

MARCHE PUBLIC DE FOURNITURES COURANTES ET SERVICES

CENTRE DE GESTION DE LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE DE L'OISE

2, Rue Jean Monnet

60000 BEAUVAIS

Tél. : 03 44 06 22 60



LOT UNIQUE

ASSURANCE « RISQUES STATUTAIRES »

N° de marché

2	0	2	1	C	G	0	1
---	---	---	---	---	---	---	---

CAHIER DES CLAUSES TECHNIQUES PARTICULIERES

SOMMAIRE

ARTICLE 1 – OBJET DE L'ASSURANCE	4
ARTICLE 2 – AGENTS PERMANENTS TITULAIRES OU STAGIAIRES AFFILIES A LA C.N.R.A.C.L.....	5
ARTICLE 3 – AGENTS CONTRACTUELS et AGENTS TITULAIRES AFFILIES A L'I.R.C.A.N.T.E.C.....	20
ARTICLE 4 - REVALORISATION DES PRESTATIONS.....	27
ARTICLE 5 - CONVENTIONS	27
ARTICLE 6 - SINISTRES.....	30
ARTICLE 7 - COTISATION	31

CONTRAT GROUPE DE PREVOYANCE COLLECTIVE

CAHIER DES CLAUSES TECHNIQUES PARTICULIÈRES CONSTITUANT LES
CONDITIONS PARTICULIÈRES DU CONTRAT A SOUSCRIRE

*En complément et par dérogation pour ce qu'elles ont de contraire ou de restrictif
aux Conditions Générales, Conventions Spéciales et Annexes
qui seront proposées par les Assureurs.*

SOUSCRIPTEUR : **CENTRE DE GESTION DE LA FONCTION PUBLIQUE
TERRITORIALE DE L'OISE**

*Représenté par son Président en exercice
Agissant tant pour son compte que pour le compte de qui il
appartiendra.*

ADRESSE : **2, Rue Jean Monnet
60000 BEAUVAIS**

OBJET DU CONTRAT : *souscription d'un contrat d'assurance groupe ouvert, à adhésion facultative, garantissant les risques financiers liés à la protection sociale statutaire des personnels territoriaux des Collectivités territoriales et des Etablissements publics du Département, en application de l'article 26 de la Loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la Fonction Publique Territoriale et du décret n° 86-552 du 14 mars 1986 et de l'ordonnance n° 2017-53 du 19 janvier 2017 ainsi que de tous les textes connexes, subséquents ou à venir.*

EFFET : **1^{er} juillet 2021** à 0 h 00

Chaque Collectivité ou Etablissement adhérant au contrat groupe se verra remettre un certificat d'adhésion indiquant notamment la date d'effet, le numéro d'adhésion, le taux de cotisation et les délais de déclaration des sinistres.

Pour les Collectivités ou Etablissements adhérents au contrat, il prend effet à la date indiquée sur le certificat d'adhésion.

ECHEANCE : 1^{er} janvier de chaque année

DUREE : Le marché est un marché de services, conclu pour une durée maximale de 4 ans et 6 mois. Le contrat pourra être résilié par l'une ou l'autre des parties au 31 décembre de chaque année, moyennant un préavis de SIX MOIS au moins par l'Assureur, par l'envoi d'une lettre recommandée avec demande d'accusé de réception ou par l'Assuré, également par l'envoi d'une lettre recommandée avec demande d'accusé de réception au moins DEUX MOIS avant le 31 décembre de chaque année.

ARTICLE 1 – OBJET DE L'ASSURANCE

Aux conditions du présent Cahier des clauses techniques particulières, l'assureur garantit à l'adhérent, le remboursement des prestations ci-après définies qui lui incombent en application des textes législatifs et réglementaires vis-à-vis de ses agents affiliés à la C.N.R.A.C.L., des agents titulaires et non titulaires affiliés à l'I.R.C.A.N.T.E.C. ou de ceux dont l'adhérent a la responsabilité ou qui peuvent relever de dispositions identiques ou assimilables, notamment pour le personnel détaché de la fonction publique de l'Etat ou hospitalière, qui sont pris en compte dans l'assiette de cotisation.

Dans le cas où des dispositions législatives ou réglementaires modifieraient l'étendue des obligations des parties, les garanties du présent contrat seraient automatiquement étendues aux nouvelles obligations.

Le Code des assurances prévoit également des conditions de révision des primes, notamment la variation de la prime en cas d'aggravation ou de diminution du risque (article L 113-4 dudit Code) qui s'appliquent au présent marché.

L'assureur pourra alors proposer à l'Assuré une modification des tarifs proportionnelle aux nouveaux risques.

L'Assuré aura alors un mois pour accepter ces modifications statutaires ; en cas de refus, l'Assureur pourra, soit maintenir ses garanties antérieures, soit résilier le contrat avec un préavis d'un mois après la notification du refus par l'Assuré.

Dans tous les cas, l'accord entre les parties devra être formalisé par un avenant.

ARTICLE 2 – AGENTS PERMANENTS TITULAIRES OU STAGIAIRES AFFILIES A LA C.N.R.A.C.L.

L'Assureur garantit le remboursement de l'ensemble des indemnités mises à la charge de l'adhérent, en application des textes législatifs et réglementaires, pour autant que les garanties précisées ci-dessous soient stipulées acquises :

Sont admis au bénéfice du contrat :

- Les agents titulaires permanents affiliés à la C.N.R.A.C.L. à l'exclusion des agents détachés dans une autre entité,
- Les agents stagiaires nommés dans un emploi permanent conduisant à pension de la C.N.R.A.C.L. ;
- Les agents détachés dans la collectivité ou l'établissement public adhérent.

POINT DE DEPART DES GARANTIES :

- Tous les agents en activité normale de service sont garantis dès la date de prise d'effet du contrat indiquée aux conditions particulières.
- Tous les agents en arrêt de travail lors de la prise d'effet du contrat seront garantis le jour de la reprise effective de leur activité. Cette stipulation ne s'applique pas à la garantie Décès qui s'exerce pour ces agents dès la date d'effet du contrat mentionnée aux conditions particulières.
- Les agents recrutés postérieurement à la date d'effet du contrat sont admis le jour de leur entrée en fonction effective dans la Collectivité ou l'Etablissement public contractant. Cette stipulation ne s'applique pas à la garantie Décès qui s'exerce pour ces agents dès la date de leur recrutement.

2.1- GARANTIE "DECES"

▪ OBJET ET MONTANT DE LA GARANTIE

La garantie a pour objet le remboursement à l'adhérent, des capitaux versés aux ayants-droit en cas de décès d'un agent titulaire, stagiaire ou en service détaché dans la Collectivité ou l'Etablissement public adhérent.

La garantie est acquise pour tous les agents en activité ou en arrêt, à la date d'effet du contrat et pour tout nouvel agent à la date de son recrutement.

Le montant du capital assuré est celui mis à la charge de l'adhérent, en application de l'article L.416-4 du Code des communes et de l'article D.712-19 à D.712-24 du Code de la sécurité sociale.

Le versement du capital décès est maintenu au bénéfice des ayants-droit, pendant une période de trois mois suivant la mise à la retraite de l'agent.

▪ DÉCÈS TOUTES CAUSES

a) Agents titulaires et stagiaires ou en service détaché n'atteignant pas la limite d'âge prévue par l'article D.712-19 du Code de la sécurité sociale

Quatre fois le montant mentionné à l'article D.361-1 du Code de la sécurité sociale en vigueur à la date du décès ;

Ce montant sera revalorisé chaque année à la date et selon les conditions prévues à l'article L.341-6 du Code de la sécurité sociale. Le montant obtenu est arrondi à l'euro supérieur.

b) Agents en cessation progressive d'activité et n'atteignant pas la limite d'âge prévue par l'article D.712-19 du Code de la sécurité sociale, non pris en charge par le précédent contrat d'assurance

Quatre fois le montant mentionné à l'article D.361-1 du Code de la sécurité sociale en vigueur à la date du décès ;

Ce montant sera revalorisé chaque année à la date et selon les conditions prévues à l'article L.341-6 du Code de la sécurité sociale. Le montant obtenu est arrondi à l'euro supérieur.

c) Agents en congé de fin d'activité n'atteignant pas la limite d'âge prévue par l'article D.712-19 du Code de la sécurité sociale

Quatre fois le montant mentionné à l'article D.361-1 du Code de la sécurité sociale en vigueur à la date du décès ;

Ce montant sera revalorisé chaque année à la date et selon les conditions prévues à l'article L.341-6 du Code de la sécurité sociale. Le montant obtenu est arrondi à l'euro supérieur.

d) Dispositions communes aux agents précités

Majoration par enfant à charge de 3% du traitement indiciaire brut annuel soumis à retenues pour pension correspondant à l'indice brut en vigueur au jour du décès.

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

e) Agents titulaires ou en service détaché atteignant la limite d'âge prévue par l'article D.712-19 du Code de la Sécurité Sociale ou plus – Stagiaires, y compris à temps partiel

Une fois le montant mentionné à l'article D361-1 du Code de la sécurité sociale en vigueur à la date du décès ;

Ce montant sera revalorisé chaque année à la date et selon les conditions prévues à l'article L341-6 du Code de la sécurité sociale. Le montant obtenu est arrondi à l'euro supérieur.

CDG 60

▪ DECES CONSECUTIF A UN ATTENTAT OU A UN ACTE DE DEVOUEMENT

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 :

a) Agents titulaires ou en service détaché, y compris à temps partiel :

12 fois le montant du dernier traitement indiciaire brut mensuel perçu par l'agent décédé, un capital supplémentaire égal à celui défini ci-avant est versé à ses ayants droit, à la première ainsi qu'à la seconde date anniversaire du décès.

b) Agents stagiaires, y compris à temps partiels :

Montant forfaitaire mentionné à l'article D361-1 du Code de la sécurité sociale en vigueur à la date du décès.

▪ DECES CONSECUTIF A UN ACCIDENT OU A UNE MALADIE IMPUTABLE AU SERVICE

a) Agents titulaires ou en service détaché, y compris à temps partiel, n'atteignant pas la limite d'âge prévue par l'article D712-19 du Code de la sécurité sociale :

12 fois le montant du dernier traitement indiciaire brut mensuel perçu par l'agent décédé.

Majoration par enfant à charge de 3% du traitement indiciaire brut annuel correspondant à l'indice brut 585.

b) Agents titulaires ou en service détaché, y compris à temps partiels, atteignant la limite d'âge prévue par l'article D712-19 du Code de la sécurité sociale :

12 fois le montant du dernier traitement indiciaire brut mensuel perçu par l'agent décédé.

c) Agents stagiaires, y compris à temps partiels :

Montant forfaitaire mentionné à l'article D361-1 du Code de la sécurité sociale en vigueur à la date du décès.

▪ DISPOSITIONS PARTICULIERES

a) Agents autorisés à travailler à temps partiel

Le montant du capital est calculé sur l'intégralité du traitement correspondant au dernier indice majoré afférent à son emploi : grade et échelon.

b) Agents permanents à temps non complet

Le montant du capital est calculé au prorata du temps de travail effectué.

c) Décès survenu pendant une période de mise en disponibilité d'office pour maladie :

La prestation décès est maintenue pour les agents en position de disponibilité d'office pour maladie.

d) Décès survenu dans les 3 mois suivant la mise à la retraite :

Montant forfaitaire mentionné à l'article D361-1 du Code de la sécurité sociale en vigueur à la date du décès.

▪ MODALITES DU REGLEMENT

Le capital décès dû au titre du présent contrat est réglé à réception de l'ensemble des pièces justificatives.

L'assureur rembourse ce capital décès dès réception de la déclaration de l'adhérent, effectuée dans les meilleurs délais à compter de la survenance du sinistre, et accompagnée de l'ensemble des pièces justificatives permettant le règlement. Ces dernières seront conservées par l'assureur.

Sur la demande de l'adhérent, le capital décès dû au titre du présent contrat, est réglé à celui-ci ou aux ayants droit de l'agent décédé.

Le versement effectué a un caractère libératoire pour l'assureur.

2.2- GARANTIE "ACCIDENT OU MALADIES IMPUTABLES AU SERVICE"

▪ OBJET DE LA GARANTIE

La garantie a pour objet, en cas d'accident ou de maladie imputables au service ou ayant une cause exceptionnelle (acte de dévouement ou de sauvetage) le remboursement à l'adhérent des rémunérations dues sur la base de l'article 57.2° alinéa 2 de la Loi n°84-53 du 26 janvier 1984.

Est aussi couvert, conformément aux dispositions de l'article 57.4° bis alinéa 2^{ème} de la Loi N° 84-53 du 26 janvier 1984, le temps partiel thérapeutique suite à un accident de service.

Sont donc pris en charge le remboursement à l'adhérent :

- d'indemnités journalières
- d'indemnités journalières suite au temps partiel thérapeutique, avec ou sans saisine de la Commission de Réforme,
- de prestations en nature (frais médicaux),
- de frais funéraires en cas de décès de l'agent.
- d'indemnités journalières pendant la période de préparation au reclassement en application de l'ordonnance du 19 janvier 2017 et du décret 2019-172

- de prestations en nature (frais médicaux) pendant la période de préparation au reclassement en application de l'ordonnance du 19 janvier 2017 et du décret 2019-172
- Maintien du demi-traitement dans les conditions fixées par le décret 2011-1245

Les montants des garanties définies ci-après ne peuvent excéder ce qui est dû à l'agent au regard du statut, pendant son arrêt de travail.

L'avis favorable de la commission départementale de réforme ou la reconnaissance par l'autorité investie du pouvoir de nomination sont nécessaires :

- pour tout arrêt,
- en cas de prolongation pour tout arrêt supérieur à un an (article L.27 du Code des pensions),
- en cas de prothèses, de frais médicaux (notamment si ceux-ci sont nécessaires après la date de reprise de travail, la durée des frais médicaux doit être mentionnée),
- en cas de rechute.

L'imputabilité au service, de l'accident ou de la maladie, est appréciée :

- par l'autorité territoriale au regard de l'enquête administrative et, le cas échéant, de l'expertise médicale,
- la commission départementale de réforme peut toutefois être consultée, notamment en cas de doute de l'autorité territoriale quant à l'imputabilité au service de l'accident ou de la maladie,
- Pour toute maladie professionnelle ou maladie imputable au service, le remboursement est subordonné à la production de l'avis favorable émanant d'une expertise médicale diligentée par l'assureur ou de la Commission Départementale de Réforme.

En cas de désaccord entre la commission départementale de réforme et l'expertise diligentée par l'assureur, l'adhérent permettra à l'assureur de faire procéder à une tierce expertise de l'agent par un médecin agréé

Les accidents et maladies professionnelles donnant lieu à une pension d'invalidité de la part de la C.N.R.A.C.L. n'ouvrent droit à aucune prestation en espèces en application du présent contrat.

Les montants des garanties définis ci-après ne peuvent excéder ce qui est dû à l'agent au regard du statut, pendant son arrêt de travail.

▪ PRESTATIONS EN ESPECES (INDEMNITES JOURNALIERES)

Règle générale :

L'indemnisation court à compter du jour de survenance de l'accident de service ou le cas échéant à compter du lendemain de l'expiration d'une période de franchise éventuelle fixée aux conditions particulières

Le montant des indemnités journalières visées ci-après est exprimé en pourcentage des éléments mensuels de rémunération en vigueur à la date de l'arrêt de travail, selon la base de l'assurance retenue par la Collectivité ou l'Etablissement public contractant.

En cas de transformation d'un congé, le point de départ du nouveau congé (CLM ou CLD) sera le 1^{er} jour d'arrêt de travail.

Le montant des indemnités journalières, remboursées à l'adhérent, dues aux agents pour les arrêts de travail d'au moins un jour est fixé à :

- 100 % du T.I.B. + N.B.I. ;
- 100 % du S.F.T. ;
- 100 % des indemnités accessoires assurées lorsque la garantie en est souscrite ;
- 100 % de la part des charges patronales assurées lorsque la garantie en est souscrite.

Si après une période d'arrêt de travail causé par un accident ou par une maladie imputables au service, l'agent reprend son activité au service de l'adhérent et doit l'interrompre après pour la même cause, la reprise temporaire entraîne l'application d'un éventuel nouveau délai de franchise.

Les éléments mensuels de rémunération (traitement indiciaire brut, nouvelle bonification indiciaire, supplément familial de traitement, charges patronales) sont revalorisés pendant toute la durée de l'indemnisation y compris à l'issue du terme du marché.

L'indemnisation cesse à la date de l'avis de la commission départementale de réforme fixant :

- la reprise de fonction,
- ou, la mise en retraite pour invalidité.

Indemnités journalières suite au Temps partiel Thérapeutique :

Le temps partiel thérapeutique faisant suite à un congé pour accident de service est pris en charge, en application des dispositions de l'article 57.4° bis alinéa 2e de la Loi n° 84-53 du 26 janvier 1984.

Cette reprise à temps partiel doit être au minimum de 50 %.

Le montant de l'indemnité journalière est fixé comme suit :

- Pourcentage du T.I.B. + N.B.I. correspondant au taux d'absence de l'agent ;
- Pourcentage du S.F.T. correspondant au taux d'absence de l'agent ;
- Pourcentage des indemnités accessoires assurées lorsque la garantie en est souscrite, correspondant au taux d'absence de l'agent ;
- Pourcentage de la part des charges patronales assurées lorsque la garantie en est souscrite, correspondant au taux d'absence de l'agent.

Dispositions particulières

Agents autorisés à travailler à temps partiel

Les prestations sont calculées, pour la période exercée dans cette position d'emploi à temps partiel, au prorata du taux de travail effectué. Pour les congés longs, ces agents retrouvent leurs droits à plein traitement au plus tard à la date de fin d'autorisation de travail à temps partiel.

Agents permanents à temps non complet affiliés à la C.N.R.A.C.L.

Les prestations sont calculées au prorata du nombre d'heures effectuées au service de l'adhérent.

Versement des prestations

Les versements effectués ont un caractère libératoire pour l'assureur.

Règlement des prestations

Sous réserve du respect d'un délai normal de déclaration des sinistres, l'assureur rembourse les sommes dues à réception de la déclaration de l'adhérent accompagnée de l'ensemble des pièces justificatives permettant la prise en charge.

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

Contrôle médical

Le refus de l'adhérent de soumettre son agent à un contrôle médical demandé par l'assureur entraîne l'arrêt du versement de la prestation en cours pour le sinistre considéré.

Licenciement – Mutation – Démission

Le service des prestations en cours est maintenu aux agents faisant l'objet d'un licenciement, d'une mise en retraite, d'une révocation, d'une fin de détachement, d'une mutation ou d'une démission et tant que durent les obligations statutaires de l'adhérent.

Prestations après la résiliation ou au terme du contrat ou de la garantie

En cas de résiliation du contrat ou d'une garantie, les prestations en cours de service continuent d'être versées pour tous les sinistres ayant pris naissance pendant la période de validité du contrat ou de la garantie et dans la limite de ce qui est dû à l'agent par l'adhérent.

Les dispositions de cet article s'appliquent également dans le cas d'un contrat arrivé à terme.

Cessation des prestations

Les prestations cessent au plus tard :

1 - au dernier jour du trimestre civil au cours duquel l'agent atteint la limite d'âge prévue par les dispositions statutaires, ou à la fin de la période de prolongation légale d'activité,

2 - au jour où l'agent est reconnu médicalement apte au travail ou à la date de l'avis de la commission départementale de réforme fixant le reclassement ou l'aménagement de poste (le délai entre l'autorisation médicale ou l'avis de la commission départementale de réforme et la reprise effective du travail est pris en charge par l'assureur pendant une période de trente jours),

▪ PRESTATIONS EN NATURE

La garantie a pour objet le remboursement des frais médicaux directement entraînés par les accidents ou maladies imputables au service ou ayant une cause exceptionnelle et ayant pris naissance pendant la période d'assurance, en application de l'article 57.2° alinéa 2° de la Loi n° 84-53 du 26 janvier 1984.

Montant

Le remboursement des frais médicaux est effectué conformément à l'annexe 3 de Circulaire FP4 n° 1711 du 30 janvier 1989 et à l'annexe 2 de Circulaire FP3 du 13 mars 2006 pour la protection sociale des fonctionnaires territoriaux, sous les réserves qui suivent.

Le remboursement des frais médicaux est effectué sur production des justificatifs originaux, permettant à l'Assureur d'apprécier la réalité des dépenses.

Il est précisé que ces remboursements continuent le cas échéant, même après la mise à la retraite de l'intéressé, à condition qu'ils soient liés à un accident ou à une maladie imputable au service.

Il est précisé les règles de prise en charge suivantes :

- le remboursement des frais de transport se fait sur la base des frais réellement engagés en cas de transport d'urgence de l'agent, dans la limite d'un plafond de 220 euros. En dehors des cas d'urgence, le remboursement s'effectue sur la base des indemnités kilométriques fixée par l'administration fiscale et ce, dans la limite d'un véhicule de 7 CV, appliqué au trajet le plus court ;
- seuls les frais de cure et honoraires médicaux relatifs aux cures reconnues par la Sécurité sociale sont remboursés.
Les frais d'hébergement et de transport liés à ces cures thermales ne sont pas pris en charge ;
- en dehors des cas d'urgence, les hospitalisations en centres de soins de médecine ou chirurgicaux, en centres de rééducation ou de cure devront faire l'objet d'une demande d'entente préalable de prise en charge valable pour une durée maximale de 21 jours ;
Toute prolongation devra faire l'objet d'une nouvelle demande qui sera soumise à l'avis du contrôle médical de l'Assureur ;
- les demandes de prise en charge des soins dentaires devront être soumises pour avis au contrôle médical de l'Assureur ;
- l'envoi d'une entente préalable est toujours requis, s'agissant des frais de kinésithérapie.
Au-delà de 20 séances, la prise en charge sera soumise à l'avis du contrôle médical de l'Assureur.

Prestations après le terme ou la résiliation du contrat ou de la garantie

Les prestations en nature consécutives à des accidents ou maladies imputables au service, survenus au cours de la période de validité de la garantie continuent à être remboursées au-delà du terme du contrat.

▪ 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 ouvre droit, dans la limite des frais réellement exposés, sur présentation d'un acte de décès, à une indemnité maximum fixée à 50 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au jour du décès.

Ces frais ne sont pas remboursés si le décès survient après le terme ou la résiliation du contrat ou de la présente garantie.

2.3- GARANTIE "INCAPACITE DE TRAVAIL - MALADIE"

Versement d'indemnités journalières, notamment en cas de :

- * Maladie ou accident non imputable au service.
- * Congé de longue maladie.
- * Congé de longue durée.
- * Mise en disponibilité d'office avec traitement.
- * Reprise à temps partiel. Temps partiel thérapeutique.
- * Invalidité temporaire.
- * Infirmité de guerre.
- * pendant la période de préparation au reclassement en application de l'ordonnance du 19 janvier 2017 et du décret 2019-172
- * Maintien du demi-traitement dans les conditions fixées par le décret 2011-1245.

La garantie a pour objet le remboursement à l'adhérent des rémunérations dues aux agents pendant les périodes de congés correspondant aux risques suivants, survenus pendant la période d'assurance.

Le montant des indemnités remboursées à l'adhérent est pris en charge à l'expiration d'une franchise ferme éventuellement fixée dans l'acte d'engagement et sous déduction des prestations servies par la Sécurité Sociale, sur la base des articles 57.2°, 57.3°, 57.4°, 57.9°, 72 de la Loi du 26 janvier 1984, de l'article 41 de la Loi du 19 mars 1928 et de l'article 6 du Décret n°60-58 du 11 janvier 1960.

Les montants des garanties définis ci-après ne peuvent excéder ce qui est dû à l'agent au regard du statut, pendant son arrêt de travail.

2.3.1. – Incapacité Temporaire de Travail

Le montant des indemnités journalières visées ci-après est exprimé en pourcentage des éléments mensuels de rémunération en vigueur à la date de l'arrêt de travail, selon la base de l'assurance retenue par l'adhérent.

En cas de transformation d'un congé, le point de départ du nouveau congé (CLM ou CLD) sera le premier jour d'arrêt de travail.

a) Maladie Ordinaire

Le montant de l'indemnité journalière est fixé comme suit :

Les trois premiers mois :

100 % du T.I.B. + N.B.I. ;

100 % du S.F.T. ;

100 % des indemnités accessoires assurées lorsque la garantie en est souscrite ;

100 % de la part des charges patronales assurées lorsque la garantie en est souscrite.

Les neuf mois suivants :

50 % du T.I.B. + N.B.I. ;

100 % du S.F.T. ;

50 % des indemnités accessoires assurées lorsque la garantie en est souscrite ;

50 % de la part des charges patronales assurées lorsque la garantie en est souscrite.

Le demi-traitement indiciaire brut annuel est toutefois porté aux 2/3 soit 66,66 % si l'agent a au moins trois enfants à charge (sont considérés comme enfants à charge, les enfants visés à l'article R. 313-12 du Code de la Sécurité sociale).

b) Congé de Longue Maladie

Le montant de l'indemnité journalière est fixé comme suit :

Jusqu'à la fin de la 1ère année de congé :

100 % du T.I.B. + N.B.I. ;

100 % du S.F.T. ;

100 % des indemnités accessoires assurées lorsque la garantie en est souscrite ;

100 % de la part des charges patronales assurées lorsque la garantie en est souscrite.

Pendant les deux années suivantes :

50 % du T.I.B. + N.B.I. ;

100 % du S.F.T. ;

50 % des indemnités accessoires assurées lorsque la garantie en est souscrite ;

50 % de la part des charges patronales assurées lorsque la garantie en est souscrite.

Le demi-traitement indiciaire brut annuel est toutefois porté aux 2/3 soit 66,66 % si l'agent a au moins trois enfants à charge (sont considérés comme enfants à charge, les enfants visés à l'article R. 313-12 du Code de la sécurité sociale).

L'agent qui a obtenu un congé de longue maladie ne peut bénéficier d'un autre congé de cette nature s'il n'a pas auparavant repris l'exercice de ses fonctions pendant au moins un an continu ou discontinu, calculé sur une période de 4 ans.

c) Congé de Longue Durée

Le montant de l'indemnité journalière est fixé comme suit :

Jusqu'à la fin de la 3ème année de congé :

100 % du T.I.B. ;

100 % du S.F.T. ;

100 % des indemnités accessoires assurées lorsque la garantie en est souscrite ;

100 % de la part des charges patronales assurées lorsque la garantie en est souscrite.

Pendant les deux années suivantes :

50 % du T.I.B. ;

100% du S.F.T. ;

50 % des indemnités accessoires assurées lorsque la garantie en est souscrite ;

50 % de la part des charges patronales assurées lorsque la garantie en est souscrite.

Un seul congé de longue durée peut être accordé par groupe d'affection sur la carrière d'un agent.

d) Temps Partiel Thérapeutique

Les stipulations ci-après s'appliquent en cas de reprise de fonction à temps partiel pour raison thérapeutique, 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.

Le montant de l'indemnité journalière est fixé comme suit :

Pendant trois mois, renouvelables dans la limite d'un an :

Pourcentage du T.I.B. + N.B.I. correspondant au taux d'absence de l'agent ;

Pourcentage du S.F.T. correspondant au taux d'absence de l'agent ;

Pourcentage des indemnités accessoires assurées lorsque la garantie en est souscrite, correspondant au taux d'absence de l'agent ;

Pourcentage de la part des charges patronales assurées lorsque la garantie en est souscrite, correspondant au taux d'absence de l'agent.

e) Infirmité de Guerre

Les stipulations 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 deux ans maximum :

100 % du T.I.B. ;

100 % du S.F.T. ;

100 % des indemnités accessoires assurées lorsque la garantie en est souscrite ;

100 % de la part des charges patronales assurées lorsque la garantie en est souscrite.

f) Mise en Disponibilité d'Office

Le montant de l'indemnité journalière est fixé comme suit dans la limite de trois ans maximum y compris la période déjà prise en compte au titre du congé maladie, sans pouvoir dépasser 50 % du gain journalier de base de la sécurité sociale :

50 % du T.I.B. ;

100 % du S.F.T. ;

50 % des indemnités accessoires assurées lorsque la garantie en est souscrite ;

Le demi-traitement indiciaire brut annuel est toutefois porté aux 2/3 soit 66,66 % si l'agent a au moins trois enfants à charge.

L'assureur prend en charge la période à indemniser, sans application du délai de franchise, après avis favorable du comité médical pour le placement en disponibilité d'office et de la sécurité sociale pour la reconnaissance du droit à prestations.

La mise en disponibilité d'office doit faire suite à un risque qui a été lui-même pris en charge par l'assureur.

La mise en disponibilité peut faire l'objet d'une prolongation d'un an, si le comité médical estime, à l'issue de la troisième année, que l'intéressé encore inapte à l'exercice de ses fonctions doit normalement pouvoir les reprendre ou faire l'objet d'un reclassement avant la fin d'une quatrième année. Toutefois cette 4e année ne donne pas droit à rémunération.

2.3.2.- Invalidité Temporaire

Lorsque l'agent placé en disponibilité d'office, est atteint d'une invalidité temporaire reconnue par la commission départementale de réforme et la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, l'assureur rembourse à l'Adhérent l'allocation, selon les dispositions ci-après, et sous réserve que l'invalidité ne donne pas lieu à versement d'une allocation de la part de la C.N.R.A.C.L.

Le montant annuel de l'allocation est fixé en pourcentage du traitement en vigueur à la date de l'arrêt de travail. Elle est déterminée selon la catégorie d'invalidité dans laquelle l'agent a été classé par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie selon les stipulations ci-après.

Sur avis favorable de la commission départementale de réforme, l'assureur versera la prestation pour la durée mentionnée dans l'avis précité et cessera ce versement, en tout état de cause :

- à la reprise de fonction,

- à la mise à la retraite pour invalidité, ou, au 60e anniversaire de l'agent.

Invalidité du 1^{er} groupe

Invalide capable d'exercer une activité rémunérée :

30 % du T.I.B. ;

100 % du S.F.T. ;

30 % des indemnités accessoires assurées lorsque la garantie en est souscrite.

Le montant ne peut excéder 30 % du gain maximum pris en compte pour le calcul des cotisations de la Sécurité sociale.

Invalidité du 2^{ème} groupe

Invalide dans l'impossibilité d'exercer une activité rémunérée :

50 % du T.I.B. ;

100 % du S.F.T. ;

50 % des indemnités accessoires assurées lorsque la garantie en est souscrite.

Le montant ne peut excéder 50 % du gain maximum pris en compte pour le calcul des cotisations de la Sécurité sociale.

Invalidité du 3^{ème} groupe

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.

L'indemnité définie ci-dessus pour l'invalidité de 2e groupe est majorée de 40 %. Cette indemnité ne peut 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).

Il est, par ailleurs, précisé que la majoration n'est pas due pendant une période d'hospitalisation.

2.3.3.- Dispositions particulières

Agents autorisés à travailler à temps partiel :

Les prestations sont calculées, pour la période exercée dans cette position d'emploi à temps partiel, au prorata du taux de travail effectué.

Pour les congés longs, ces agents retrouvent leurs droits à plein traitement au plus tard à la date de fin d'autorisation de travail à temps partiel.

Nonobstant ce qui précède, les agents à temps partiel retrouvent leurs droits à plein traitement pendant la durée du congé maternité-paternité-adoption.

Agents permanents à temps non complet affiliés à la C.N.R.A.C.L. :

Les prestations sont calculées au prorata du temps de travail effectué au service de l'adhérent.

2.4- GARANTIE "MATERNITE, PATERNITE, ACCUEIL DE L'ENFANT, ADOPTION"

La garantie a pour objet le remboursement à l'adhérent des rémunérations dues aux agents pendant les périodes de congés correspondant aux risques suivants, survenus pendant la période d'assurance.

Le montant des indemnités remboursées à l'adhérent est pris en charge à l'expiration d'une franchise ferme éventuellement fixée dans l'acte d'engagement.

▪ MONTANT DE LA GARANTIE

Congé de maternité :

Le montant de l'indemnité journalière est fixé à :

100 % du T.I.B. + N.B.I.

100 % du S.F.T. ;

100 % des indemnités accessoires assurées lorsque la garantie en est souscrite ;

100 % de la part des charges patronales assurées lorsque la garantie en est souscrite.

Durée :

Congé classique : 16 semaines ;

Congé à compter du 3ème enfant à charge : 26 semaines ;

Naissances multiples :

- grossesse gémellaire : 34 semaines.

- grossesse de triplés ou plus : 46 semaines.

Le repos prénatal peut être augmenté de deux semaines, les couches pathologiques de quatre semaines sur justificatifs attestant que l'état pathologique résulte de la grossesse ou des suites des couches. Les quatre semaines de couches pathologiques sont considérées comme des prestations maladie.

Accouchement prématuré : le congé de maternité peut être augmenté de la durée s'écoulant entre l'accouchement prématuré et le début de la 6ème semaine précédent sa date présumée.

Congé de paternité et accueil de l'enfant :

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

Ce montant vient en déduction des montants versés par la Caisse Nationale d'Allocations Familiales par l'intermédiaire de la Caisse des Dépôts et Consignations.

Congé d'adoption :

Durée :

Congé classique : 10 semaines ;

Congé portant à trois ou plus le nombre d'enfants à charge : 18 semaines ;

Congé avec adoptions multiples : 22 semaines.

Le montant de la garantie est identique à celle du congé maternité.

La garantie congé maternité-paternité-adoption n'est pas prise en charge par l'assureur si le congé se situe pendant la période de disponibilité d'office d'un agent.

▪ DISPOSITIONS PARTICULIERES

Agents autorisés à travailler à temps partiel :

Les prestations sont calculées, pour la période exercée dans cette position d'emploi à temps partiel, au prorata du taux de travail effectué.

Pour les congés longs, ces agents retrouvent leurs droits à plein traitement au plus tard à la date de fin d'autorisation de travail à temps partiel.

Nonobstant ce qui précède, les agents à temps partiel retrouvent leurs droits à plein traitement pendant la durée du congé maternité-paternité-adoption.

Agents permanents à temps non complet affiliés à la C.N.R.A.C.L. :

Les prestations sont calculées au prorata du temps de travail effectué au service de la Collectivité ou l'Etablissement public contractant.

ARTICLE 3 – AGENTS CONTRACTUELS et AGENTS TITULAIRES AFFILIES A L’I.R.C.A.N.T.E.C.

L'assureur garantit les risques financiers liés à la protection sociale statutaire du personnel affilié à l’I.R.C.A.N.T.E.C., en application notamment du Décret N° 88-145 du 15 février 1988 modifié, du Décret N° 91-298 du 20 mars 1991 modifié et de la Loi n°84-53 du 26 janvier 1984.

Sont admis au bénéfice du contrat :

- les agents contractuels de droit public affiliés à l’I.R.C.A.N.T.E.C.,
- les agents titulaires et stagiaires non affiliés à la C.N.R.A.C.L.

Ils devront de plus :

- ne pas avoir 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
- être régulièrement inscrits sur le registre du personnel de la collectivité ou de l’établissement public contractant.

POINT DE DEPART DES GARANTIES :

- Tous les agents en activité normale de service sont garantis dès la date de prise d’effet du contrat indiquée aux conditions particulières.
- Tous les agents en arrêt de travail pour raison de santé lors de la prise d’effet du contrat seront admis au présent contrat le jour de la reprise effective de leur activité normale de service.
- Les agents recrutés postérieurement à la date d’effet du contrat sont admis le jour de leur entrée en fonction effective dans la collectivité couverte par le présent contrat.

3.1- GARANTIE "ACCIDENT OU MALADIES IMPUTABLES AU SERVICE"

▪ OBJET DE LA GARANTIE

La garantie a pour objet, en cas d'accident ou de maladie imputables au service ou ayant une cause exceptionnelle (acte de dévouement ou de sauvetage) le remboursement aux adhérents des rémunérations dues, sous déduction des prestations en espèces servies par la Sécurité Sociale.

Le remboursement est subordonné à la prise en charge par la Sécurité Sociale.

Sont donc pris en charge le remboursement à l'adhérent :

- d'indemnités journalières
- d'indemnités journalières suite au temps partiel thérapeutique, avec ou sans saisine de la Commission de Réforme,
- d'indemnités journalières pendant la période de préparation au reclassement en application de l'ordonnance du 19 janvier 2017 et des dispositions du décret 2019-172
- Maintien du demi-traitement dans les conditions fixées par le décret 2011-1245
 - MONTANT DE LA GARANTIE

A défaut de franchise, l'indemnisation court à compter du lendemain du jour de survenance de l'accident imputable au service.

Le montant des indemnités journalières est exprimé en pourcentage des éléments mensuels de rémunération en vigueur à la date de l'arrêt de travail.

Les montants fixés ci-dessous s'entendent déduction faites des indemnités versées par le régime général de Sécurité Sociale.

Agents titulaires ou stagiaires à temps non complet affiliés à l'I.R.C.A.N.T.E.C. (articles 37 et 38 du Décret n° 91-298 du 20 mars 1991) :

100 % du T.I.B. + N.B.I. ;

100 % du S.F.T. ;

100 % des indemnités accessoires assurées lorsque la garantie en est souscrite ;

100 % de la part des charges patronales assurées lorsque la garantie en est souscrite.

Agents contractuels (article 9) du Décret n° 88 – 145 du 15 février 1988 modifié) :

Pour un agent ayant une ancienneté inférieure à 1 an jusqu'à la fin du 1^{er} mois d'arrêt de travail

;

100 % du T.I.B. ;

100 % du S.F.T. ;

100 % des indemnités accessoires assurées lorsque la garantie en est souscrite ;

100 % de la part des charges patronales assurées lorsque la garantie en est souscrite.

Pour un agent ayant entre 1 an et 3 ans d'ancienneté jusqu'à la fin du 2^{ème} mois d'arrêt de travail

;

100 % du T.I.B. ;

100 % du S.F.T. ;

100 % des indemnités accessoires assurées lorsque la garantie en est souscrite ;

100 % de la part des charges patronales assurées lorsque la garantie en est souscrite.

Pour un agent ayant une ancienneté supérieure à 3 ans jusqu'à la fin du 3^{ème} mois d'arrêt de travail :

100 % du T.I.B. ;

100 % du S.F.T. ;

100 % des indemnités accessoires assurées lorsque la garantie en est souscrite ;

100 % de la part des charges patronales assurées lorsque la garantie en est souscrite.

▪ EXCLUSION

Les accidents résultant d'une faute détachable du service n'entrent pas dans le cadre de cette garantie.

3.2- GARANTIES "INCAPACITE DE TRAVAIL"

▪ OBJET DE LA GARANTIE

La garantie a pour objet le remboursement aux adhérents des rémunérations dues aux agents pendant les périodes de congés correspondant aux risques suivants, survenus pendant la période d'assurance, sous déduction des prestations en espèces servies par la Sécurité Sociale.

Pour les agents effectuant plus de 150 heures par trimestre, le remboursement est subordonné à la prise en charge des incapacités de travail par la Sécurité Sociale.

Sont donc pris en charge le remboursement à l'adhérent :

- d'indemnités journalières
- d'indemnités journalières suite au temps partiel thérapeutique, avec ou sans saisine de la Commission de Réforme,
- Maintien du demi-traitement dans les conditions fixées par le décret 2011-1245

▪ MONTANT DE LA GARANTIE

Le montant des indemnités journalières visées ci-après est exprimé en pourcentage des éléments mensuels de rémunération en vigueur à la date de l'arrêt de travail, selon la base de l'assurance retenue par l'adhérent, à l'expiration d'une période de franchise éventuelle fixée aux dispositions particulières.

3.2.1- Congé de maladie :

a) Agents titulaires ou stagiaires à temps non complet affiliés à l'I.R.C.A.N.T.E.C. (article 35 du décret n° 91-298 du 20 mars 1991 et article 57 de la Loi n° 84-53 du 26 janvier 1984)

Jusqu'au 90^{ème} jour d'arrêt de travail :

100 % du T.I.B. + N.B.I. ;

100 % du S.F.T. ;

100 % des indemnités accessoires assurées lorsque la garantie en est souscrite ;

100 % de la part des charges patronales assurées lorsque la garantie en est souscrite.

Du 91^{ème} au 365^{ème} jour d'arrêt de travail :

50 % du T.I.B. + N.B.I. ;

100 % du S.F.T. ;

50 % des indemnités accessoires assurées lorsque la garantie en est souscrite ;

50 % de la part des charges patronales assurées lorsque la garantie en est souscrite.

Pour les agents effectuant 150 heures et plus par trimestre les montants ci-dessus incluent les indemnités versées par le régime général de Sécurité Sociale.

Le taux de 50 % est toutefois porté à 66,66 % si l'agent a au moins trois enfants à charge au sens de l'article L.313-3 du Code de la Sécurité Sociale.

b) Agents contractuels affiliés à l'I.R.C.A.N.T.E.C. (article 7 du décret n° 88-145 du 15 février 1988)

- Après 4 mois de service :

Jusqu'à la fin du premier mois d'arrêt de travail :

100 % du T.I.B. ;

100 % du S.F.T. ;

100 % des indemnités accessoires assurées lorsque la garantie en est souscrite ;

100 % de la part des charges patronales assurées lorsque la garantie en est souscrite.

Pendant le mois suivant :

50 % du T.I.B. ;

100 % du S.F.T. ;

50 % des indemnités accessoires assurées lorsque la garantie en est souscrite ;

50 % de la part des charges patronales assurées lorsque la garantie en est souscrite.

- Après 2 ans de service :

Jusqu'à la fin du deuxième mois d'arrêt de travail :

100 % du T.I.B. ;

100 % du S.F.T. ;

100 % des indemnités accessoires assurées lorsque la garantie en est souscrite ;

100 % de la part des charges patronales assurées lorsque la garantie en est souscrite.

Pendant les deux mois suivants :

50 % du T.I.B. ;

100 % du S.F.T. ;

50 % des indemnités accessoires assurées lorsque la garantie en est souscrite ;

50 % de la part des charges patronales assurées lorsque la garantie en est souscrite.

- Après 3 ans de service :

Jusqu'à la fin du troisième mois d'arrêt de travail :

100 % du T.I.B. ;

100 % du S.F.T. ;

100 % des indemnités accessoires assurées lorsque la garantie en est souscrite ;

100 % de la part des charges patronales assurées lorsque la garantie en est souscrite.

Pendant les trois mois suivants :

50 % du T.I.B. ;

100 % du S.F.T. ;

50 % des indemnités accessoires assurées lorsque la garantie en est souscrite ;

50 % de la part des charges patronales assurées lorsque la garantie en est souscrite.

Pour les agents effectuant 150 heures et plus par trimestre les prestations énumérées ci-dessus incluent les indemnités versées par le régime général de Sécurité sociale.

Le taux de 50 % est toutefois porté à 66,66 % si l'agent a au moins trois enfants à charge au sens de l'article L.313-3 du Code de la sécurité sociale.

3.2.2 - Congé de grave maladie :

a) Agents titulaires ou stagiaires à temps non complet affiliés à l'I.R.C.A.N.T.E.C. (articles 36 et 38 du décret n° 91-298 du 20 mars 1991)

Jusqu'à la fin du douzième mois d'arrêt de travail :

100 % du T.I.B. + N.B.I. ;

100 % du S.F.T. ;

100 % des indemnités accessoires assurées lorsque la garantie en est souscrite ;

100 % de la part des charges patronales assurées lorsque la garantie en est souscrite.

Pendant les vingt-quatre mois suivants :

50 % du T.I.B. + N.B.I. ;

100 % du S.F.T. ;

50 % des indemnités accessoires assurées lorsque la garantie en est souscrite ;

50 % de la part des charges patronales assurées lorsque la garantie en est souscrite.

Pour les agents effectuant 150 heures et plus par trimestre les montants ci-dessus incluent les indemnités versées par le régime général de Sécurité Sociale.

Le taux de 50 % est toutefois porté à 66,66 % si l'agent a au moins trois enfants à charge au sens de l'article L.313-3 du Code de la sécurité sociale.

b) Agents contractuels affiliés à l'I.R.C.A.N.T.E.C. (articles 8 et 12 du décret n° 88-145 du 15 février 1988)

Les stipulations ci-après concernent l'agent comptant au moins 3 années de service et atteint d'une affection dûment constatée et présentant un caractère invalidant.

Jusqu'à la fin du douzième mois d'arrêt de travail :

100 % du T.I.B. ;

100 % du S.F.T. ;

100 % des indemnités accessoires assurées lorsque la garantie en est souscrite ;

100 % de la part des charges patronales assurées lorsque la garantie en est souscrite.

Pendant les vingt-quatre mois suivants :

50 % du T.I.B. ;

100 % du S.F.T. ;

50 % des indemnités accessoires assurées lorsque la garantie en est souscrite ;

50 % de la part des charges patronales assurées lorsque la garantie en est souscrite.

Pour les agents effectuant 150 heures et plus par trimestre les montants ci-dessus incluent les indemnités versées par le régime général de Sécurité Sociale.

Le taux de 50 % est toutefois porté à 66,66 % si l'agent a au moins trois enfants à charge au sens de l'article L.313-3 du Code de la sécurité sociale.

3.3- GARANTIE "MATERNITE, PATERNITE, ACCUEIL DE L'ENFANT, ADOPTION"

▪ OBJET DE LA GARANTIE

Cette garantie concerne les agents contractuels ayant au moins 6 mois de service et agents titulaires ou stagiaires à temps non complet affiliés à l'I.R.C.A.N.T.E.C.

Le montant des indemnités remboursées à l'adhérent est pris en charge sous déduction des prestations servies par la Sécurité Sociale.

▪ MONTANT DE LA GARANTIE

En cas de maternité, le montant de l'indemnité journalière est fixé à :

100 % du T.I.B. + N.B.I. ;

100 % du S.F.T. ;

100 % des indemnités accessoires assurées lorsque la garantie en est souscrite ;

100 % de la part des charges patronales assurées lorsque la garantie en est souscrite.

Durée :

Congé classique : 16 semaines ;

Congé à compter du 3ème enfant à charge : 26 semaines ;

Naissances multiples :

- grossesse gémellaire : 34 semaines ;

- grossesse de triplés ou plus : 46 semaines.

Le repos prénatal peut être augmenté de deux semaines, les couches pathologiques de quatre semaines sur justificatifs attestant que l'état pathologique résulte de la grossesse ou des suites des couches. Les quatre semaines de couches pathologiques sont considérées comme des prestations maladie.

Accouchement prématuré : le congé de maternité peut être augmenté de la durée s'écoulant entre l'accouchement prématuré et le début de la 6ème semaine précédant sa date présumée.

En cas de paternité et accueil de l'enfant :

CDG 60

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

Ce montant vient en déduction des montants versés par la Caisse Nationale d'Allocations Familiales par l'intermédiaire de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

En cas d'adoption :

Durée :

Congé classique : 10 semaines ;

Congé portant à trois ou plus le nombre d'enfants à charge : 18 semaines ;

Congé avec adoptions multiples : 22 semaines.

Le montant de la garantie est identique à celle du congé maternité.

La garantie congé maternité-paternité-adoption n'est pas prise en charge par l'Assureur si le congé se situe pendant la période de disponibilité d'office d'un agent.

ARTICLE 4 - REVALORISATION DES PRESTATIONS

L'ensemble des prestations périodiques versées par l'assureur est revalorisé, pendant et après la durée du contrat, en fonction de l'augmentation générale des traitements de la fonction publique et des avancements éventuels de l'agent, de son Supplément Familial de Traitement, de son Régime Indemnitare et de sa Nouvelle Bonification Indiciaire.

ARTICLE 5 - CONVENTIONS

5.1.- Il est convenu que les garanties s'exercent immédiatement à la date d'effet du présent contrat, sans période de carence.

5.2.- FRANCHISES :

NATURE DES RISQUES	FRANCHISES
Agents affiliés CNRACL	
Décès	Néant
Accidents du travail/ Maladie Professionnelle	Néant
C.L.M. – C.L.D.	Néant
Maladie Ordinaire	10 jours fermes par arrêt
Maternité, paternité, adoption	Néant
Agents non affiliés CNRACL	15 jours fermes par arrêt sur le risque Maladie Ordinaire

Sauf dispositions particulières prévues dans l'avenant d'adhésion, d'une manière générale les franchises sont déterminées compte tenu des choix effectués par l'adhérent.

L'application de la franchise débute au premier jour de l'arrêt.

En cas de transformation d'un arrêt de maladie ordinaire en congé de longue maladie - maladie longue durée, seule la franchise relative à cette dernière garantie s'applique.

En cas de rechute suite à un arrêt d'accident de travail - maladie professionnelle ou une prolongation de maladie ordinaire, aucune franchise ne s'applique.

5.3.- EXTENSION TERRITORIALE :

Monde entier.

5.4.- REPRISE DU PASSE INCONNU :

Il est convenu que l'assureur couvre les indemnités qui peuvent être mises à la charge de l'adhérent au titre des garanties retenues pour tout sinistre dont l'adhérent n'a pas connaissance, mais qui pouvait trouver son origine dans des faits antérieurs à la prise d'effet du présent contrat (rechutes notamment).

5.5.- GARANTIE SUBSEQUENTE :

Gestion en capitalisation :

En cas de résiliation du contrat, l'assureur s'engage à régler tous les sinistres déclarés pendant la période du contrat dus postérieurement à la résiliation du contrat, notamment les indemnités journalières.

Les prestations en nature consécutives à des accidents imputables au service ou des maladies professionnelles en cours de prise en charge au moment du terme ou de la résiliation et survenus en cours d'assurance continuent même après la mise à la retraite de l'agent concerné.

5.6.- RECHUTES

Seules les garanties Congé de Longue Maladie, Congé de Longue Durée, Accident ou Maladie imputable au service et maladie professionnelle peuvent donner lieu à rechute.

Par rechute, il faut entendre l'aggravation de l'état de santé de l'Agent, subite ou naturelle, strictement liée à une affection précédente survenue en cours de contrat 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.

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.

Montant de la prestation

Le montant des indemnités journalières est exprimé en pourcentage de la 30^{ème} partie des éléments mensuels de rémunération en vigueur à la date de la rechute, selon la base de l'assurance retenue par l'Assuré.

Les frais médicaux suivent les règles énoncées ci-dessus au titre d'un contrat géré en capitalisation intégrale.

5.7.- ADMISSION DU PERSONNEL :

Toute personne, régulièrement admise par l'adhérent, dans la catégorie du personnel assuré, bénéficie automatiquement et immédiatement, sans déclaration préalable, de l'ensemble des garanties du présent contrat.

5.8.- CONSTATATION DU SINISTRE - ORGANISME DE CONTROLE

Les assureurs s'engagent à respecter les décisions des Autorités Administratives reconnues par les textes législatifs et réglementaires et, pour les arrêts inférieurs à 15 jours, la décision du Souscripteur.

Conformément aux dispositions réglementaires, l'assureur ne pourra procéder à un contrôle médical qu'à la demande formelle de l'adhérent.

Ce contrôle sera réalisé, soit par un médecin agréé par l'adhérent, soit par un médecin expert de l'assureur dans des conditions de discrétion et d'honorabilité extrêmes.

5.9.- CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent :

- à la date à laquelle l'agent ne répond plus aux conditions d'admission,
- à la date de liquidation de la pension de retraite 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 (dans les conditions de l'article 6 du Décret du 11 janvier 1960 pour la garantie invalidité), sauf en cas de prolongation légale d'activité,
- à la date de radiation de l'agent sur les listes de la collectivité ou de l'Etablissement public adhérent.

5.10.- REDACTION DU RAPPORT ANNUEL

Dans le cadre de la rédaction du rapport annuel de santé et sécurité au travail (Art 49 du décret 85-603), le Centre de Gestion pourra demander à l'assureur ou au courtier toutes données statistiques permettant sa réalisation.

5.11. - DEFINITIONS DES RISQUES A COUVRIR

Selon Acte d'Engagement.

NATURE DES RISQUES	FRANCHISES
Agents affiliés CNRACL	
Décès	Néant
Accidents du travail/ Maladie Professionnelle	Néant
C.L.M. – C.L.D.	Néant
Maladie Ordinaire	10 jours fermes par arrêt
Maternité, paternité, adoption	Néant
Agents non affiliés CNRACL	15 jours fermes par arrêt sur le risque Maladie Ordinaire

ARTICLE 6 - SINISTRES

- 6.1. - Par dérogation à toute stipulation contraire, l'adhérent devra déclarer les sinistres dans un délai de 120 jours après qu'il en aura eu connaissance, sauf impossibilité par suite de cas fortuit ou de force majeure.
- 6.2. - L'adhérent devra fournir la description exacte du sinistre ainsi que tous les éléments d'identification de la victime et nécessaires à l'évaluation du sinistre et aux recours éventuels.
- 6.3. - Tout retard dans la déclaration ou la transmission des pièces ci-avant n'aura pour seul effet de réduire l'indemnité à laquelle l'adhérent a droit que dans la limite du préjudice subi par l'assureur en raison de ce retard.

ARTICLE 7 - COTISATION

7.1.- ASSIETTE DE COTISATION :

- Le traitement indiciaire brut,
- Le régime indemnitaire, dans le cas où l'assuré retient la garantie du régime indemnitaire l'assiette de cotisation est augmenté du pourcentage du régime indemnitaire retenu pour la garantie
- Les indemnités versées mensuellement, l'exclusion de celles ayant le caractère de remboursement de frais,
- Le supplément familial de traitement,
- La nouvelle bonification indiciaire.
- Charges patronales : dans le cas où l'assuré retient la garantie des cotisations patronales, l'assiette de cotisation est augmentée du pourcentage des cotisations patronales retenu pour la garantie.

7.2.- TAUX

Agents affiliés à la C.N.R.A.C.L.	COTISATIONS (taux sur la masse des traitements)
• Décès	% des salaires
• Accident du Travail et Maladie Professionnelle	% des salaires
• Congé de Longue Maladie et Congé de Longue Durée	% des salaires
• Maladie Ordinaire Franchise de 10 jours fermes	% des salaires
• Maternité, paternité, adoption	% des salaires
Agents non affiliés CNRACL Franchise de 15 jours fermes sur le risque M.O.	% des salaires

7.3. COTISATION PROVISIONNELLE :

A la souscription, l'assureur détermine une cotisation provisionnelle ayant pour assiette la base de l'assurance déclarée par la Collectivité ou l'Etablissement public contractant.

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. Cette cotisation provisionnelle est payable d'avance annuellement.

A la fin de chaque exercice d'assurance, la Collectivité ou l'Etablissement public contractant adresse à l'assureur, avant le 31 janvier suivant, l'assiette réelle correspondant à la base de l'assurance. L'assureur détermine alors la cotisation annuelle définitive.

L'adhérent est alors tenu au paiement de la cotisation.

Par la suite, la Collectivité ou l'Etablissement public contractant verse une nouvelle cotisation provisionnelle à chaque échéance.

Cette cotisation définitive fait l'objet d'un ajustement et donne lieu, selon le cas, à appel d'un complément de cotisation ou au remboursement du trop perçu.

Cet ajustement de cotisation tient compte des mouvements de personnel (entrées ou sorties) qui interviennent en cours d'exercice.

Chaque collectivité adhérente est seule responsable du paiement des cotisations auprès de l'assureur.

Toute sanction relative au non-paiement de cette cotisation n'est opposable qu'à la collectivité concernée.

Les autres collectivités adhérentes ou le Centre de Gestion ne peuvent pas être rendus solidaires du paiement ou du non-paiement de tout ou partie d'une cotisation par une collectivité adhérente.

7.4.- RETARD ADMINISTRATIF DANS LE PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations du présent contrat devant être payées dans les formes prescrites selon les règlements administratifs en vigueur, les assureurs renoncent à suspendre leurs garanties ou à résilier le contrat si le retard de paiement des cotisations est dû à la seule exécution des formalités administratives (y compris le vote des dépenses).

7.5.- RESILIATION APRES SINISTRE

L'assureur renonce à la résiliation du contrat après sinistre tel que le prévoit l'article R113-10 du Code des assurances.