en cours de contrat et après sa résiliation.

ARTICLE 11 – CONTRÔLES MÉDICAUX

Les **contre-visites médicales** et **expertises statutairement obligatoires** sont à la charge de la **collectivité contractante** ou des organismes concernés (Caisse des Dépôts, Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales) en application de la réglementation en vigueur.

La **collectivité contractante** bénéficie de **contre-visites médicales** dans le cadre de la garantie « congés pour raison de santé, de maternité, liés aux charges parentales, pour infirmité de guerre » et de la garantie « accident ou maladie imputable au service » et d'expertises médicales dans le cadre de la garantie « accident ou maladie imputable au service », après accord de l'**assureur**, pour les risques effectivement garantis.

Le coût des **contre-visites** et expertises médicales délégués à l'**assureur**, conformément au précédent alinéa, est pris en charge par ce dernier.

Dans le cas d'un **accident de service** ou d'une maladie imputable au service, les **contre-visites** et expertises médicales ne peuvent être mis en œuvre qu'après réception de la déclaration d'**accident** de travail de la **collectivité contractante** et des pièces justificatives dans les délais contractuels (cf. annexe 1). En cas d'expertise ou contre-expertise, l'**assureur** peut exiger des pièces complémentaires.

Il sera tenu compte par l'**assureur** ou le **courtier d'assurance** des différents avis du conseil médical lorsque celui-ci aura été amené à se prononcer sur un dossier. Toutefois, l'**assureur** ou le courtier d'assurance à sa demande ou à la demande de la **collectivité contractante**, peuvent procéder auprès des agents à un contrôle médical (**contre-visite** ou expertise), par un médecin agréé. Les conclusions du médecin agréé détermineront la prise en charge ou non du **sinistre**.

Dans tous les cas et à toute époque, quelle que soit la garantie concernée, même lorsque la garantie n'est plus en vigueur, la collectivité contractante :

- **transmet à l'assureur ou au courtier d'assurance, sous peine de suspension des prestations, les conclusions de tout contrôle médical permettant de statuer sur la prise en charge des prestations,**
- **permet à l'assureur ou au courtier d'assurance, sous peine de suspension des prestations, de faire réaliser une contre-visite médicale et/ou soumettre à expertise médicale l'agent, par un médecin agréé, afin de constater son état. Ces frais sont pris en charge par l'assureur.**

En cas de contradiction entre :

- l'avis du médecin agréé et celui émis par le conseil médical réuni en formation plénière ou l'autorité administrative,
- l'avis du médecin agréé et celui émis par le conseil médical réuni en formation restreinte.

Les parties peuvent solliciter une nouvelle expertise d'arbitrage (expert agréé) qui statuera.

Les conclusions de cette dernière expertise déterminent la **prise en charge ou non des prestations** en espèces et des prestations en nature pour la période d'arrêt soumise à ce contrôle, nonobstant tout autre avis émanant du conseil médical et/ou de l'autorité administrative. **Il est précisé que si l'agent refuse un examen de contrôle (contre-visite ou expertise) ou ne se présente pas à la convocation du médecin agréé, l'assureur ou le courtier d'assurance se réserve le droit de suspendre les prestations en cause.**

ARTICLE 12 – EXCLUSIONS

Sont exclues les conséquences :

- **de la guerre civile ou étrangère, d'émeute, d'insurrection, de mouvement populaire, d'acte de terrorisme ou de sabotage, de rixe, quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels qu'en soient les protagonistes, dès lors que l'agent y prend une part active (sauf en cas de légitime défense ou d'assistance à personne en péril) ; sauf pour la police municipale où seules sont exclues les conséquences de la guerre civile ou étrangère,**
- **de la désintégration du noyau atomique ou de radiations ionisantes pour autant que la valeur corrigée dépasse 37 giga Becquerel soit 37 G Bq (anciennement 1 curie).**

ARTICLE 13 – TERRITORIALITÉ

Les **garanties** s'appliquent dans le monde entier.

Pour la **garantie accident** ou **maladie imputable au service**, la **collectivité contractante** doit produire l'ordre de mission délivré à son agent.

ARTICLE 14 – SUBROGATION – RECOURS

En application de l'ordonnance n° 59-76 du 7 janvier 1959 modifiée par la loi n° 68-2 du 2 janvier 1968, la **collectivité contractante** est subrogée dans les droits et actions de l'agent. Les prestations en cause ayant un caractère indemnitaire et étant versées en réparation du dommage causé à l'agent, l'**assureur** est donc lui-même subrogé dans les droits et actions de la **collectivité contractante** contre toute personne responsable du **sinistre**, et cela jusqu'à concurrence des sommes qu'il a versées, en application des dispositions de l'article L. 131-2 du code des assurances et de l'article 29-3 de la loi n° 85- 677 du 5 juillet 1985 modifiée.

Les informations obtenues à l'occasion d'un recours peuvent entraîner la régularisation, le cas échéant, des prestations indûment versées. Les frais d'expertises réalisées à l'initiative de l'assureur ou du courtier d'assurance par leur intermédiaire sont à la charge de l'assureur.

ARTICLE 15 – PRESCRIPTION

Conformément à l'article L. 114-1 du code des assurances, toutes actions dérivant du contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

1°) En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;

2°) En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

En vertu de l'article L.114-2 du code des assurances, la prescription peut être interrompue par les causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription auxquelles l'article L.114-2 du code des assurances fait référence sont :

Article 2240 du code civil

La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.

Article 2241 du code civil

La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion.

Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.

Article 2242 du code civil

L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.

Article 2243 du code civil

L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

Article 2244 du code civil

Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

Article 2245 du code civil

L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers.

Article 2246 du code civil

L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.

La prescription peut également être interrompue par l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec avis de réception, adressés par l'assureur à l'assuré, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement des prestations.

Conformément à l'article L.114-3 du code des assurances, par dérogation à l'article 2254 du code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

ARTICLE 16 – AUTORITÉ CHARGÉE DU CONTRÔLE

L'autorité chargée du contrôle de CNP Assurances est l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) :

4 place de Budapest - CS 92459 – 75 436 PARIS CEDEX 09

ARTICLE 17 – DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Les parties s'engagent à traiter les données à caractère personnel dont elles ont connaissance au titre du **contrat d'assurance** en conformité avec la réglementation en vigueur applicable en matière de protection des données à caractère personnel, notamment le Règlement Général sur la Protection des Données (Règlement (UE) N°2016/679 du 27 avril 2016, ci-après « RGPD ») et la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

L'exécution du contrat nécessite que des données à caractère personnel relatives aux agents de la **collectivité contractante**, y compris des données de santé, soient communiquées par la **collectivité contractante** à l'**assureur** et/ou au courtier gestionnaire, notamment dans le cadre des déclarations de **sinistres** et des demandes successives. Conformément aux articles 13 et 14 du RGPD, il appartient à la **collectivité contractante** d'informer les personnes concernées des traitements mis en œuvre à cet égard et notamment du fait que CNP Assurances, **assureur**, et Relyens SPS, courtier gestionnaire, sont destinataires de données à caractère personnel les concernant.

L'information des agents relative aux traitements dont CNP Assurances et Relyens SPS sont responsables au sens du RGPD est fournie en annexe 3. Cette annexe est à remettre, par la **collectivité contractante**, à ses agents.

Conformément à l'article 19 du RGPD, toute demande d'exercice de droits effectuée par les agents de la **collectivité contractante**, auprès de la **collectivité contractante**, concernant l'accès, la rectification, l'effacement ou la limitation de traitement portant sur des données transmises à CNP Assurances ou à Relyens SPS doivent être notifiées dans les meilleurs délais aux coordonnées suivantes :

Relyens SPS	CNP Assurances
Relyens SPS DPO CS 80006 18 020 Bourges Cedex privacy.sps@relyens.eu	CNP Assurances Délégué à la Protection des Données 4 promenade Cœur de Ville 92 130 Issy-les-Moulineaux dpo@cnp.fr

Afin d'alléger les travaux déclaratifs de la **collectivité contractante** et de faciliter l'alimentation de la Banque nationale de données, Relyens SPS se propose de transférer les informations relatives aux **accidents du travail** et aux maladies professionnelles des agents (identité et situation professionnelle incluses) qu'elle détient dans le cadre de la gestion du contrat d'assurance statutaire vers l'application PRORISQ, mise à disposition par la Caisse des Dépôts et Consignations.

Ces transferts seront réalisés, sauf opposition de la **collectivité contractante** formulée à l'adresse suivante :
Relyens SPS – CS 80006 – 18 020 Bourges Cedex.

ARTICLE 18 – LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

Comme toute compagnie d'assurances, l'**assureur** est soumis au respect de la réglementation relative à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme en application du code monétaire et financier.

À ce titre, l'**assureur** a l'obligation de recueillir des informations afin d'identifier et de connaître le souscripteur, la personne morale adhérente et les assurés. Les informations recueillies doivent permettre à l'**assureur** de respecter les obligations auxquelles il est soumis.

En outre, l'**assureur** doit pouvoir attester de l'origine des fonds destinés au paiement des primes et des cotisations du contrat.

L'**assureur** s'engage à respecter la réglementation relative à la prévention du blanchiment des capitaux et du financement du terrorisme telle qu'elle résulte des dispositions en vigueur. Conformément à l'article R. 561-14-2 et au 3° de l'article R561-15 du Code monétaire et financier, le **courtier d'assurance** doit identifier la **collectivité contractante**, personne morale ainsi que son représentant légal, personne physique. Ainsi :

- pour la **collectivité contractante**, l'identification repose sur la collecte de sa forme juridique, de sa dénomination, de son numéro d'immatriculation, de son adresse et du nom de son représentant légal ;
- pour le représentant légal de la **collectivité contractante**, l'identification repose sur la collecte des noms patronymiques, prénoms, des dates et lieux de naissance.

Le **courtier d'assurance** collecte également un document probant justifiant la qualité de représentant légal de la **collectivité contractante** (par exemple et sans que cette liste ne soit limitative, le décret de nomination ou la délégation de pouvoir). Le **courtier d'assurance** s'engage à collecter les éléments d'identification visés ci-dessus de la **collectivité contractante** et de son représentant légal à la souscription du contrat, conformément à l'article L. 561-8 du Code monétaire et financier. À défaut, le contrat ne produira pas ses effets. Pour la mise en œuvre des mesures de vigilance simplifiées prévues dans les cas visés à l'article L. 561-9 du Code monétaire et financier, le **courtier d'assurance** recueille les informations suffisantes pour établir que la **collectivité contractante** et son représentant légal présentent un faible risque de blanchiment ou de financement du terrorisme.

En application de l'article L561-8 du code monétaire et financier et de l'article R113-14 du code des assurances, l'**assureur** peut être amené à refuser de procéder à l'opération demandée par la **collectivité contractante**, voire à mettre fin au contrat, si les éléments d'identification ou d'informations demandées ci-dessus ne lui sont pas communiqués.

ARTICLE 19 – RÉCLAMATIONS – MÉDIATION

Les demandes de renseignements ou les réclamations sur l'interprétation du présent contrat sont formulées auprès de l'**assureur** :

- par internet : un formulaire est à votre disposition sur le site internet : <http://www.cnp.fr/assures/contact>
- par courrier : CNP Assurances - Business Unit Partenariats France et Réseau Amétis – Direction développement protection sociale – Développement collectivités locales - 4 promenade Cœur de Ville – 92 130 Issy-les-Moulineaux.

N'oubliez pas de préciser dans votre correspondance le nom de la collectivité locale, le numéro de contrat et le numéro identifiant de la collectivité.

En tout état de cause, l'assuré ou le(s) **bénéficiaire(s)** peut (peuvent) deux mois après l'envoi d'une première réclamation écrite s'adresser à la « Médiation de l'assurance » :

- par voie postale : la Médiation de l'assurance – TSA 50110 – 75 441 Paris Cedex 09
- par voie électronique : <http://www.mediation-assurance.org/saisir+le+mediateur>

La saisine du médiateur interrompt la prescription.

Son avis ne s'impose pas aux parties en litige, qui conservent le droit de saisir les tribunaux.



TITRE II – VOS GARANTIES

VOTRE GARANTIE DÉCÈS

ARTICLE 20 – OBJET ET MONTANT DE VOTRE GARANTIE

La **garantie** a pour objet le remboursement, à la **collectivité contractante**, du capital versé aux **ayants droit** en cas de décès d'un agent titulaire, stagiaire ou en service détaché dans la **collectivité contractante**.

20.1 Montant de la garantie

Le montant du capital assuré est celui mis à la charge de la **collectivité contractante** :

1°) Pour les agents titulaires :

Le versement du capital s'effectue suivant les dispositions des articles 7 du décret n°60-58 du 11 janvier 1960, D.712-19 et suivants du code de la sécurité sociale ainsi que des dispositions dérogatoires prévues par le décret n°2021-176 du 17 février 2021 modifié.

Le remboursement s'effectue dans les limites de la base de l'assurance retenue par la collectivité contractante.

2°) Pour les agents stagiaires :

Le versement du capital s'effectue suivant les dispositions de l'article 5 du décret n°77-812 du 13 juillet 1977 et de l'article L.361-1 du code de la sécurité sociale.

20.2 Décès toutes causes

20.2.1 Agents titulaires n'ayant pas atteint l'âge légal de départ à la retraite mentionné par l'article D. 712-19 du code de la sécurité sociale

Le capital versé est égal à la dernière rémunération brute annuelle de l'agent décédé telle que prévue par les dispositions de l'article 712-1 du code général de la fonction publique, le cas échéant majoré par enfant à charge de 3 % du traitement indiciaire brut annuel soumis à retenues pour pension correspondant à l'indice brut 585.

Sont considérés comme enfants à charge, les enfants visés à l'article D. 712-20 du code de la sécurité sociale.

20.2.2 Agents titulaires ayant atteint l'âge légal de départ à la retraite mentionné par l'article D. 712-22 du code de la sécurité sociale

Le capital versé est égal à un quart de la dernière rémunération brute annuelle de l'agent décédé telle que prévue par les dispositions de l'article 712-1 du code général de la fonction publique.

20.3 Décès suite à un accident ou une maladie imputable au service

20.3.1 Agents titulaires n'ayant pas atteint l'âge légal de départ à la retraite mentionné aux articles D.712-19 et D.712-22 du code de la sécurité sociale

Le capital versé est égal à la dernière rémunération brute annuelle de l'agent décédé telle que prévue par les dispositions de l'article L712-1 du code général de la fonction publique, le cas échéant majoré par enfant à charge de 3 % du **traitement indiciaire brut** annuel soumis à retenues pour pension correspondant à l'indice brut 585.

20.3.2 Agents titulaires ayant atteint l'âge légal de départ à la retraite mentionné par les articles D.712-19 et D. 712-22 du code de la sécurité sociale

Le capital versé est égal à la dernière rémunération brute annuelle de l'agent décédé telle que prévue par les dispositions de l'article L712-1 du code général de la fonction publique.

20.4 Décès consécutif à un attentat ou à un acte de dévouement

Lorsque l'agent décède à la suite d'un attentat, d'une lutte dans l'exercice de ses fonctions ou d'un acte de dévouement dans un intérêt public ou pour sauver la vie d'une ou plusieurs personnes :

20.4.1 Agents titulaires n'ayant pas atteint l'âge légal de départ à la retraite

Le capital décès est égal à la dernière rémunération brute annuelle de l'agent décédé telle que prévue par les dispositions de l'article L712-1 du code général de la fonction publique, augmenté le cas échéant de la majoration pour enfant à charge. Il est versé 3 années de suite, étant entendu que le premier versement intervient au jour du décès de l'agent et les deux suivants à la date anniversaire de cet événement.

20.4.2 Agents titulaires ayant atteint l'âge légal de départ à la retraite

Le capital décès est égal à la dernière rémunération brute annuelle de l'agent décédé telle que prévue par les dispositions de l'article L712-1 du code général de la fonction publique. Il est versé 3 années de suite, étant entendu que le premier versement intervient au jour du décès de l'agent et les deux suivants à la date anniversaire de cet événement.

20.5 Cas particuliers

20.5.1 Agents autorisés à travailler à temps partiel

Le capital décès sera versé dans les conditions visées ci-dessus.

20.5.2 Agents titulaires à temps non complet ayant plusieurs employeurs

Le capital décès sera versé dans les conditions visées ci-dessus tenant compte du nombre d'heures effectuées par l'agent au service de la collectivité contractante.

20.5.3 Agents stagiaires

Le capital versé correspond à une somme forfaitaire en application de l'article 5 du décret n°77-812 du 13 juillet 1977 et de l'article L.361-1 du code de la sécurité sociale.

20.5.4 Décès survenant dans les 3 mois suivants l'admission à la retraite

Le capital versé correspond à une somme forfaitaire en application des articles L.361-1, R 361-3 et le cas échéant de l'article D712-22 du code de la sécurité sociale.

Synthèse de vos garanties décès (selon les garanties souscrites aux conditions particulières)		
Agent titulaire		
Décès toutes causes	Avant l'âge de départ à la retraite mentionné à l'article L161-17-2 du code de la Sécurité sociale	Dernière rémunération brute annuelle dans les limites de la base de l'assurance retenue par la collectivité contractante Majoration éventuelle pour enfant à charge
	Après l'âge de départ à la retraite mentionné à l'article L161-17-2 du code de la Sécurité sociale	1/4 de la dernière rémunération brute annuelle dans les limites de la base de l'assurance retenue par la collectivité contractante
Décès suite à un accident ou une maladie imputable au service		Dernière rémunération brute annuelle dans les limites de la base de l'assurance retenue par la collectivité contractante Majoration éventuelle pour enfant à charge
Décès consécutif à un attentat ou à un acte de dévouement		Dernière rémunération brute annuelle dans les limites de la base de l'assurance retenue par la collectivité contractante Capital versé 3 années de suite Majoration éventuelle pour enfant à charge
Agent stagiaire		
Somme forfaitaire suivant les dispositions de l'article 5 du décret n°77-812 du 13 juillet 1977 et de l'article L.361-1 du code de la Sécurité sociale.		
Décès survenant dans les 3 mois suivants l'admission à la retraite		
Somme forfaitaire en application des articles L.361-1, R 361-3 et le cas échéant de l'article D712-22 du code de la Sécurité sociale.		

ARTICLE 21 – MODALITÉS DU RÈGLEMENT DU CAPITAL DÉCÈS

Le capital décès dû au titre du contrat est réglé à la **collectivité contractante**. Le versement effectué a un caractère libératoire pour l'**assureur**.

L'**assureur** ou le **courtier d'assurance** rembourse ce capital décès dès réception de la déclaration de la **collectivité contractante** accompagnée de l'ensemble des pièces justificatives (annexe 2). Ces dernières sont conservées par l'**assureur**.

VOTRE GARANTIE CONGÉS POUR RAISON DE SANTÉ, DE MATERNITÉ, LIÉS AUX CHARGES PARENTALES, POUR INFIRMITÉ DE GUERRE

ARTICLE 22 – OBJET DE VOTRE GARANTIE

La **garantie** a pour objet le remboursement à la **collectivité contractante**, dans la limite des dispositions des articles 23 et 24 des présentes conditions générales, des rémunérations qu'elle doit à ses agents en cas de réalisation, pendant la période de validité du contrat d'assurance, d'un des risques suivants :

- placement de l'agent en congé de maladie ordinaire,
- placement de l'agent en congé de longue maladie,
- placement de l'agent en congé de longue durée,

- placement de l'agent en temps partiel thérapeutique,
- placement de l'agent en disponibilité d'office pour raison de santé,
- placement de l'agent pour infirmité de guerre,
- placement de l'agent en congé maternité - adoption - paternité et accueil de l'enfant.
- placement de l'agent en congé de naissance, en congé pour l'arrivée d'un enfant placé en vue de son adoption.

Par placement de l'agent, il faut entendre pour :

- le congé de maladie ordinaire : l'arrêt de travail initial prescrit par le médecin précisant le 1er jour d'arrêt,
- le congé de longue maladie et le congé de longue durée : la date de prise d'effet du congé qui est stipulée sur l'avis du conseil médical réuni en formation restreinte,
- le temps partiel thérapeutique : la date de reprise à temps partiel indiquée sur la décision de la collectivité (sous réserve du respect des formalités préalables d'octroi),
- le congé de mise en disponibilité d'office pour raison de santé : la date de prise d'effet qui est stipulée sur l'avis du conseil médical réuni en formation restreinte. Pour la reconnaissance du droit à prestations (indemnités de coordination ou allocation d'invalidité temporaire) : la date de prise d'effet qui est stipulée sur la décision de la sécurité sociale,
- le congé de maternité - adoption - paternité et accueil de l'enfant : la date de prise d'effet du congé légal,
- le congé de naissance et le congé pour l'arrivée d'un enfant placé en vue de son adoption : la date de prise d'effet du congé indiquée sur la décision de la collectivité.

ARTICLE 23 – MONTANT DE VOS PRESTATIONS – ASSIETTE RETENUE POUR L'INDEMNISATION

Le **traitement indiciaire brut** majoré éventuellement de la nouvelle bonification indiciaire retenu pour l'indemnisation est celui de l'agent au jour de l'arrêt de travail. Pendant son arrêt de travail, le montant de la prestation d'assurance ne peut excéder ce que l'agent aurait perçu s'il avait exercé son activité.

Les prestations sont indemnisées sur la base :

- du **traitement indiciaire brut** et en fonction du pourcentage de l'assiette retenue pour l'indemnisation, mentionné dans les conditions particulières,
- auquel s'ajoute le cas échéant :
- la nouvelle bonification indiciaire et en fonction du pourcentage de l'assiette retenue pour l'indemnisation, mentionné dans les conditions particulières.

Les éléments optionnels retenus « charges patronales » et/ou « indemnité de vie chère » et/ou « indemnité de résidence » et/ou « supplément familial de traitement » et/ou « indemnités accessoires », et/ou « complément de traitement indiciaire », et ou « RIFSEEP » sont indemnisés à hauteur des sommes réellement à la charge de la **collectivité contractante**, pendant l'arrêt de travail et en fonction du pourcentage de l'**assiette** retenue pour l'indemnisation.

ARTICLE 24 – PRISE EN CHARGE DE VOS PRESTATIONS

Le montant des indemnités journalières visées ci-après est exprimé en pourcentage de la 30^e partie des éléments mensuels de rémunération en vigueur à la date de survenance du **sinistre** d'origine, selon la **base de l'assurance** retenue par la **collectivité contractante**.

Pendant la durée de l'indemnisation, l'indemnité de résidence, le supplément familial de traitement, les indemnités accessoires, le complément de traitement indiciaire, le RIFSEEP, l'indemnité vie chère et les charges patronales sont payés dans la mesure où ils sont inclus dans la **base de l'assurance** telle que définie dans le formulaire « Base de l'assurance – Assiette de cotisation ». Le remboursement est égal aux sommes réellement à la charge de la **collectivité contractante** et en fonction du pourcentage de l'**assiette** retenue pour l'indemnisation.

La prestation est versée après l'expiration d'un délai de franchise tel que précisé aux conditions particulières

Dans le cadre d'une prise en charge au titre d'un congé de maladie ordinaire, si ce congé est requalifié en congé de longue maladie ou en congé de longue durée, pour la même affection, la première période du congé de longue maladie ou du congé de longue durée part du jour de la première constatation médicale de cette affection.

Dans le cadre d'une prise en charge au titre d'un congé de longue maladie, si ce congé est requalifié en congé de longue durée, pour la même affection, la première période du congé de longue durée part du jour de la première constatation médicale de cette affection.

24.1 Congé de maladie ordinaire

Le montant de l'indemnité journalière est fixé comme suit et en fonction du pourcentage de l'**assiette** retenue pour l'indemnisation :

- les 3 premiers mois : 1/30^e du **traitement indiciaire brut** mensuel majoré éventuellement de la nouvelle bonification indiciaire et, le cas échéant, du montant des éléments optionnels figurant sur le formulaire « Base de l'assurance – Assiette de cotisation »,
- les 9 mois suivants : 1/30^e du demi-traitement indiciaire brut mensuel, majoré éventuellement de la moitié de la nouvelle bonification indiciaire. Pour les éléments optionnels figurant, le cas échéant, sur le formulaire « Base de l'assurance – Assiette de cotisation » le remboursement est égal aux sommes réellement à la charge de la **collectivité contractante**.

À défaut d'un délai de franchise fixé dans les conditions particulières, l'indemnité journalière est versée sous déduction du **délai de carence** prévu par les dispositions législatives et réglementaires applicables.

Le délai de carence n'est pas appliqué :

- au deuxième congé de maladie, lorsque la reprise du travail entre deux congés de maladie accordés au titre de la même cause n'a pas excédé 48 heures ;
- aux congés de maladie accordés postérieurement à un premier congé de maladie au titre d'une même affection de longue durée, au sens de l'article L. 324-1 du code de la sécurité sociale, pour une période de trois ans à compter de ce premier congé de maladie.
- aux congés de maladie accordés postérieurement à la déclaration de grossesse et avant le début du congé de maternité,
- au premier congé de maladie intervenant pendant une période de 13 semaines à compter du décès d'un enfant de l'agent âgé de moins de 25 ans ou d'une personne âgée de moins de 25 ans dont l'agent a la charge effective et permanente.

24.2 Congé de longue maladie

Le montant de l'indemnité journalière est fixé comme suit et en fonction du pourcentage de l'**assiette** retenue pour l'indemnisation :

- jusqu'à la fin de la 1^{ère} année de congé : 1/30^e du **traitement indiciaire brut** mensuel majoré éventuellement de la nouvelle bonification indiciaire et, le cas échéant, du montant des éléments optionnels figurant sur le formulaire « Base de l'assurance – Assiette de cotisation »,
- pendant les 2 années suivantes : 1/30^e du demi-traitement indiciaire brut mensuel, majoré éventuellement de la moitié de la nouvelle bonification indiciaire. Pour les éléments optionnels figurant, le cas échéant, sur le formulaire « Base de l'assurance – Assiette de cotisation » le remboursement est égal aux sommes réellement à la charge de la **collectivité contractante**.

24.3 Congé de longue durée

Le montant de l'indemnité journalière est fixé comme suit et en fonction du pourcentage de l'**assiette** retenue pour l'indemnisation :

- jusqu'à la fin de 3^e année de congé : 1/30^e du **traitement indiciaire brut** mensuel et, le cas échéant du montant des éléments optionnels figurant sur le formulaire « Base de l'assurance – Assiette de cotisation »,
- pendant les 2 années suivantes : 1/30^e du demi-traitement indiciaire brut mensuel. Pour les éléments optionnels figurant, le cas échéant, sur le formulaire « Base de l'assurance – Assiette de cotisation » le remboursement est égal aux sommes réellement à la charge de la **collectivité contractante**.

24.4 Temps partiel thérapeutique

Les dispositions ci-après s'appliquent en cas de reprise de fonction à temps partiel thérapeutique pour raison médicale :

- à la suite d'un congé de maladie ordinaire, d'un congé de longue maladie ou de maladie de longue durée pris en charge par l'**assureur** au titre du contrat,
- ou suite à un temps partiel thérapeutique accordé sans arrêt préalable pendant la période assurée, à condition que la **garantie** maladie ordinaire ait été souscrite par la **collectivité contractante**.

Le montant de l'indemnité journalière est fixé comme suit et en fonction du pourcentage de l'**assiette** retenue pour l'indemnisation :

Pendant 1 à 3 mois renouvelables dans la limite d'un an : 1/30^e du **traitement indiciaire brut** mensuel majoré correspondant au taux de l'absence de l'agent, par référence à la quotité de travail déterminée par le médecin traitant, le cas échéant par le médecin agréé, et en dernier ressort par le conseil médical réuni en formation restreinte.

S'agissant des éléments optionnels figurant, le cas échéant, sur le formulaire « Base de l'assurance – Assiette de cotisation », le remboursement est égal aux sommes réellement à la charge de la **collectivité contractante**.

24.5 Congé pour infirmité de guerre

Les dispositions ci-après concernent l'agent mis en congé spécial pour indisponibilité résultant d'une infirmité de guerre. Le montant de l'indemnité journalière est fixé comme suit :

- pendant 2 ans maximum : 1/30^e du **traitement indiciaire brut** mensuel majoré, le cas échéant, du montant des éléments optionnels figurant sur le formulaire « Base de l'assurance – Assiette de cotisation ».

24.6 Mise en disponibilité d'office pour raison de santé suite à une inaptitude physique à l'épuisement des droits de l'agent à congés de maladie ordinaire, longue maladie, longue durée

Les dispositions ci-après concernent l'agent remplissant les conditions visées notamment :

- pour la Fonction publique territoriale : à l'article L.514-4 du Code général de la fonction publique et au décret n°87-602 du 30 juillet 1987,
- pour la Fonction publique hospitalière : à l'article L.514-4 du Code général de la fonction publique et au décret n°88 386 du 19 avril 1988.

Dans ce cadre, il est précisé qu'à l'expiration de la 3^{ème} année de disponibilité, si l'agent est inapte à reprendre son service, mais qu'il résulte d'un avis du conseil médical qu'il doit normalement pouvoir reprendre ses fonctions ou faire l'objet d'un reclassement avant l'expiration d'une nouvelle année, la disponibilité peut faire l'objet d'un troisième renouvellement. Cette année supplémentaire n'ouvre droit à aucune prestation.

24.6.1 Indemnités de coordination en application des articles 4 et 15 du décret n°60-58 du 11/01/1960

Le montant des indemnités remboursées à la **collectivité contractante** est fixé comme suit et en fonction du pourcentage de l'**assiette** retenue pour l'indemnisation :

- pendant 3 ans maximum y compris les congés statutaires ayant donné lieu à indemnisation : 50 % des éléments déclarés au formulaire « Base de l'assurance – Assiette de cotisation ».

24.6.2 Allocation d'invalidité temporaire (AIT) suite à épuisement des droits au congé de longue maladie ou congé de longue durée ou à indemnités de coordination

Lorsque l'agent est atteint d'une invalidité reconnue par la caisse primaire d'assurance maladie, l'**assureur** rembourse à la **collectivité contractante** l'allocation servie par celle-ci en application de l'article 6 du décret n° 60-58 du 11 janvier 1960.

Le montant annuel de l'allocation est fixé comme suit et en fonction du pourcentage de l'**assiette** retenue pour l'indemnisation :

- 1^{ère} catégorie : invalide capable d'exercer une activité rémunérée
30 % du dernier traitement en vigueur à la date de l'arrêt de travail déclaré au formulaire « Base de l'assurance – Assiette de cotisation ».
- 2^e catégorie : invalide dans l'impossibilité d'exercer une activité rémunérée
50 % du dernier traitement en vigueur à la date de l'arrêt de travail déclaré au formulaire « Base de l'assurance – Assiette de cotisation ».

- 3^e catégorie : invalide dans l'incapacité absolue d'exercer une profession et dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie (se nourrir, se laver, se déplacer, se coucher) de façon permanente et définitive.
 - L'indemnité définie pour l'invalidité de 2^e catégorie majorée de :
 - 40 % des éléments du traitement sans pouvoir être inférieure à l'indemnité prévue par le régime général de la sécurité sociale pour assistance d'une tierce personne (article R. 341-6 du code de la sécurité sociale). La majoration n'est pas due pendant une période d'hospitalisation.

24.6.3 Cas particuliers - Agents ayant épuisé leurs droits à prestations

Conformément au décret n° 2011-1245 du 5 octobre 2011, les prestations dues aux titres des congés de maladie ordinaire, de longue maladie et de longue durée, sont maintenues à demi-traitement, pour tous les agents en attente de décision de l'administration en matière de réintégration, de reclassement, de mise en disponibilité ou d'admission à la retraite.

L'indemnisation du demi-traitement est contractuellement limitée à 3 mois maximum.

Pour sa prise en charge, il est nécessaire de fournir :

- l'avis du conseil médical réuni en formation restreinte stipulant : la date de réintégration, de reclassement ou de mise en disponibilité d'office pour raisons de santé ;
- ou l'avis favorable du conseil médical à la mise en retraite pour invalidité de l'agent ainsi que la décision de la CNRACL stipulant sa date d'admission.

24.7 Maternité - adoption - paternité et accueil de l'enfant - congé de naissance et congé pour l'arrivée d'un enfant placé en vue de son adoption

Congé de maternité (agents titulaires : articles L631-1 et L631-3 à L631-5 du code général de la fonction publique et décret n°2021-846 du 29 juin 2021 pour la fonction publique territoriale et n°2021-1342 du 13 octobre 2021 pour la fonction publique hospitalière ; agents stagiaires : article 7 du décret n°92-1194 du 4 novembre 1992 pour la fonction publique territoriale et article 25 du décret 97-487 du 12 mai 1997 pour la fonction publique hospitalière)

Le montant de l'indemnité journalière est fixé comme suit et en fonction du pourcentage de l'**assiette** retenue pour l'indemnisation :

- 1/30^e du **traitement indiciaire brut** mensuel majoré éventuellement de la nouvelle bonification indiciaire et, le cas échéant du montant des éléments optionnels figurant sur le formulaire « Base de l'assurance – Assiette de cotisation ».

L'indemnité est versée pendant la période du congé légal (16 semaines portées à 26 semaines à compter du 3^e enfant).

En cas de naissances multiples la période de congé légal est respectivement portée à :

- **grossesse gémellaire** : 34 semaines.
- **grossesse de triplés ou plus** : 46 semaines.

En cas d'état pathologique :

- résultant de la grossesse, la durée de la période prénatale du congé maternité peut être augmentée de la durée de cet état pathologique dans la limite de 2 semaines,
- résultant de l'accouchement, la durée de la période post-natale du congé de maternité peut être augmentée dans la limite de 4 semaines. Ce congé supplémentaire devra suivre immédiatement le congé maternité.

Pour bénéficier de ces périodes de congés supplémentaires un certificat, établi par le professionnel de santé qui suit la grossesse, devra attester de l'état pathologique et en préciser la durée prévisible.

Congé d'adoption (articles L613-1 et L631-8 du code général de la fonction publique – décret n°2021-846 du 29 juin 2021 pour la fonction publique territoriale et n°2021-1342 du 13 octobre 2021 pour la fonction publique hospitalière ; agents stagiaires : article 7 du décret n°92-1194 du 4 novembre 1992 pour la fonction publique territoriale et article 25 du décret 97-487 du 12 mai 1997 pour la fonction publique hospitalière)

L'indemnité journalière prévue ci-dessus est servie par l'**assureur** pendant une période constituant le congé légal d'adoption : 16 semaines.

Toutefois, si l'adoption porte à trois ou plus le nombre d'enfants à charge, la période de remboursement est portée à 18 semaines. En cas d'adoptions multiples, la période légale est portée à 22 semaines.

Congé de paternité et d'accueil de l'enfant (articles L613-1 et L631-9 du code général de la fonction publique – décret n°2021-846 du 29 juin 2021 pour la fonction publique territoriale et n°2021-1342 du 13 octobre 2021 pour la fonction publique hospitalière ; agents stagiaires : article 7 du décret n°92-1194 du 4 novembre 1992 pour la fonction publique territoriale et article 25 du décret 97-487 du 12 mai 1997 pour la fonction publique hospitalière)

L'indemnité est versée pendant la période du congé légal soit : 25 jours calendaires portés à 32 jours calendaires en cas de naissances multiples.

En cas d'hospitalisation de l'enfant immédiatement après sa naissance dans une unité de soins spécialisés visée par l'arrêté du 24 juin 2019, l'indemnité est versée pendant la durée légale du congé de paternité supplémentaire soit 30 jours au maximum (sous réserve du respect des conditions d'attributions fixées aux articles L. 331-8 et D. 331-3 et suivants du code de la sécurité sociale).

Cette indemnité complète dans la limite du traitement dû à l'agent les sommes versées par la Caisse nationale d'allocation familiale par l'intermédiaire de la Caisse des dépôts et Consignations.

Congé de naissance (articles L613-1 et L631-6 du code général de la fonction publique – décret n°2021-846 du 29 juin 2021 pour la fonction publique territoriale et n°2021-1342 du 13 octobre 2021 pour la fonction publique hospitalière ; agents stagiaires : article 7 du décret n°92-1194 du 4 novembre 1992 pour la fonction publique territoriale et article 25 du décret 97-487 du 12 mai 1997 pour la fonction publique hospitalière)

L'indemnité est versée pendant la période du congé légal soit 3 jours calendaires.

Congé pour l'arrivée d'un enfant placé en vue de son adoption (articles L613-1 et L631-7 du code général de la fonction publique – décret n°2021-846 du 29 juin 2021 pour la fonction publique territoriale et n°2021-1342 du 13 octobre 2021 pour la fonction publique hospitalière ; agents stagiaires : article 7 du décret n°92-1194 du 4 novembre 1992 pour la fonction publique territoriale et article 25 du décret 97-487 du 12 mai 1997 pour la fonction publique hospitalière)

L'indemnité est versée pendant la période du congé légal soit 3 jours calendaires.

24.8 Dispositions particulières

24.8.1 Agents autorisés à travailler à temps partiel

Les agents autorisés à travailler à temps partiel retrouvent leur droit à temps complet pendant la durée du congé maternité - adoption - paternité et accueil de l'enfant.

24.8.2 Agents permanents à temps non complet affiliés à la CNRACL

Les prestations sont calculées à hauteur du pourcentage de l'assiette retenue pour l'indemnisation et au prorata du nombre d'heures effectuées au service de la collectivité contractante.

VOTRE GARANTIE ACCIDENT OU MALADIE IMPUTABLE AU SERVICE

ARTICLE 25 – OBJET DE VOTRE GARANTIE

La garantie a pour objet le remboursement à la collectivité contractante, dans la limite des dispositions des articles 26 et 27 des présentes conditions générales, des prestations en espèces (indemnités journalières) et des prestations en nature (frais médicaux et funéraires), en cas de réalisation en période d'assurance d'un des risques suivants :

- **accident** ou **maladie imputable au service** survenu en cours d'assurance, et répondant aux définitions précisées dans le lexique et à la jurisprudence en vigueur ou ayant une cause exceptionnelle (acte de dévouement ou de sauvetage) telle que définie à l'article L. 27 du code des pensions civiles et militaires de retraite, sous réserve que :
 - la première constatation médicale de la pathologie en cause (fixant la date d'origine de la **maladie imputable au service**) intervienne en cours d'assurance.
 - Et
 - que cette maladie ou cet **accident** soit reconnu imputable au service.

Pour être reconnu imputable au service, il est nécessaire de fournir :

Situations	Justificatifs à fournir
Pour toutes déclarations et rechutes avec ou sans arrêt de travail :	l'enquête administrative et/ou la décision de l'autorité administrative mentionnant l'imputabilité au service et/ou l'avis favorable du conseil médical réuni en formation plénière lorsque celui-ci a été saisi par la collectivité et dans le cadre de maladies professionnelles répondant à l'ensemble des critères des tableaux de la sécurité sociale, l'avis favorable du médecin du travail.
Pour toutes les prolongations de moins d'un an :	la décision de l'autorité administrative mentionnant l'imputabilité au service et/ou l'avis favorable du conseil médical réuni en formation plénière lorsque celui-ci a été saisi par la collectivité contractante .
Pour toutes prolongations d'arrêt supérieur à un an (article L.27 du code des pensions civiles et militaires de retraite) : Pour toutes prothèses ou cures thermales : Pour toutes maladies imputables au service :	l'avis favorable émanant d'une expertise médicale ou du conseil médical réuni en formation plénière.

Cas particuliers :

Si l'agent exerce une activité en dehors de son temps et/ou de son lieu habituel de travail, l'accident de service est pris en charge sous réserve que la collectivité contractante démontre le caractère professionnel de l'activité exercée ou l'existence d'un lien de subordination lors de l'exercice de ladite activité.

Les garanties souscrites sont également accordées en cas de télétravail sous réserve de la présentation par la collectivité contractante de l'autorisation correspondante.

Lorsque l'agent exerce une activité de sapeur-pompier volontaire et qu'il se blesse au cours d'une mission ou d'un entraînement une prise en charge est possible, sachant que si la **collectivité contractante** est une commune de moins de 10 000 habitants, seuls les frais médicaux qui ne peuvent être pris en charge en application des dispositions de l'article 19 de la loi n°91-1389 du 31 décembre 1991 relative à la protection des sapeurs-pompiers volontaires seront, le cas échéant, indemnisés.

ARTICLE 26 – VOS PRESTATIONS EN ESPÈCES (INDEMNITÉS JOURNALIÈRES)

L'indemnisation du **CITIS** par l'**assureur** à la collectivité débute à compter du lendemain de l'**accident** imputable au service ou le cas échéant à l'expiration de la période de franchise fixée aux conditions particulières.

À défaut de franchise, l'indemnisation du **CITIS** débute à compter du lendemain du jour de survenance de l'**accident** imputable au service.

En cas de **rechute** (cf. article 31.1), la franchise ne sera pas appliquée si celle-ci intervient dans les 30 jours suivants la date de reprise d'activité de l'agent.

Au cas où une expertise serait diligentée, l'**assureur** se réserve la possibilité de verser les indemnités journalières à réception et au vu des conclusions de ladite expertise.

26.1 Montant de l'indemnité journalière

Le **traitement indiciaire brut** retenu pour l'indemnisation est celui de l'agent au jour de l'arrêt de travail. Pendant son arrêt de travail le montant de la prestation d'assurance ne peut excéder ce que l'agent aurait perçu s'il avait exercé son activité.

Les prestations sont indemnisées sur la base :

- du **traitement indiciaire brut** et en fonction du pourcentage de l'**assiette** retenue pour l'indemnisation, mentionné dans les conditions particulières auquel s'ajoute le cas échéant,
- de la nouvelle bonification indiciaire et en fonction du pourcentage de l'**assiette** retenue pour l'indemnisation, mentionné dans les conditions particulières.

Les éléments optionnels retenus « charges patronales » et/ou « indemnité de vie chère » et/ou « indemnité de résidence » et/ou « supplément familial de traitement » et/ou « les indemnités accessoires, et/ou « le complément de traitement indiciaire » et/ou « RIFSEEP » sont indemnisés à hauteur des sommes réellement à la charge de la **collectivité contractante** et en fonction du pourcentage de l'**assiette** retenue pour l'indemnisation.

L'indemnisation cesse :

Situations	Date de cessation de l'indemnisation	
Pour la reprise de fonction ou consolidation	A la date fixée par la décision de l'autorité administrative ou l'avis du conseil médical réuni en formation plénière ou du rapport de la dernière expertise indiquant la reprise de fonction ou la date de consolidation mentionnant la capacité à une reprise d'activité.	
Pour l'aménagement du poste de travail, le reclassement, la mise en retraite pour invalidité	Lorsqu'une date est précisée	à la date fixée par la décision de l'autorité administrative ou par l'avis du conseil médical réuni en formation plénière, ou par l'avis du médecin du travail, ou par le rapport de la dernière expertise.
	Lorsqu'aucune date n'est précisée	<ul style="list-style-type: none"> • pour l'aménagement du poste de travail, ou le reclassement : 180 jours après la date de l'expertise indiquant l'aménagement du poste de travail, ou le reclassement • pour la mise en retraite pour invalidité : 180 jours après la date de la séance du conseil médical réuni en formation plénière indiquant la mise en retraite pour invalidité
En tout état de cause	à la date à laquelle l'agent atteint la limite d'âge prévue par les dispositions législatives et réglementaires pour l'exercice de leur activité, sauf en cas de prolongation légale d'activité.	

Les accidents ou maladies imputables au service donnant lieu à une pension de la part de la CNRACL n'ouvrent droit à aucune prestation en espèces en application du contrat.

26.2 Indemnités journalières suite au temps partiel thérapeutique

Les dispositions ci-après s'appliquent en cas de reprise de fonction à temps partiel thérapeutique pour raison médicale à la suite d'une décision de la collectivité reconnaissant l'**accident** ou la **maladie imputable au service** pris en charge par l'**assureur** au titre du contrat.

Le montant de l'indemnité journalière est fixé comme suit et en fonction du pourcentage de l'**assiette** retenue pour l'indemnisation :

Pour une période d'une durée d'1 à 3 mois renouvelables dans la limite d'un an :1/30^e du **traitement indiciaire brut** mensuel majoré correspondant au taux de l'absence de l'agent, par référence à la quotité de travail déterminée par le médecin traitant, le cas échéant par le médecin agréé, et en dernier ressort, par le conseil médical réuni en formation restreinte. Pour les éléments optionnels figurant, le cas échéant, sur le formulaire « Base de l'assurance – Assiette de cotisation », le remboursement est égal aux sommes réellement à la charge de la **collectivité contractante**.

26.3 Dispositions particulières

26.3.1 Agents autorisés à travailler à temps partiel

Les prestations sont calculées, pour la période exercée dans cette position d'emploi, à hauteur du prorata du taux de travail effectué et en fonction du pourcentage de l'assiette retenue pour l'indemnisation.

26.3.2 Agents permanents à temps non complet affiliés à la CNRACL

Les prestations sont calculées à hauteur du prorata du nombre d'heures effectuées au service de la collectivité contractante et en fonction du pourcentage de l'assiette retenue pour l'indemnisation.

ARTICLE 27 – VOS PRESTATIONS EN NATURE (FRAIS MÉDICAUX ET FRAIS FUNÉRAIRES)

27.1 Frais médicaux

27.1.1 Objet

La garantie a pour objet le remboursement des frais médicaux, prescrits par le médecin, directement entraînés par :

- un accident ou maladie imputable au service,
- une cause exceptionnelle.

Les frais médicaux et autres actes survenus en cours d'assurance doivent avoir un lien médical direct et certain avec la lésion ou la pathologie résultant de l'accident ou de la maladie imputable au service défini à l'article 25 des présentes conditions générales.

27.1.2 Montant

Le remboursement des frais médicaux est effectué sur production des justificatifs originaux.

Sans préjudice de l'application de l'article 11 " contrôles médicaux ", la prise en charge des frais de consultation, frais de transport et frais médicaux prend fin dès la production du certificat de consolidation ou du certificat médical final.

En cas de soins post-consolidation, fournir le protocole de soins et une ordonnance de soins détaillée.

Les frais médicaux non pris en charge totalement ou partiellement par l'assureur restent à la charge de la collectivité contractante.

Il est précisé que ces remboursements continuent, le cas échéant, même après la mise à la retraite de l'agent concerné, à condition qu'ils soient liés à un accident reconnu imputable au service ou à une maladie imputable au service et survenu en cours d'assurance.

Le remboursement des frais médicaux est effectué conformément aux dispositions du décret n° 86-442 du 14 mars 1986 interprété par l'instruction du 9 février 2012 pour la Fonction publique hospitalière et par la circulaire FP3 du 13 mars 2006 pour la Fonction publique territoriale.

Conformément à ces textes qui précisent qu'un contrôle sur la légitimité des dépenses doit être exercé, une entente préalable est requise pour :

- les frais de prothèses (dentaire et appareillage),
- les frais de transports prescrits médicalement afférents aux cures thermales,
- les frais d'aides à la personne médicalement justifiés.

L'absence de réponse sous 15 jours par l'assureur ou le courtier d'assurance équivaut à une acceptation de prise en charge.

Pour la prise en charge des frais de cures thermales et des prothèses, les conclusions d'expertises médicales ou l'avis du conseil médical réuni en formation plénière sont nécessaires.

Les frais d'hébergement liés aux cures thermales sont pris en charge à hauteur de **150 euros** par cure thermale.

27.2 Frais funéraires

Le décès de l'agent à la suite d'une maladie ou d'un accident imputable au service ou ayant une cause exceptionnelle, survenu en cours d'assurance ouvre droit, dans la limite des frais réellement exposés sur présentation d'un acte de décès et décision de l'autorité administrative reconnaissant l'imputabilité au service ou l'avis du conseil médical réuni en formation plénière, à une indemnité forfaitaire fixée à 50 % du plafond mensuel de la sécurité sociale en vigueur au jour du décès.



TITRE III – LES MODALITÉS DE DÉCLARATION ET D'INDEMNISATION COMMUNES À TOUTES LES GARANTIES

ARTICLE 28 – REVALORISATION DE VOS PRESTATIONS

Les prestations périodiques versées par l'assureur sous la forme d'indemnités journalières sont revalorisées en fonction des événements suivants :

- augmentation générale des traitements de la Fonction publique,
- avancements de l'agent,

à leur date de prise d'effet.

Après la résiliation ou le terme du contrat, les revalorisations cessent. Les prestations périodiques sont servies au niveau atteint à la date de la résiliation ou du terme du contrat.

ARTICLE 29 – DÉLAI DE DÉCLARATION DE VOS SINISTRES (CF. ANNEXES 1 ET 2)

Aux fins d'indemnisation, la **collectivité contractante** doit constituer un dossier et l'adresser à l'**assureur** dans les délais fixés ci-après. Ces délais sont exprimés en jours calendaires. Le respect de ces délais lui permettra de remplir les obligations réglementaires de sa profession, notamment en établissant des comptes de résultats qui intègrent l'ensemble de ses engagements.

Pour ce faire, l'**assureur** doit avoir connaissance des déclarations de **sinistres** et des demandes successives dans des délais satisfaisants et, dans tous les cas, dans les délais précisés ci-après.

En mesurant régulièrement la sinistralité, l'**assureur** peut ainsi constituer les provisions que la réglementation lui impose. L'**assureur** n'est en mesure de remplir totalement ses obligations que dans la mesure où la **collectivité contractante** lui communique les informations requises dans les délais impartis.

Le non-respect de ces délais entraînera en cas de :

- o déclaration de **sinistre** : la non prise en charge du **sinistre** (ainsi que l'ensemble des périodes successives se rattachant à l'évènement déclencheur),
- o prolongation d'arrêt de travail et **rechutes** (dans la mesure où la déclaration initiale a donné lieu à remboursement) : le non-paiement des prestations afférentes à cette prolongation.

29.1 La garantie décès

La **collectivité contractante** doit transmettre à l'**assureur**, dès la survenance du **sinistre**, le formulaire « Déclaration de la collectivité » accompagné de toutes les pièces justificatives énumérées en annexe II nécessaires au règlement du dossier.

29.2 La garantie congés pour raison de santé, maternité - adoption - paternité et accueil de l'enfant - congé de naissance et congé pour l'arrivée d'un enfant placé en vue de son adoption

Dans tous les cas, le **sinistre** et les diverses périodes d'arrêt successives doivent être motivées et portées à la connaissance de l'**assureur** dans un **délai de 90 JOURS** à compter du début de chacune des périodes présentées.

Les justificatifs parviendront à l'**assureur** en un ou plusieurs envois dans le **même délai de 90 jours** en accompagnement d'une demande de remboursement établie au moyen du formulaire « Déclaration de la collectivité ».

Plus particulièrement, lorsque l'avis du conseil médical réuni en formation restreinte est requis, le procès-verbal du conseil portant l'avis devra parvenir à l'**assureur** dans un **même délai de 90 JOURS** à compter de la date de séance dudit conseil.

29.3 La garantie accident ou maladie imputable au service

La déclaration de l'**accident** ou **maladie imputable au service** établie au moyen du formulaire « Déclaration de la collectivité » doit être motivée et portée à la connaissance de l'**assureur** dans un **délai de 45 jours** à compter de la date de survenance du **sinistre**.

En cas de demande au titre d'un **congé pour invalidité temporaire imputable au service**, la déclaration établie au moyen du formulaire « Déclaration de la collectivité » doit être motivée et portée à la connaissance de l'**assureur** dans un **délai de :**

- **45 jours** à compter de la date de survenance de l'**accident de service** ou de **trajet**

Le certificat médical initial et l'enquête administrative parviendront à l'**assureur** dans un **délai de 90 jours** à compter du début de la période présentée.

Les autres justificatifs listés en annexe 1 parviendront à l'**assureur** dans le **délai de 90 jours** en accompagnement d'une demande de remboursement établie au moyen du formulaire « Déclaration de la collectivité ».

La décision de l'autorité administrative ou l'avis du conseil médical réuni en formation plénière ou le rapport de l'expertise devront parvenir à l'**assureur** dans un **même délai de 90 jours** à compter de la date de la décision administrative ou de séance de ladite commission ou de la date du rapport.

29.4 Les frais médicaux et funéraires

Ces frais doivent être justifiés sur production des pièces originales dans un **délai conforme à la prescription biennale** à compter de leur exécution ou de l'exécution du dernier acte lorsque plusieurs soins successifs réalisés par un même praticien se rattachent à une même cause : notes d'honoraires ou factures correspondantes en bonne et due forme, portant les noms, prénoms et numéro de sécurité sociale de l'agent. En outre, les frais présentés à l'**assureur** doivent être rattachés à l'**accident** imputable au service ou **maladie imputable au service** ou maladie professionnelle dès lors que la déclaration initiale a donné lieu à remboursement.

29.5 Modalités particulières de déclaration des sinistres après résiliation ou après le terme du contrat

Tous les délais précisés aux articles 29.2, 29.3, 29.4 **sont fixés à 30 jours**.

ARTICLE 30 – RÈGLEMENT DE VOS PRESTATIONS

Sous réserve du respect du délai de déclaration des **sinistres** fixé à l'article 29 des conditions générales, l'**assureur** rembourse les sommes dues à réception du formulaire « Déclaration de la collectivité » accompagné de l'ensemble des pièces justificatives décrites en annexe 1.

Le service des prestations en espèces cesse dans les cas prévus dans le Titre II des conditions générales et en tout état de cause, à la date de reprise d'activité de l'agent, à la date de sa mise à la retraite, à la date à laquelle il atteint la limite d'âge prévue par les dispositions législatives et réglementaires pour l'exercice de leur activité, sauf en cas de prolongation légale d'activité ou à la fin du mois du décès de l'agent.

Par ailleurs, aucun paiement de frais médicaux ne pourra intervenir en l'absence de déclaration du **sinistre d'origine dans les conditions exposées ci-dessus.**

Les pièces justificatives sont conservées par l'assureur ou son délégataire. Celui-ci se réserve le droit de demander toutes les justifications nécessaires à l'exacte appréciation de la dépense.

Les prestations dues au titre du contrat sont réglées à la collectivité contractante ou, en cours d'assurance, aux prestataires médicaux ou paramédicaux. Les versements effectués ont un caractère libératoire pour l'assureur.

Dans le cas où une prestation aurait été maintenue à tort, les sommes indûment perçues devront être remboursées à l'assureur ou au courtier d'assurance par la collectivité contractante dans les 30 jours suivant la demande écrite de l'assureur.

ARTICLE 31 – RECHUTES

31.1 Définition

Seules les garanties congé de longue maladie, congé de longue durée, accident ou maladie imputable au service, peuvent donner lieu à rechute.

Les rechutes liées à un sinistre dont l'origine est survenue en cours d'assurance sont prises en charge même après la résiliation du contrat, dans la limite de la prescription applicable au contrat.

Les rechutes liées à un sinistre dont l'origine est survenue avant la date de prise d'effet du contrat ne sont pas prises en charge sauf si elles ont fait l'objet d'un accord entre la collectivité contractante et l'assureur sur les conditions de leur reprise mentionnée dans les conditions particulières. Dans ce cas, la collectivité contractante s'engage à communiquer les conditions générales, les conditions particulières de l'ancien contrat, les déclarations de sinistres, de rechutes et toutes autres pièces nécessaires.

31.2 Montant de la prestation

Le montant des indemnités journalières est exprimé en pourcentage de la 30^e partie des éléments mensuels de rémunération en vigueur à la date de la rechute, selon la base de l'assurance retenue par la collectivité contractante et dans les conditions énoncées aux paragraphes garantie « congés pour raison de santé, de maternité, liés aux charges parentales, pour infirmité de guerre » et garantie « accident ou maladie imputable au service » du contrat en cours lors de l'arrêt initial.

Les frais médicaux suivent les règles énoncées à l'article 26 des conditions générales.

ARTICLE 32 – SERVICE DES PRESTATIONS APRÈS LE TERME OU APRÈS RÉSILIATION DE VOTRE CONTRAT

Le contrat est géré en capitalisation. Les engagements du contrat sont intégralement provisionnés.

En conséquence, au terme ou en cas de résiliation du contrat ou d'une ou des garantie(s) « congés pour raison de santé, de maternité, liés aux charges parentales, pour infirmité de guerre » et « accident ou maladie imputable au service » les indemnités journalières afférentes aux sinistres survenus avant la date de fin de terme ou de résiliation du contrat et en cours de service à la date de fin de terme ou de résiliation continuent à être versées selon les conditions prévues au contrat.

Les prestations en nature consécutives à des accidents et maladie imputable au service en cours de prise en charge au moment du terme ou à la date de la résiliation du contrat et survenus en cours d'assurance continuent à être indemnisées, même après la mise à la retraite de l'agent concerné.

L'assureur ou le courtier d'assurance se réserve le droit de proposer une contre-visite médicale ou une expertise. Les conclusions de ces dernières détermineront la prise en charge ou non de la prestation. **Le refus de la collectivité contractante (ou de l'agent) de (se) soumettre à un contrôle médical entraîne l'arrêt de la prise en charge des prestations.**

Les expertises après résiliation sont prises en charge par l'assureur, si et seulement si, elles sont à l'initiative de ce dernier et pour les seuls sinistres en cours d'indemnisation.

Rechutes

Les rechutes liées à un sinistre survenu en cours d'assurance sont prises en charge dans les mêmes conditions que celles exposées au paragraphe 31.2.



ANNEXE 1 - DOCUMENTS À FOURNIR

Il est rappelé que les sinistres doivent impérativement être déclarés en utilisant :

- soit le formulaire « *Déclaration de la collectivité* »,
- soit le portail internet de l'assureur

dans les délais et conditions figurant à l'article 28 des présentes conditions générales.

Les pièces suivantes devront être jointes en complément :

DOCUMENTS À FOURNIR	Congés pour raison de santé Maladie ordinaire (MO) Longue maladie (LM) Longue durée (LD) Temps partiel thérapeutique (TPT) Allocation d'invalidité temporaire (AIT)* Disponibilité d'office (DO)		MATERNITÉ ADOPTION PATERNITÉ ET ACCUEIL DE L'ENFANT Congé de naissance Congé pour l'arrivée d'un enfant placé en vue de son adoption	ACCIDENT DE SERVICE Accident de trajet Maladies imputables au service Temps partiel thérapeutique Indemnités journalières Prestations en nature		DÉLAI DE TRANSMISSION DES PIÈCES JUSTIFICATIVES
DÉCLARATION DU SINISTRE	90 JOURS À COMPTER DE LA SURVENANCE DU SINISTRE			<ul style="list-style-type: none"> • 45 JOURS à compter de la survenance du sinistre • CITIS faisant suite à un accident de service ou de trajet : 45 JOURS à compter de la survenance de l'accident 		-
ENQUÊTE ADMINISTRATIVE	-			OUI	OUI	90 JOURS à compter de la survenance du sinistre
BULLETIN DE PAIE (copie)	OUI		OUI	OUI	-	90 JOURS à compter de la date d'établissement du bulletin de paie
CERTIFICAT MÉDICAL ⁽¹⁾ INITIAL, PROLONGATION	OUI si MO si LM, LD pour : => renouvellement après octroi et avant épuisement des droits à rémunération à plein traitement => renouvellement des droits à rémunération à demi-traitement		OUI ⁽²⁾ ⁽⁷⁾	OUI ⁽³⁾	OUI ⁽³⁾ ⁽¹⁴⁾	90 JOURS à compter de la survenance du sinistre
CERTIFICAT MEDICAL FINAL ⁽¹⁵⁾	-			OUI	OUI	90 JOURS à compter de la date du certificat médical final
Reconnaissance de l'imputabilité au service : Imputabilité sur l'ENQUÊTE ADMINISTRATIVE et/ou DÉCISION ADMINISTRATIVE ⁽⁴⁾ et/ou AVIS DU CONSEIL MÉDICAL s'il est saisi ⁽⁴⁾⁽⁹⁾	-			OUI	OUI	90 JOURS à compter de la date de la décision administrative ou du rapport d'expertise et de la séance du Conseil Médical
AVIS FAVORABLE DU CONSEIL MÉDICAL (copie)	OUI si LM, LD : => octroi => renouvellement après épuisement des droits à rémunération à plein traitement si TPT ⁽¹¹⁾ si DO				-	90 JOURS à compter de la date de séance du Conseil Médical AVIS FAVORABLE DU CONSEIL MÉDICAL (copie)

DOCUMENTS À FOURNIR	Congés pour raison de santé	MATERNITÉ ADOPTION PATERNITÉ ET ACCUEIL DE L'ENFANT	ACCIDENT DE SERVICE		DÉLAI DE TRANSMISSION DES PIÈCES JUSTIFICATIVES
	Maladie ordinaire (MO) Longue maladie (LM) Longue durée (LD) Temps partiel thérapeutique (TPT) Allocation d'invalidité temporaire (AIT)* Disponibilité d'office (DO)		Accident de trajet Maladies imputables au service	Temps partiel thérapeutique	
DÉCISION ADMINISTRATIVE	si TPT ⁽¹²⁾	-	si TPT ⁽¹²⁾	-	90 JOURS à compter de la date de la décision administrative
AVIS MÉDECIN AGRÉÉ	OUI si MO > 6 mois (visite de contrôle / examen) si LM, LD une fois par an après épuisement des droits à rémunération à plein traitement (examen médical / examen) si TPT ⁽¹²⁾	-	si TPT ⁽¹²⁾	-	90 JOURS à compter de la date de l'avis
AVIS FAVORABLE DE LA CPAM indemnités de coordination (articles 4 et 15 du décret du 11/01/1960) et AIT (article 6 dudit décret)	OUI si DO	-	-	-	90 JOURS à compter de la date de la séance de la CPAM
ATTESTATION DE LA COLLECTIVITÉ (copie)	-	OUI ⁽⁶⁾	-	-	90 JOURS à compter de la survenance du sinistre
EXPERTISE MÉDICALE ⁽⁵⁾ ou AVIS FAVORABLE DU CONSEIL MÉDICAL ⁽⁵⁾	OUI	-	OUI ⁽⁵⁾	OUI ⁽⁵⁾	90 JOURS à compter de la date du rapport d'expertise et de la séance du Conseil Médical
AVIS FAVORABLE DU MÉDECIN DU TRAVAIL	-	-	OUI ⁽¹³⁾	OUI ⁽¹³⁾	90 JOURS à compter de la date de l'avis du médecin du travail
ATTESTATION VERSEMENT DE LA CAISSE DES DÉPÔTS ET CONSIGNATIONS	-	OUI ⁽⁸⁾	-	-	90 JOURS à compter de la date d'établissement de l'attestation
DOCUMENT JUSTIFIANT DU LIEN ENTRE LE BÉNÉFICIAIRE ET LA MÈRE DE L'ENFANT	-	OUI ⁽¹⁰⁾	-	-	90 JOURS à compter de la survenance du sinistre
DOCUMENT ATTESTANT QUE L'AGENT S'EST VU CONFIER UN ENFANT par le service départemental d'aide social à l'enfance, l'agence française de l'adoption, ou tout autre organisme autorisé pour l'adoption et précisant la date de son arrivée	-	OUI ⁽¹⁶⁾	-	-	

1. Joindre également ceux correspondant à la période de franchise éventuelle non remboursée.
2. Certificat de constat de grossesse ou de grossesse pathologique, ou couches pathologiques
3. Certificat de constat des lésions ou ordonnance pour des soins complémentaires et tous les justificatifs médicaux (volet 1).
4. Pour toute demande de remboursement avec ou sans arrêt.
5. Cure thermale, prothèse, prolongation supérieure à un an, maladies imputables au service, fin de droit pour maladie.
6. Attestation du nombre d'enfant(s).
7. Une attestation de mise en relation des services départementaux de l'adoption indiquant le début de la période d'adaptation ou une attestation de placement
8. En cas de paternité et d'accueil de l'enfant
9. Dans le cas prévu par le statut.
10. Document justifiant du lien entre le bénéficiaire du congé d'accueil de l'enfant et la mère de l'enfant au regard de l'arrêté du 3 mai 2013.
11. Pour TPT suite CMO/CLM/CLD à expiration des droits statutaires.
12. Jusqu'à 3 mois de TPT accordé de façon continue ou discontinue => décision administrative spécifiant la quotité de travail et la durée
13. Après 3 mois => avis du médecin agréé et décision administrative spécifiant la quotité de travail et la durée et visant l'avis du médecin agréé.
14. Jusqu'à 3 mois de TPT accordé de façon continue ou discontinue => décision administrative spécifiant la quotité de travail et la durée
15. Après 3 mois => avis du médecin agréé et décision administrative spécifiant la quotité de travail et la durée et visant l'avis du médecin agréé.
16. En cas de maladie professionnelle
17. En cas de soins post-consolidation fournir un protocole de soins
18. Pour tout congé pour invalidité temporaire imputable au service
19. En cas de congé pour l'arrivée d'un enfant placé en vue de son adoption, ou de congé d'adoption. Dans ce dernier cas une déclaration du conjoint adoptant attestant qu'il ne bénéficie pas d'un congé d'adoption au titre de l'enfant adopté ou, le cas échéant, que le congé est réparti entre les 2 agents adoptants devra également être fourni

Pièces complémentaires pouvant être demandées, au besoin, dans un délai de 90 jours :

EN CAS DE SINISTRE SURVENANT PENDANT UNE PÉRIODE DE PRÉPARATION AU RECLASSEMENT :

Le procès-verbal du conseil médical réuni en formation restreinte et la convention relative au projet de période de préparation au reclassement

MATERNITÉ :

Attestation certifiant la couverture du risque auprès de l'ancien **assureur** les 10 premiers mois de souscription.

ACCIDENT DE SERVICE :

- Déclarations écrites de l'agent et des témoins.
- Enquête administrative : pour toute demande de **rechute** avec ou sans arrêt. *PIÈCE DEMANDÉE DANS LE CADRE DE L'EXPERTISE*

MALADIE IMPUTABLE :

Récépissé ou accusé de réception mentionnant la date de déclaration de l'agent

CITIS : Copie du formulaire de déclaration de l'agent précisant les circonstances de l'**accident** ou de la maladie

CONGE PATERNITE EN CAS D'HOSPITALISATION DE L'ENFANT :

Le bulletin d'hospitalisation de l'enfant auprès d'une unité de soins spécialisée visée par l'arrêté du 24 juin 2019 et le bulletin de sortie à la fin de l'hospitalisation de l'enfant.

MISE A DISPOSITION :

La convention de mise à disposition

CONGE CLM / CLD D'OFFICE :

L'avis du Conseil médical réuni en formation restreinte

TPT octroyé à l'issue d'une période de CLM/CLD à un agent exerçant des fonctions soumises à des conditions particulières de santé ou d'office :

L'avis du Conseil médical réuni en formation restreinte

Le formulaire « *demande de remboursement- SPV fonctionnaire* » pour tout **accident** survenu ou toute maladie contractée en service ou à l'occasion du service des SPV fonctionnaires.

En cas de non-présentation des pièces justificatives, les prestations peuvent être suspendues.



ANNEXE 2 - DOCUMENTS À FOURNIR EN CAS DE DÉCÈS

- L'attestation de versement du capital décès ci-jointe, dûment signée et complétée.
- Le certificat de décès ou l'acte de décès.
 - Le cas échéant, l'avis du Conseil médical réuni en formation plénière si le décès fait suite à un **accident** ou une **maladie imputable au service** ou à une blessure ou une maladie à causes exceptionnelles.
- La copie du bulletin de paie du mois du décès de l'agent et ceux des 12 derniers mois précédents le décès.
- L'extrait du Journal officiel, si le décès est consécutif à un attentat dans l'exercice des fonctions ou à un acte de dévouement.
- Des pièces complémentaires peuvent être demandées au besoin.

ATTESTATION DE VERSEMENT DU CAPITAL DÉCÈS

AGENT

NOM MARITAL : NOM PATRONYMIQUE :

Prénoms : Age :

Date du décès : Date d'embauche : Situation de famille :

Titulaire Stagiaire

Position (statutaire) pour les agents titulaires à la date du décès : Activité Détachement Disponibilité Sous les drapeaux

Temps complet Temps partiel Temps non complet Nombre d'employeurs :

Nombre enfants à charge :

Le décès fait-il suite à : Accident du travail / Maladie professionnelle / Maladie imputable au service Autre

Le décès fait-il suite à un acte de dévouement, à un attentat ou à une lutte dans l'exercice de ses fonctions ? Oui Non

Agent en retraite ? Oui Non si oui, date de la retraite :

Le sinistre a-t-il été causé par un tiers ? Oui Non

AYANTS DROIT

Lien de parenté :

NOM, Prénoms Date de naissance :

Lien de parenté :

NOM, Prénoms Date de naissance :

Lien de parenté :

NOM, Prénoms Date de naissance :

Lien de parenté :

NOM, Prénoms Date de naissance :

Lien de parenté :

NOM, Prénoms Date de naissance :

Lien de parenté :

NOM, Prénoms Date de naissance :

ATTESTATION DE LA COLLECTIVITÉ

Je soussigné (NOM, Prénom, Fonction)
certifie que le capital décès d'un montant de € a été versé et réparti aux ayants-droits nommés ci-dessus.

Fait à Le
pour valoir ce que de droit
(signature + cachet de la collectivité)

Nota : Conformément aux dispositions de l'article L. 113.8 du code des assurances et sous réserve des dispositions de l'article L. 132.26 du même code, toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part de la collectivité contractante entraîne la nullité du contrat d'assurance.



ANNEXE 3 – PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

MENTION D'INFORMATION DESTINÉE AUX AGENTS DES COLLECTIVITÉS AYANT SOUSCRIT UN CONTRAT D'ASSURANCE STATUTAIRE

Votre employeur bénéficie d'un contrat d'assurance statutaire souscrit auprès de CNP Assurances. Dans le cadre de l'exécution de ce contrat, des traitements de données à caractère personnel vous concernant sont susceptibles d'être mis en œuvre. Le présent document a vocation à vous informer sur ces traitements ainsi que sur les droits dont vous disposez.

CNP Assurances, assureur, d'une part, et Relyens SPS, courtier gestionnaire, d'autre part, sont chacun sur leur propre périmètre responsable au sens du Règlement Général sur la Protection des Données (Règlement (UE) N°2016/679 du 27 avril 2016) de traitements de données à caractère personnel vous concernant.

Les traitements mis en œuvre ont pour finalités et pour bases juridiques :

- la passation, la gestion et l'exécution du contrat souscrit par votre employeur, sur la base de l'exécution du contrat d'assurance, qui incluent les traitements suivants :
 - examen, acceptation, contrôle et surveillance du risque,
 - exécution des garanties des contrats,
 - gestion des contrats,
 - gestion des réclamations et contentieux,
 - exercice des recours,
 - gestion du tiers-payant ;
- le respect des obligations prudentielles prévues par la législation européenne et la législation nationale, sur la base des intérêts légitimes des responsables de traitements ;
- la réalisation d'études statistiques et actuarielles, sur la base des intérêts légitimes des responsables de traitements ;
- la mise en place d'actions de prévention, sur la base des intérêts légitimes des responsables de traitements ;
- la conduite d'activités de recherche et développement, sur la base des intérêts légitimes des responsables de traitements ;
- la lutte contre la fraude, sur la base des intérêts légitimes des responsables de traitements ;
- l'exécution des dispositions légales et administratives en vigueur (notamment la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme), sur la base du respect d'obligations légales auxquelles les responsables de traitements sont soumis.

Les catégories de données à caractère personnel collectées sont les suivantes :

- données d'identification,
- données relatives à la détermination ou à l'évaluation des préjudices et des prestations,
- données relatives à votre situation familiale,
- données relatives à votre situation économique, patrimoniale et financière,
- données relatives à votre situation professionnelle,
- données nécessaires à l'appréciation du risque,
- données de santé vous concernant (au sens du RGPD) strictement nécessaires aux fins de l'exécution des obligations et de l'exercice des droits propres aux responsables de traitements en matière de droit de la protection sociale.

Ces données sont collectées par votre employeur, qui les transmet à Relyens SPS et, le cas échéant, à l'assureur CNP Assurances.

Elles sont destinées :

- aux personnels habilités de Relyens SPS, notamment les équipes en charge de la gestion des sinistres et, le cas échéant, les équipes en charge des services associés au contrat d'assurance (relation clients, contrôles médicaux, recours contre tiers responsable, prévention...) ainsi qu'aux professionnels impliqués dans ces services (médecins, avocats...),
- aux services de CNP Assurances en charge de l'assurance statutaire,
- à votre employeur,
- à la Caisse des Dépôts et Consignation pour l'alimentation de la Banque Nationale de Données,
- ainsi que, et uniquement pour les données qui les concernent, aux sous-traitants ou prestataires impliqués dans la mise en œuvre des traitements susmentionnés.

Vos données sont conservées pendant la durée de gestion des sinistres vous concernant, augmentée de la durée des prescriptions légales applicables.

En application de la législation en vigueur, vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement, la portabilité des données vous concernant, demander une limitation du traitement ou vous y opposer, et définir des directives relatives au sort de vos données après votre décès en écrivant à :

Relyens SPS	CNP Assurances
Relyens SPS DPO CS 80006 18 020 Bourges Cedex privacy.sps@relyens.eu	CNP Assurances Délégué à la Protection des Données 4 promenade Cœur de Ville 92 130 Issy-les-Moulineaux dpo@cnp.fr

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL :
CNIL - 3 Place de Fontenay - TSA 80715 – 75 334 PARIS CEDEX 07.

**Assurons
un monde
plus ouvert**



REX/31-23A