



Assurons
un monde
plus ouvert

**Présentation détaillée
du contrat groupe et
de ses garanties
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 2022

PRESENTATION DETAILLEE DU CONTRAT GROUPE ET DE SES GARANTIES

Contrat CNRACL 1406 D – Version 2022

TITRE I – DISPOSITIONS GENERALES

PREAMBULE

Le présent document constitue une présentation détaillée du **contrat n° 1406D « Version 2022 »**, souscrit par votre centre de gestion de la Fonction publique territoriale auprès de CNP Assurances, entreprise régie par le code des assurances, auquel, en tant que collectivité, vous avez adhéré.

Ce contrat, régi par le code des assurances, a pour objet de vous garantir le remboursement de tout ou partie des sommes à votre charge en application des dispositions législatives et réglementaires régissant le statut de vos agents permanents titulaires ou stagiaires remplissant les conditions d'admission prévues par le contrat.

Les conditions de votre adhésion et de vos garanties sont explicitées tant à travers les dispositions prévues ci-dessous qu'à travers les dispositions particulières mentionnées dans votre certificat d'adhésion.

Mode de gestion du contrat

Le contrat est géré sous le régime de la capitalisation. Les engagements pris au titre du contrat sont intégralement provisionnés. Ainsi, en cas de résiliation ou au terme du contrat ou de votre adhésion, le paiement des prestations en cours de service, relatives aux sinistres survenus en cours d'assurance, se poursuit jusqu'au terme contractuel de la garantie.

Le sinistre désigne le risque qui se réalise pendant la période d'assurance et qui est sans lien avec un risque survenu antérieurement à la prise d'effet de votre adhésion. 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 de maladie.

ARTICLE 1 – PRISE D'EFFET ET DUREE DE VOTRE ADHESION

Votre adhésion prend effet à la date mentionnée dans votre certificat d'adhésion, sous réserve de sa signature et du paiement de votre cotisation.

La durée de votre adhésion, ainsi que les conditions de sa résiliation, sont précisées dans votre certificat d'adhésion.

En tout état de cause, la résiliation du contrat par le souscripteur entraîne automatiquement la radiation de votre adhésion.

ARTICLE 2 – GARANTIES DU CONTRAT

2.1 Le certificat d'adhésion précise les garanties que vous avez effectivement souscrites.

2.2 Une garantie désigne votre droit à être remboursé (ou le droit à remboursement aux prestataires médicaux désignés) de prestations en cas de réalisation, en cours d'assurance, d'un risque assuré au titre du contrat et précisé dans votre certificat d'adhésion.

2.3 Votre demande de suppression ou de modification de garantie ne peut intervenir pendant la durée de l'adhésion qu'avec l'accord de CNP Assurances. Cette suppression ou modification de garantie devra faire l'objet d'un avenant à votre certificat d'adhésion ou d'un nouveau contrat.

Elle s'appliquera alors aux sinistres survenus postérieurement à la prise d'effet qui sera le 1^{er} janvier de l'année qui suit l'accord.

2.4 L'assureur se réserve le droit de réviser ses conditions de garanties ou autres dispositions en cas de modification des textes législatifs et réglementaires en vigueur.

ARTICLE 3 – ADMISSION AU CONTRAT

Les garanties pouvant être remboursées sont fonction des agents pris en compte dans le cadre du contrat.

Sont admis obligatoirement au contrat la totalité des agents suivants :

- agents titulaires permanents affiliés à la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL), **sauf les agents détachés dans une autre collectivité**,
- agents stagiaires nommés dans un emploi permanent conduisant à pension de la CNRACL,
- agents détachés dans votre collectivité,
- les agents transférés dans votre collectivité, 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 votre collectivité,
- agents bénéficiant d'une période de préparation au reclassement (PPR) visée à l'article 85-1 de la loi du 26 janvier 1984. Il est cependant précisé que la période de préparation au reclassement en tant que telle, n'est pas prise en charge par l'Assureur. Seuls les sinistres survenant au cours de ladite période sont pris en charge dès lors que la garantie correspondante est souscrite.

Ces agents seront pleinement admis au contrat à la date de leur reclassement effectif. A défaut de reclassement (en cas de réintégration de l'agent dans sa position initiale), seules les garanties « décès » et « maternité – adoption – paternité et accueil de l'enfant » sont accordées le cas échéant. Les garanties liées aux droits à congé maladie ou accident de l'agent restent de la seule responsabilité de l'assuré 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 votre registre du personnel.

Tous vos agents, en arrêt de travail pour raison de santé lors de la date de prise d'effet de l'adhésion, 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 de l'adhésion.

Les agents recrutés postérieurement à la date de prise d'effet de votre adhésion sont admis le jour de leur entrée en fonction effective.

Cette disposition ne s'applique pas à la garantie décès qui s'exerce pour ces agents dès la date de leur intégration dans votre collectivité.

Les agents qui changent de régime de retraite (affiliation du régime IRCANTEC au régime CNRACL) en cours d'adhésion 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 votre 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 de votre adhésion sont admis au contrat le jour de la reprise effective de leur activité normale de service.

Pour vos agents à temps partiel thérapeutique, seules les garanties décès, maternité – adoption – paternité et accueil de l'enfant et accident ou maladie imputable au service seront accordées dès la date de prise d'effet de votre adhésion. Ces agents seront admis au contrat le jour de leur reprise effective à temps complet, pour la totalité des garanties que vous avez souscrites.

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 ce risque était garanti auprès d'un autre organisme d'assurance au titre de l'exercice précédent.

ARTICLE 4 – PRISE D'EFFET DES 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 mentionnée dans votre certificat d'adhésion.

ARTICLE 5 – CESSATION DES GARANTIES

Vos garanties cessent :

- à la date à laquelle votre agent ne répond plus aux conditions d'admission prévues à l'article 3,
- à la date de liquidation de la pension vieillesse,
- à la date à laquelle votre 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 votre agent sur vos listes,
- à la date d'échéance du contrat ou de votre certificat d'adhésion,
- à la date d'effet de la résiliation du contrat ou de votre certificat d'adhésion,
- à la date de la mise en disponibilité sur demande de votre agent,
- en cas de défaut de paiement de votre cotisation tel que prévu à l'article 8.3.

ARTICLE 6 – CESSATION DES PRESTATIONS

Le service des prestations en espèces (indemnités journalières) cesse dans tous les cas prévus dans le présent document et en tout état de cause :

- à la date de reprise d'activité de votre agent,
- à la date à laquelle votre 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 votre agent,
- au lendemain du jour du décès de votre agent,
- à la date d'aptitude reconnue par le contrôle médical ou l'expertise médicale (sans préjudice des dispositions prévues par ailleurs pour le risque accident ou maladie imputable au service),
- à la date à laquelle l'agent bénéficie d'une période de préparation au reclassement (visée à l'article 85-1 de la loi du 26 janvier 1984), sauf en cas de sinistres survenus au cours de ladite période.

ARTICLE 7 – BASE DE L'ASSURANCE

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

Elle s'applique aux garanties souscrites portées au certificat d'adhésion. 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 (sauf dans le cas où seule la garantie décès est souscrite),

et de façon optionnelle :

- le supplément familial de traitement,
- l'indemnité de résidence,
- l'indemnité de « vie chère » (uniquement pour les DROM/COM),
- les indemnités accessoires (le complément de traitement indiciaire) à l'exception de celles qui sont rattachées à l'exercice effectif des fonctions ou qui ont le 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 vous êtes redevable.

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 8 – COTISATION D'ASSURANCE

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

Pour les adhésions intervenant en cours d'année, les cotisations dues sont calculées au *pro rata temporis* de la période d'assurance courue.

8.1 Taux de cotisation

Le taux de la cotisation annuelle, fixé par l'assureur, est exprimé en pourcentage de la base de l'assurance. Il est mentionné dans votre certificat d'adhésion.

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

8.2 Détermination et ajustement de votre cotisation

A votre adhésion, l'assureur détermine une cotisation provisionnelle ayant pour assiette la base de l'assurance que vous avez déclarée 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, vous devez adresser 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 votre 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.

Si vous ne respectez pas les 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 %.

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

8.3 Paiement de la cotisation

La cotisation provisionnelle est payable d'avance annuellement. Son montant est réajusté à la clôture de chaque exercice, selon les modalités fixées à l'article 8.2.

A l'adhésion, vous versez une cotisation provisionnelle correspondant au premier exercice d'assurance allant de la date de prise d'effet du certificat d'adhésion jusqu'au dernier jour de l'exercice civil.

Cette cotisation est payable à la date d'exigibilité mentionnée sur l'appel de cotisation.

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 lié à cet ajustement.

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.

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

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

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.

8.4 Révision des cotisations

Les conditions de révision des cotisations prévues par les articles L. 113-4 et suivants du code des assurances, notamment la variation du taux de cotisation en cas d'aggravation ou de diminution du risque, et l'omission ou la déclaration inexacte de votre part, s'appliquent au contrat.

ARTICLE 9 – DECLARATIONS DE LA COLLECTIVITE ADHERENTE

Le certificat d'adhésion est établi par rapport à vos déclarations et la cotisation est fixée en conséquence.

A votre adhésion et en cours d'adhésion, l'assureur se réserve le droit de vous demander 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'indication des droits à maladie déjà octroyés.

Vous devez fournir à l'assureur, en utilisant le formulaire « BASE DE L'ASSURANCE - ASSIETTE DE COTISATION », joint à votre certificat d'adhésion :

- 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 vos 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.

Vous vous engagez à déclarer vos sinistres dans les conditions déterminées à l'article 27 du présent document.

Vous vous engagez à effectuer l'ensemble de ces déclarations en toute bonne foi. 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 votre part entraîne la nullité de votre adhésion.

En tout état de cause, l'assureur se réserve la faculté de vérifier l'exactitude de ces déclarations, à l'adhésion, en cours d'adhésion et après la résiliation ou le terme de l'adhésion.

ARTICLE 10 – CONTROLES MEDICAUX ET EXPERTISES MEDICALES

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

Vous pouvez bénéficier de contre-visites de vos agents dans le cadre des garanties des Titres III et IV et d'expertises médicales de vos agents dans le cadre des garanties du Titre IV, après accord de l'assureur, pour les risques effectivement garantis.

Le coût des contrôles médicaux 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 maladie professionnelle, les contrôles médicaux et expertises médicales ne peuvent être mis en œuvre qu'après réception de votre déclaration d'accident du travail 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 de la commission de réforme ou du comité médical lorsque ceux-ci auront été amenés à se prononcer sur un dossier. Toutefois, l'assureur ou le courtier d'assurance, à sa demande ou à votre demande, fait procéder auprès de vos agents, à un contrôle médical (contre-visite ou expertise), par un médecin agréé ; **les conclusions de ce médecin agréé déterminent 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, vous devez :

- transmettre 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,
- permettre à l'assureur ou au courtier d'assurance, **sous peine de suspension des prestations**, de faire réaliser une contre-visite médicale et éventuellement soumettre à expertise médicale votre 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 la commission de réforme ou l'autorité administrative,
- l'avis du médecin agréé et celui émis par le comité médical,

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 espèce et des prestations en nature pour la période d'arrêt soumise à ce contrôle, nonobstant tout autre avis émanant de la commission départementale de réforme et/ou du comité 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 11 – EXCLUSIONS

Sont exclues les conséquences :

- **de la guerre civile ou étrangère (sauf pour la garantie infirmité de guerre), 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) ; nonobstant ce qui précède, en cas de guerre étrangère, le risque décès ne pourra être couvert que dans les conditions qui seront déterminées par la législation à intervenir sur les assurances sur la vie en temps de guerre, sauf pour la police municipale ou 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 Bq (anciennement 1 curie).

ARTICLE 12 – TERRITORIALITE

Les garanties s'appliquent en France métropolitaine et dans les DROM/COM.

En complément du Titre IV, l'accident de service et l'accident de trajet sur le territoire français et dans le monde entier seront pris en charge dès lors que ceux-ci interviennent dans le cadre d'une mission professionnelle et que vous aurez délivré un ordre de mission.

ARTICLE 13 – 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, vous êtes subrogé dans les droits de votre 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 vos droits et actions 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 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 14 – 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 en application des articles 2240 à 2246 du Code civil (figurant en annexe 3) telles que la citation en justice, le commandement, la saisie, l'acte du débiteur par lequel celui-ci reconnaît le droit de celui contre lequel il prescrivait.

Elle peut également être interrompue par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre, ou l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec avis de réception, adressée 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.

ARTICLE 15 – AUTORITE CHARGEE DU CONTROLE

L'autorité chargée du contrôle de CNP Assurances est l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), 4 Place de Budapest. CS 92459. 75436 PARIS CEDEX 09.

ARTICLE 16 – INFORMATIQUE ET LIBERTES

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 vous communiquiez à l'assureur et/ou au courtier gestionnaire des données à caractère personnel relatives à vos agents, y compris des données de santé, notamment dans le cadre des déclarations de sinistres et des demandes successives. Conformément aux articles 13 et 14 du RGPD, il vous appartient d'informer les personnes concernées des traitements mis en œuvre à cet égard et notamment du fait que CNP Assurances, assureur, et Sofaxis, courtier gestionnaire, sont destinataires de données à caractère personnel les concernant.

L'information des agents relative aux traitements dont CNP Assurances et Sofaxis sont responsables au sens du RGPD est fournie en annexe 4. **Vous devez remettre cette annexe à vos agents.**

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

Sofaxis	CNP Assurances
Sofaxis DPO CS 80006 18020 – BOURGES CEDEX privacy.sofaxis@relyens.eu	CNP Assurances Délégué à la Protection des Données 4 Place Raoul Dautry 75716 PARIS CEDEX 15 dpo@cnp.fr

Afin d'alléger vos travaux déclaratifs et de faciliter l'alimentation de la Banque nationale de données, Sofaxis 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 de votre 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 votre part envoyée à l'adresse suivante : SOFAXIS – CS 80006 – 18020 BOURGES Cedex.

ARTICLE 16 BIS – 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.

A 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 vous identifier (personne morale) ainsi que votre représentant légal (personne physique). Ainsi :

- pour vous, l'identification repose sur la collecte de votre forme juridique, dénomination, adresse, numéro d'immatriculation et du nom de votre représentant légal ;
- pour votre représentant légal, l'identification repose sur la collecte des nom patronymique, prénoms, des date et lieu de naissance.

Le Courtier d'assurance collecte également un document probant justifiant la qualité de votre représentant légal (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 vos éléments d'identification visés ci-dessus et ceux de votre représentant légal à la souscription du contrat, conformément à l'article L. 561-8 du Code monétaire et financier. A 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 vous et votre représentant légal présentez 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 vous, voire à mettre fin au contrat, si les éléments d'identification ou d'informations demandées ci-dessus ne lui sont pas communiqués.

ARTICLE 17 – RECLAMATIONS – MEDIATION

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 – Département collectivités locales, entreprises et courtage - Service développement collectivités locales - 4, place Raoul DAUTRY - 75716 PARIS Cedex 15.

N'oubliez pas de préciser dans votre correspondance le nom de votre collectivité, votre numéro de contrat et le numéro d'identification de votre collectivité.

En cas de désaccord avec une décision de l'assureur et après qu'il aura présenté un premier recours auprès de ce dernier, l'assuré ou le bénéficiaire peut s'adresser à la « Médiation de l'assurance :

- par voie postale : la Médiation de l'assurance – TSA 50110 – 75441 Paris Cedex 09
- par voie électronique : <http://www.mediation-assurance.org/saisir+le+mediateur>

La médiation interrompt la prescription.

L'avis du médiateur ne s'impose pas aux parties en litige qui conservent le droit de saisir les tribunaux.

Le médiateur n'est pas habilité à se prononcer sur les conditions d'admission dans l'assurance.

TITRE II – GARANTIE DECES

ARTICLE 18 – OBJET ET MONTANT DE LA GARANTIE

La garantie a pour objet de vous rembourser le capital versé aux ayants droit en cas de décès d'un agent titulaire, stagiaire ou en service détaché dans votre collectivité.

Les ayants-droit sont 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.

18.1 Montant de la garantie

18.1.1 Dispositions communes

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

La garantie en cas de décès est maintenue au bénéfice des ayants droit pendant une période de trois mois suivant la mise à la retraite de l'agent.

18.2 Décès toutes causes

Le montant du capital décès remboursé est fixé comme suit :

18.2.1 Agents titulaires et agents en cessation progressive d'activité, n'atteignant pas, dans les deux cas, l'âge légal de départ à la retraite, prévu par l'article D. 712-19 du code de la sécurité sociale

Le capital versé est égal à 4 fois le montant forfaitaire prévu dans le régime général 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.

18.2.2 Agents stagiaires et agents titulaires atteignant l'âge légal de départ à la retraite prévu par l'article D. 712-19 du code de la sécurité sociale ou plus

Le capital versé correspond à une somme forfaitaire en vertu 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 pour vos agents stagiaires et des articles D.712-22 et L.361-1 du code de la sécurité sociale pour vos agents titulaires atteignant l'âge légal de départ à la retraite.

18.3 Décès suite à accident de service ou maladie imputable au service

18.3.1 Agents titulaires n'ayant pas atteint l'âge légal de départ à la retraite, le capital est égal à douze fois le montant du dernier traitement indiciaire brut mensuel perçu, augmenté le cas échéant de la majoration pour enfant à charge.

18.3.2 Agents titulaires ayant atteint l'âge légal de départ à la retraite, le capital est égal à douze fois le montant du dernier traitement indiciaire brut mensuel perçu.

18.3.3 Agents stagiaires, le capital versé correspond à une somme forfaitaire en vertu 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.

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

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

Lorsque le fonctionnaire est décédé 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, le capital décès, augmenté le cas échéant de la majoration pour enfant à charge, est égal à douze fois le montant du dernier traitement indiciaire brut mensuel perçu par le fonctionnaire décédé. Il est versé trois années de suite dans les conditions ci-après : le premier versement au décès du fonctionnaire et les deux autres au jour anniversaire de cet événement.

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

Le capital est égal à douze fois le montant du dernier traitement indiciaire brut mensuel perçu. Il est versé trois années de suite dans les conditions ci-après : le premier versement au décès du fonctionnaire et les deux autres au jour anniversaire de cet événement.

18.4.3 Agents stagiaires

Le capital versé correspond à une somme forfaitaire en vertu 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.

18.5 Cas particuliers

18.5.1 Agents autorisés à travailler à temps partiel

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

18.5.2 Agents permanents à temps non complet

Dans le cas d'un décès consécutif à un accident de service ou maladie imputable au service ou à un attentat ou à un acte de dévouement, le capital décès sera versé sur la base du traitement indiciaire brut. En cas de pluralité d'employeurs, ce capital sera proratisé au nombre d'heures effectuées à votre service. Pour les autres cas, le versement est conforme aux conditions visées à l'article 18.2.

ARTICLE 19 - MODALITES DU REGLEMENT DU CAPITAL DECES

Le capital décès dû, au titre du contrat auquel vous avez adhéré, vous est versé. Le versement effectué a un caractère libératoire pour l'assureur.

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

TITRE III – GARANTIE CONGÉS POUR RAISON DE SANTÉ, MATERNITE – ADOPTION – PATERNITE ET ACCUEIL DE L'ENFANT

ARTICLE 20 – OBJET DE LA GARANTIE

La garantie a pour objet de vous rembourser, dans la limite des dispositions des articles 21 et 22, des rémunérations dues à vos agents en cas de réalisation, pendant la période de validité de votre adhésion, 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 en invalidité temporaire,
- placement de l'agent en 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 arrivée d'un enfant en vue de son adoption.

La réalisation du risque est subordonnée à la condition qu'il soit la conséquence d'un congé pour raison de santé ou d'une maternité – adoption – paternité et accueil de l'enfant, lui-même survenu en cours d'assurance.

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 1^{er} 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 comité médical départemental,
- le temps partiel thérapeutique : la date de reprise à temps partiel indiquée sur l'avis du comité médical départemental,
- 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 comité médical départemental et de la sécurité sociale pour la reconnaissance du droit à prestations, ou de la commission départementale de réforme s'agissant de l'allocation d'invalidité temporaire,
- 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 votre décision.

ARTICLE 21 – MONTANT DES 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 votre certificat d'adhésion.
Plus éventuellement :
- de la nouvelle bonification indiciaire et en fonction du pourcentage de l'assiette retenue pour l'indemnisation, mentionné dans votre certificat d'adhésion.

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

ARTICLE 22 – PRISE EN CHARGE DES PRESTATIONS

Le remboursement 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 votre collectivité.

Pendant la durée de l'indemnisation, l'indemnité de résidence, l'indemnité de vie chère, le supplément familial de traitement, les indemnités accessoires, le RIFSEEP 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 votre charge et en fonction du pourcentage de l'assiette retenue pour l'indemnisation.

Ce montant est pris en charge à l'expiration d'un délai de franchise éventuelle fixé dans votre certificat d'adhésion. Celui-ci précise également les risques sur lesquels s'exerce la franchise.

Si, suite à une prise en charge au titre d'un congé de maladie ordinaire, le congé est transformé en congé de longue maladie ou en congé de longue durée, pour la même affection et en cours d'assurance, le point de départ du congé de longue maladie ou du congé de longue durée sera le premier jour d'arrêt de la maladie ordinaire.

Si, suite à la prise en charge au titre de ce congé de longue maladie, le congé est transformé en congé de longue durée, pour la même affection et en cours d'assurance, le point de départ du congé de longue durée sera le premier jour d'arrêt du congé de longue maladie.

22.1 Congé de maladie ordinaire

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

- les trois 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 neuf 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 votre charge.

A défaut d'un délai de franchise fixé dans le certificat d'adhésion, l'indemnité journalière est versée en tenant compte 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.

22.2 Congé de longue maladie

Le remboursement 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 première 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 deux 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 votre charge.

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.

22.3 Congé de longue durée

Le remboursement 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 troisième 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 deux 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 votre charge.

22.4 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 dans la limite d'un an pour une même affection.

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

- pendant trois mois, renouvelables dans la limite d'un an : 1/30^e du traitement indiciaire brut mensuel correspondant au taux d'absence de l'agent, par référence à la quotité de travail déterminée par le médecin traitant et le médecin agréé, ou le cas échéant le comité médical départemental.
- 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 votre charge.

22.5 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 deux 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 ».

22.6 Mise en disponibilité d'office pour raison de santé suite à une inaptitude physique avec 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 à l'article 72 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 et au Titre VII du décret n° 87-602 du 30 juillet 1987.

La mise en disponibilité peut cependant 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 quatrième année ne donne pas droit à rémunération.

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

Le montant des indemnités qui vous sont remboursées est fixé comme suit et en fonction du pourcentage de l'assiette retenue pour l'indemnisation :

- pendant trois 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 ».

22.6.2 Allocation d'invalidité temporaire suite à épuisement des droits à indemnités de coordination, ou congé de longue maladie ou congé de longue durée

Lorsque l'agent est atteint d'une invalidité reconnue par la commission de réforme après avis de la Caisse primaire d'assurance maladie, l'assureur vous rembourse l'allocation que vous avez servie 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.

22.7 Maternité – adoption – paternité et accueil de l'enfant

Congé de maternité

Le remboursement 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).

Naissances multiples

La période de congé légal est respectivement portée à :

- **grossesse gémellaire** : 34 semaines. Cette période commence 12 semaines avant la date présumée de l'accouchement et se termine 22 semaines après. La période d'indemnisation antérieure à la date présumée de l'accouchement peut être augmentée d'une durée maximale de 4 semaines, la période d'indemnisation de 22 semaines postérieure à l'accouchement est alors réduite d'autant,
- **grossesse de triplés ou plus** : 46 semaines. Cette période commence 24 semaines avant la date présumée de l'accouchement et se termine 22 semaines après.

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.

En cas d'état pathologique 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.

Lorsque l'accouchement prématuré intervient 6 semaines avant la date présumée d'accouchement et nécessite l'hospitalisation de l'enfant, la durée s'écoulant entre l'accouchement prématuré et le début de la sixième semaine précédant la date de l'accouchement, s'ajoute au congé maternité. Cette période qui s'ajoute à la durée initiale du congé de maternité ne peut être reportée à la fin de l'hospitalisation de l'enfant.

Lorsque l'accouchement intervient postérieurement à la date prévue d'accouchement, la durée entre la date prévue d'accouchement et la date réelle est prise en compte et ajoutée au congé prénatal.

Congé d'adoption

Le remboursement de l'indemnité journalière prévue ci-dessus est servie par l'assureur pendant une période constituant le congé légal d'adoption : 16 semaines à compter de l'arrivée de l'enfant au foyer, ou dans les 7 jours précédant la date prévue de cette arrivée.

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

Le remboursement de l'indemnité journalière prévue ci-dessus est servi par l'assureur pendant une période constituant le congé légal de paternité soit 25 jours calendaires portés à 32 jours calendaires en cas de naissances multiples. Ce congé peut être fractionné en deux périodes :

- une période de 4 jours consécutifs devant être prise immédiatement après le congé de naissance de l'enfant,
- une période de 21 jours (ou 28 jours en cas de naissances multiples) pouvant être prise, au choix du fonctionnaire, de manière continue ou fractionnée en deux périodes d'une durée minimale de 5 jours chacune ; cette seconde période doit être prise dans les six mois suivant la naissance de l'enfant.

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.

Le congé de paternité et d'accueil de l'enfant est pris en charge conformément aux dispositions statutaires.

Congé de naissance

L'indemnité est versée pendant la période du congé légal soit 3 jours calendaires. Ce congé est pris de manière continue à compter du jour de la naissance de l'enfant ou du premier jour ouvrable qui suit.

Congé pour l'arrivée d'un enfant placé en vue de son adoption

L'indemnité est versée pendant la période du congé légal soit 3 jours calendaires. Ce congé est pris de manière continue ou fractionnée à l'occasion de chaque arrivée d'un enfant placé en vue de son adoption dans les quinze jours entourant l'arrivée de l'enfant adopté.

22.8 Dispositions particulières

22.8.1 Agents autorisés à travailler à temps partiel

Vos agents autorisés à travailler à temps partiel retrouvent leurs droits à temps complet pendant la durée du congé maternité – adoption – paternité et accueil de l'enfant.

22.8.2 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 votre collectivité.

22.8.3 En cas de décès

L'indemnisation cesse le lendemain du jour du décès de l'agent, sous réserve de sa survivance en cours d'assurance (décret n° 2011-796 du 30 juin 2011).

22.9 Agents ayant épuisé leurs droits à prestations

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

Pour la prise en charge de ce maintien du demi-traitement, vous devez fournir à l'assureur :

. l'avis du comité médical stipulant : la date de réintégration, de reclassement ou de mise en disponibilité d'office pour raisons de santé ;

. ou l'avis favorable du comité médical ou de la commission de réforme à la mise en retraite pour invalidité de l'agent et la décision de la CNRACL stipulant sa date d'admission.

TITRE IV – GARANTIE ACCIDENT OU MALADIE IMPUTABLE AU SERVICE

DEFINITIONS

Accident de service

Pour être reconnu comme tel, l'accident doit être survenu à un fonctionnaire, 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 le fonctionnaire 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.

Lorsque 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 des conditions suivantes : 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, ou l'agent, qui exerce une activité de sapeur-pompier volontaire, se blesse au cours d'une mission ou d'un entraînement.

Accident de trajet

Accident dont est victime le fonctionnaire 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 du fonctionnaire ou toute autre circonstance particulière étrangère notamment aux nécessités de la vie courante est de nature à détacher l'accident du service.

Maladies imputables au service :

- Maladies professionnelles figurant aux tableaux des 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 le fonctionnaire de ses fonctions dans les conditions mentionnées à ce tableau.

- Maladies d'origines professionnelles ne remplissant pas les conditions des tableaux des maladies professionnelles : Maladies telles qu'elles sont désignées par les tableaux de maladies professionnelles mentionnés aux articles L.461-1 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 la commission de réforme ou l'autorité administrative.

- Maladies contractées en service ne figurant pas aux tableaux des maladies professionnelles : 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.

ARTICLE 23 – OBJET DE LA GARANTIE

La garantie a pour objet de vous rembourser, dans la limite des dispositions des articles 24 et 25 et du Titre V, des prestations en espèces (indemnités journalières) et des prestations en nature (frais médicaux et funéraires) dues à vos agents, 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 ci-dessus 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 :
 - . cette maladie ou cet accident soit reconnu imputable au service,
- et
- . que la première constatation médicale de la pathologie en cause (fixant la date d'origine de la maladie professionnelle) intervienne en cours d'assurance.

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

- pour toutes déclarations et rechutes avec ou sans arrêt de travail :
 - . obligatoirement l'enquête administrative et/ou la décision de l'autorité administrative mentionnant l'imputabilité au service ou l'avis favorable de la commission départementale de réforme lorsque vous l'avez saisi.
- pour toutes les prolongations de moins d'un an :
 - . la décision de l'autorité administrative mentionnant l'imputabilité au service ou l'avis favorable de la commission départementale de réforme lorsque vous l'avez saisi.
- pour toute prolongation d'arrêt supérieur à un an (article L. 27 du code des pensions civiles et militaires de retraite), pour toute prothèse ou cure thermale, et pour toute maladie professionnelle ou maladie imputable au service, le remboursement est également subordonné à la production de l'avis favorable émanant d'une expertise médicale ou de la commission départementale de réforme.

En cas de désaccord entre la commission départementale de réforme ou l'autorité administrative ou, en cas de doute de l'assureur sur la recevabilité de la demande, vous permettrez à l'assureur, **sous peine de suspension des prestations**, de faire procéder auprès de vos agents à une expertise ou tierce expertise par un médecin agréé.

Les conclusions de cette dernière expertise détermineront la prise en charge ou non des prestations pour la période d'arrêt soumise à ce contrôle, nonobstant tout autre avis émanant de la commission départementale de réforme, du comité médical ou de votre part.

Il est précisé que si l'agent 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 24 – PRESTATIONS EN ESPECES (INDEMNITES JOURNALIERES)

Le montant des indemnités qui vous est remboursé est pris en charge à l'expiration d'une période de franchise éventuelle fixée dans votre certificat d'adhésion.

Par franchise il faut entendre la période, entre la date de reconnaissance du sinistre garanti et le début de l'indemnisation par l'assureur, pendant laquelle les prestations ne sont pas prises en charge par ce dernier.

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

En cas de rechute (cf. article 29.1), la franchise ne sera pas appliquée si celle-ci intervient dans les 30 jours suivant la date de reprise d'activité de votre 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.

24.1 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 votre certificat d'adhésion.
- de la nouvelle bonification indiciaire et en fonction du pourcentage de l'assiette retenue pour l'indemnisation, mentionné dans votre certificat d'adhésion.

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

L'indemnisation cesse :

- le lendemain du jour du décès de l'agent si celui-ci intervient pendant la période de prise en charge par l'assureur.

Pour la reprise de fonction ou consolidation :

- à la date fixée par la décision de l'autorité administrative ou par l'avis de la commission départementale de réforme 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 :

- à la date fixée par la décision de l'autorité administrative ou par l'avis de la commission départementale de réforme ou par le rapport de la dernière expertise.

Si aucune date n'est précisée :

- 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 de la commission départementale de réforme 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.

24.2 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'un congé pour accident ou maladie imputable au service, pris en charge par l'assureur au titre du contrat.

Le remboursement 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 maximale de 6 mois, renouvelable une fois : 1/30^e du traitement indiciaire brut mensuel correspondant au prorata du taux d'absence de l'agent par référence à la quotité de travail déterminée par le médecin traitant et le médecin agréé ou le cas échéant par la commission départementale de réforme,
- 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 votre charge.

Pour la prise en charge des indemnités journalières l'avis de la commission départementale de réforme est nécessaire.

24.3 Dispositions particulières

24.3.1 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.

24.3.2 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 votre collectivité et en fonction du pourcentage de l'assiette retenue pour l'indemnisation.

ARTICLE 25 – PRESTATIONS EN NATURE (FRAIS MEDICAUX ET FRAIS FUNERAIRES)

25.1 Frais médicaux

25.1.1 Objet

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

- un accident ou une 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 à caractère professionnel défini à l'article 23 ci-dessus.

25.1.2 Montant

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

Sans préjudice de l'application de l'article 10 " Contrôles médicaux et expertises médicales", 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 post-consolidation, fournir le protocole de soins et un certificat détaillé des soins et actes.

Les frais médicaux non pris en charge totalement ou partiellement par l'assureur restent à votre charge.

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 professionnelle 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 de la commission de réforme sont nécessaires.

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

25.2 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 et sur présentation d'un acte de décès et décision de l'autorité administrative reconnaissant l'imputabilité au service ou l'avis de la commission départementale de réforme, à une indemnité forfaitaire fixée à 50 % du plafond mensuel de la sécurité sociale en vigueur au jour du décès.

TITRE V – DISPOSITIONS COMMUNES AUX PRESTATIONS DES TITRES II, III ET IV

ARTICLE 26 – REVALORISATION DES PRESTATIONS

Les prestations versées en cas de congés pour raison de santé, maternité – adoption – paternité et accueil de l'enfant, accident ou maladie imputable au service sont revalorisées, pendant la période d'assurance, dans la limite du terme contractuel de la prestation en cours de service à la date de résiliation du contrat, en fonction de l'augmentation générale des traitements de la Fonction publique et des éventuels avancements de l'agent. Cette revalorisation intervient à la date de l'augmentation générale des traitements de la Fonction publique ou de l'avancement de l'agent.

ARTICLE 27 – DELAI DE DECLARATION DES SINISTRES (CF TABLEAUX ANNEXES 1 ET 2)

Aux fins d'indemnisation, vous devez 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 vous lui communiquez les informations requises dans les délais impartis.

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

- **déclaration de sinistre : la non-prise en charge du sinistre (ainsi que l'ensemble des périodes successives se rattachant à l'événement déclencheur),**
- **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.**

27.1 La garantie décès

Vous devez transmettre à l'assureur, dès la survenance du sinistre, le formulaire « DECLARATION DE LA COLLECTIVITE » accompagné de toutes les pièces justificatives énumérées en annexe 2 nécessaires au règlement du dossier.

27.2 La garantie congés pour raison de santé – maternité – adoption – paternité et accueil de l'enfant

Dans tous les cas, le sinistre et les diverses périodes d'arrêt successives doivent être motivés et portés à la connaissance de l'assureur **dans un délai de QUATRE-VINGT-DIX 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 QUATRE-VINGT-DIX JOURS** en accompagnement d'une demande de remboursement établie au moyen du formulaire « DECLARATION DE LA COLLECTIVITE ».

Plus particulièrement, lorsque l'avis des comités médicaux est requis, le procès-verbal du comité portant l'avis devra impérativement parvenir à l'assureur **dans un même délai de QUATRE-VINGT-DIX JOURS** à compter de la date de séance dudit comité.

27.3 La garantie accident ou maladie imputable au service ou maladie professionnelle

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 QUARANTE-CINQ 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 « DECLARATION DE LA COLLECTIVITE » doit être motivée et portée à la connaissance de l'assureur dans **un délai de :**

- **QUARANTE-CINQ 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 QUATRE-VINGT-DIX JOURS** à compter du début de la période présentée.

Les autres justificatifs listés en annexe 1 parviendront à l'assureur **dans un délai de QUATRE-VINGT-DIX JOURS** en accompagnement d'une demande de remboursement établie au moyen du formulaire « DECLARATION DE LA COLLECTIVITE ».

La décision de l'autorité administrative ou l'avis de la commission départementale de réforme ou le rapport de l'expertise devront parvenir à l'assureur **dans le même délai de QUATRE-VINGT-DIX JOURS** à compter de la date de votre décision administrative ou de la séance de la commission de réforme ou de la date du rapport.

27.4 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 strictement rattachés à l'accident imputable au service ou maladie ou maladie imputable au service ou maladie professionnelle dès lors que la déclaration initiale a donné lieu à remboursement.

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

Tous les délais précisés aux articles 27.2, 27.3, 27.4 sont fixés à **TRENTE JOURS**.

ARTICLE 28 – REGLEMENT DES PRESTATIONS

Sous réserve du respect des délais de déclaration des sinistres fixés à l'article 27 du présent document, l'assureur rembourse les sommes dues à réception du formulaire « DECLARATION DE LA COLLECTIVITE » accompagné de l'ensemble des pièces justificatives décrites en annexe 1.

Le service des prestations en espèces cesse dans les cas prévus dans les Titres III et IV 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 ou réglementaires pour l'exercice de son 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 de votre adhésion vous sont réglées directement ou, en cours d'assurance, sont réglées aux prestataires médicaux ou paramédicaux. Les versements effectués ont un caractère libératoire pour l'assureur.

Dans le cas où la prestation aurait été maintenue à tort, vous devrez rembourser à l'assureur ou au courtier d'assurance les sommes indûment perçues dans les 30 jours suivant la demande écrite de l'assureur.

ARTICLE 29 – RECHUTES

29.1 Définition

Seules les garanties congé de longue maladie, congé de longue durée, accident et maladie imputable au service 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 de votre adhésion ou 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 de votre adhésion ou du contrat d'assurance ne sont pas prises en charge sauf si elles ont fait l'objet d'un accord entre vous et l'assureur sur les conditions de leur reprise mentionnées dans votre certificat d'adhésion. Dans ce cas, vous vous engagez à communiquer les conditions générales, les conditions particulières de votre ancien contrat, les déclarations de sinistres, de rechutes et toutes autres pièces nécessaires.

29.2 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 que vous avez retenue et dans les conditions énoncées aux Titres III et IV lors de l'arrêt initial.

Les frais médicaux suivent les règles énoncées à l'article 25 du présent document.

ARTICLE 30 – SERVICE DES PRESTATIONS APRES LE TERME OU APRES RESILIATION DU CONTRAT OU DE L'ADHESION

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 de votre adhésion ou d'une ou des garantie(s) visée(s) aux Titres III et IV, les indemnités journalières afférentes aux sinistres survenus avant la date de fin de terme ou de résiliation du contrat ou de votre adhésion et en cours de service à la date de fin de terme ou de résiliation continuent à être versées selon les conditions prévues ci-avant.

Les prestations en nature consécutives à des accidents et maladies imputables au service en cours de prise en charge au moment du terme ou à la date de la résiliation du contrat ou de votre adhésion 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 un contrôle médical ou une expertise.

Les conclusions de ces derniers détermineront la prise en charge ou non de la prestation. **Votre refus (ou le refus de votre agent) de (se) soumettre à un contrôle médical entraîne automatiquement 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 à l'article 29.2.

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 27 des présentes.

Les pièces suivantes devront être jointes en complément :

DOCUMENTS À FOURNIR	CONGÉS POUR RAIISON DE SANTÉ	MATERNITÉ ADOPTION ⁽⁷⁾ PATERNITÉ ET ACCUEIL DE L'ENFANT ⁽⁸⁾ (10) CONGÉ DE NAISSANCE ⁽¹⁶⁾ CONGÉ POUR L'ARRIVÉE D'UN ENFANT PLACÉ EN VUE DE SON ADOPTION ⁽¹⁵⁾	ACCIDENT DE SERVICE	DÉLAI DE TRANSMISSION DES PIÈCES JUSTIFICATIVES	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. Le cas échéant tout document justifiant que l'agent est le conjoint de la mère enceinte, ou la personne liée à elle par un PACS, ou vivant maritalement avec elle. 3. Certificat de constat des lésions ou prolongation de soins et tous les justificatifs médicaux (volet 1). 4. Pour toute demande de remboursement avec ou sans arrêt. 5. Cure thermique, prothèse, prolongation supérieure à un an, maladies imputables au service, temps partiel thérapeutique, 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. 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 deux fonctionnaires adoptants devra être fournie. 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 de plus de 12 mois ou suite CLM/CLD. Pour CMO < à 12 mois, votre décision spécifiant la quotité attribuée, ainsi que lorsqu'elle est obligatoire, la consultation
DÉCLARATION DU SINISTRE	90 JOURS A COMPTER DE LA SURVENANCE DU SINISTRE		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)	OUI ⁽²⁾ (14) (ou couches pathologiques)	OUI ⁽³⁾ OUI ⁽³⁾ (13)	90 JOURS à compter de la survenance du sinistre	
CERTIFICAT MEDICAL FINAL⁽¹⁴⁾			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 DE LA COMMISSION DE RÉFORME si elle est saisie⁽⁴⁾ (15)			OUI OUI	90 JOURS à compter de la date de la décision administrative ou du rapport d'expertise et de la séance de la commission départementale de réforme	
AVIS FAVORABLE DU COMITÉ MÉDICAL (copie)	OUI (si MO > 6mois, LM/LD, TPT ⁽¹¹⁾ , DO)	-	- -	90 JOURS à compter de la date de séance du comité médical	
AVIS FAVORABLE DE LA CPAM (articles 4 et 15 du décret du 11/01/1960) ou courrier de demande à CPAM	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 DE LA COMMISSION DE RÉFORME⁽⁹⁾	OUI (si AIT / DO*)	-	OUI ⁽⁵⁾ OUI ⁽⁵⁾	90 JOURS à compter de la date du rapport d'expertise et de la séance de la commission départementale de réforme	
AVIS FAVORABLE DU MEDECIN DE PREVENTION			OUI ⁽¹²⁾ OUI ⁽¹²⁾	90 JOURS à compter de la date de l'avis du médecin de prévention	
ATTESTATION VERSEMENT DE LA CAISSE DES DEPOTS 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	LE	OUI ⁽¹⁰⁾	90 JOURS à compter de la survenance du sinistre	<p>préalable du médecin agréé.</p> <p>12. En cas de maladie professionnelle répondant à tous les critères des tableaux de sécurité sociale.</p> <p>13. En cas de soins post-consolidation, fournir un protocole de soins</p> <p>14. Pour tout congé pour invalidité temporaire imputable au service</p> <p>15. En cas de congé pour l'arrivée d'un enfant placé en vue de son adoption ou de congé d'adoption.</p> <p>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 fonctionnaires adoptants devra également être fournie.</p>
DOCUMENT ATTESTANT QUE L'AGENT S'EST VU CONFIER UN ENFANT PAR LE SERVICE DÉPARTEMENTAL D'AIDE SOCIALE A L'ENFANCE, L'AGENCE FRANÇAISE DE L'ADOPTION OU TOUT AUTRE ORGANISME AUTORISÉ POUR L'ADOPTION ET PRÉCISANT LA DATE DE SON ARRIVÉE.		OUI ⁽⁷⁾⁽¹⁵⁾	90 JOURS à compter de la survenance du sinistre	

Pièces complémentaires pouvant être demandées selon que de besoins dans un délai de 90 jours et notamment :

EN CAS DE SINISTRE SURVENANT PENDANT UNE PÉRIODE DE PRÉPARATION AU RECLASSEMENT : Le procès-verbal du Comité médical et la convention relative au projet de période de préparation au reclassement.

MATERNITE : 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.

CONGÉ PATERNITÉ 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.

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 acte de décès.
- La copie du bulletin de paie du mois du décès de l'agent si le décès fait suite à un accident ou à une maladie imputable ou est consécutif à un attentat dans l'exercice des fonctions ou à un acte de dévouement
- L'extrait du Journal Officiel, si le décès est consécutif à un attentat dans l'exercice des fonctions ou à un acte de dévouement.

En outre, des pièces complémentaires peuvent être demandées selon que de besoins.

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 Travail / Maladie Professionnelle / Maladie Imputable au service
 Autre

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 - Articles du Code civil relatifs aux causes ordinaires d'interruption de la prescription

Article 2240

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

Article 2241

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

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

Article 2243

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

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

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

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

ANNEXE 4 – PROTECTION DES DONNÉES 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 Sofaxis, 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 :

- o examen, acceptation, contrôle et surveillance du risque,
- o exécution des garanties des contrats,
- o gestion des contrats,
- o gestion des réclamations et contentieux,
- o exercice des recours,
- o 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 Sofaxis et, le cas échéant, à l'assureur CNP Assurances.

Elles sont destinées :

- aux personnels habilités de Sofaxis, 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 :

Sofaxis	CNP Assurances
Sofaxis DPO CS 80006 18020 - BOURGES CEDEX privacy.sofaxis@relyens.eu	CNP Assurances Délégué à la Protection des Données 4 Place Raoul Dautry 75716 PARIS CEDEX 15 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 Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

**Assurons
un monde
plus ouvert**

