

Contrat IRCANTEC
n° 3411H

Conditions générales

version 2020

**Contrat d'assurance
des collectivités locales
et de leurs établissements
publics à l'égard des agents
titulaires ou stagiaires à temps
non complet et des agents
contractuels affiliés
à l'IRCANTEC**

CONDITIONS GÉNÉRALES

Contrat 3411H Version 2020

SOMMAIRE

TITRE I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 1	:	Objet du contrat
ARTICLE 2	:	Prise d'effet et durée du contrat
ARTICLE 3	:	Garanties du contrat
ARTICLE 4	:	Admission au contrat
ARTICLE 5	:	Prise d'effet des garanties
ARTICLE 6	:	Cessation des garanties
ARTICLE 7	:	Cessation des prestations
ARTICLE 8	:	Base de l'assurance
ARTICLE 9	:	Cotisation d'assurance
ARTICLE 10	:	Déclaration de la collectivité contractante
ARTICLE 11	:	Exclusions
ARTICLE 12	:	Territorialité
ARTICLE 13	:	Subrogation - Recours
ARTICLE 14	:	Prescription
ARTICLE 15	:	Autorité chargée du contrôle
ARTICLE 16	:	Informatique et libertés
ARTICLE 16 BIS	:	Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme
ARTICLE 17	:	Réclamations - Médiation

TITRE II - GARANTIE ACCIDENT OU MALADIE DE VIE PRIVÉE, MATERNITÉ - ADOPTION - PATERNITÉ ET ACCUEIL DE L'ENFANT

ARTICLE 18	:	Objet de la garantie
ARTICLE 19	:	Montant des prestations – Assiette retenue pour l'indemnisation
ARTICLE 20	:	Prise en charge des prestations

TITRE III - GARANTIE ACCIDENT OU MALADIE IMPUTABLE AU SERVICE

ARTICLE 21	:	Objet de la garantie
ARTICLE 22	:	Montant de la prestation – Assiette retenue pour l'indemnisation
ARTICLE 23	:	Prise en charge de la prestation

TITRE IV - DISPOSITIONS COMMUNES AUX PRESTATIONS DES TITRES II ET III

ARTICLE 24	:	Revalorisation des prestations
ARTICLE 25	:	Délai de déclaration des sinistres
ARTICLE 26	:	Règlement des prestations
ARTICLE 27	:	Rechutes
ARTICLE 28	:	Service des prestations après le terme ou après résiliation du contrat

ANNEXE 1 – DOCUMENTS A FOURNIR A L'APPUI DE LA DECLARATION DE SINISTRE

ANNEXE 2 – ARTICLES DU CODE CIVIL RELATIFS AUX CAUSES ORDINAIRES D'INTERRUPTION DE LA PRESCRIPTION

ANNEXE 3 – PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES – MENTION D'INFORMATION DESTINEE AUX AGENTS DES COLLECTIVITES AYANT SOUSCRIT UN CONTRAT D'ASSURANCE STATUTAIRE

DÉFINITIONS

Assureur : désigne CNP Assurances auprès de qui est souscrit le contrat.

Assiette de cotisation et de remboursement : l'assiette est constituée obligatoirement du traitement brut indiciaire majoré éventuellement de la nouvelle bonification indiciaire et de façon optionnelle du supplément familial de traitement, de l'indemnité de résidence, des indemnités accessoires, de l'indemnité vie-chère (uniquement pour les Dom/Com/Rom) et des charges patronales. Les éléments optionnels sont mentionnés dans le formulaire « BASE DE L'ASSURANCE-ASSIETTE DE COTISATION ».

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

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

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

Courtier d'assurance : prestataire désigné par CNP Assurances pour la gestion du présent contrat.

Délai de franchise : désigne la période entre la date de reconnaissance du sinistre et le début de l'indemnisation par l'assureur pendant laquelle les prestations ne sont pas prises en charge par l'assureur.

Délai de carence : désigne la période entre le jour de la constatation de la maladie et le jour à compter duquel les indemnités journalières sont dues par la collectivité contractante à son agent.

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

Exercice d'assurance : désigne la période comprise entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre de la même année (le premier exercice d'assurance désignant la période comprise entre la date d'effet du contrat et le 31 décembre de l'année en cours).

Garantie : désigne le droit à remboursement de la collectivité contractante de prestations en cas de réalisation, en cours d'assurance, d'un risque assuré au titre du contrat et précisé aux conditions particulières.

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 du contrat. Il faut entendre par sinistre un arrêt de travail initial, une prolongation d'un arrêt survenu en cours d'assurance ou un changement de type de congé de maladie.

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

TITRE I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

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

Pour les obligations statutaires des collectivités locales à l'égard de leurs agents contractuels et de leurs agents titulaires ou stagiaires à temps non complet, affiliés à l'Institution de retraite complémentaire des agents contractuels de l'État et des collectivités publiques (IRCANTEC), il conviendra de se référer aux dispositions législatives et réglementaires applicables entre la collectivité contractante et les agents concernés.

ARTICLE 1 – OBJET DU CONTRAT

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

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

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

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

ARTICLE 2 – PRISE D'EFFET ET DURÉE DU CONTRAT

Le contrat prend effet à la date mentionnée aux conditions particulières, sous réserve de sa signature et du paiement de la cotisation.

Il est souscrit pour la durée précisée aux conditions particulières.

Il peut être résilié au 31 décembre de chaque année à l'initiative de l'une ou l'autre des parties au contrat, par lettre recommandée avec avis de réception, adressée au moins 2 mois avant la fin de chaque exercice d'assurance, la résiliation intervenant le 31 décembre à minuit de l'exercice considéré.

ARTICLE 3 – GARANTIES DU CONTRAT

3.1 Le contrat garantit les conséquences des risques suivants :

- maladie ou accident de vie privée, maternité - adoption - paternité et accueil de l'enfant,
- accident ou maladie imputable au service.

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

3.3 Une garantie désigne le droit à remboursement à la collectivité contractante, de prestations en cas de réalisation en cours d'assurance d'un risque assuré au titre du contrat et précisé aux conditions particulières.

3.4 Toute demande de la collectivité contractante de suppression ou de modification de garantie ne peut intervenir pendant la durée du contrat qu'avec l'accord de CNP Assurances. Cette dernière devra faire l'objet d'un avenant 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.

3.5 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 4 – ADMISSION AU CONTRAT

Sont admis obligatoirement au contrat la totalité des agents suivants :

- agents contractuels de droit public affiliés à l'IRCANTEC,
- agents titulaires et stagiaires affiliés à l'IRCANTEC,
- les agents transférés dans la collectivité contractante sont admis au bénéfice du contrat, y compris en arrêt de travail à la date de leur transfert,
- les agents mis à disposition dès lors que leur traitement est assuré par la collectivité contractante,
- agents bénéficiant d'une période de préparation au reclassement (visée à l'article 85-1 de la loi du 26 janvier 1984), **uniquement pour les sinistres survenus au cours de ladite période**. Ces agents seront pleinement admis au contrat à la date de leur reclassement effectif.

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

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

Tous les agents en arrêt de travail pour raison de santé lors de la date de prise d'effet du contrat seront admis au contrat le jour de la reprise effective de leur activité normale de service.

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

Les agents recrutés postérieurement à la prise d'effet du contrat sont admis le jour de leur entrée en fonction effective dans la collectivité contractante couverte par le contrat.

La garantie maternité - adoption - paternité et accueil de l'enfant 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 la garantie maternité - adoption - paternité et accueil de l'enfant était souscrite par la collectivité contractante auprès d'un organisme d'assurance au titre de l'exercice précédent.

Enfin, les agents qui changent de régime de retraite au cours du contrat (radiation du régime CNRACL pour une affiliation au régime IRCANTEC), sont admis dans le contrat à la date de prise d'effet de leur affiliation au nouveau régime de retraite, sous réserve qu'ils soient en activité normale de service à cette date. Si l'agent nouvellement affilié à l'IRCANTEC est en arrêt de travail pour raison de santé à la date de sa nouvelle affiliation, il sera admis au contrat au jour de la reprise effective de son activité normale de service.

ARTICLE 5 – 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 du contrat indiquée aux conditions particulières.

ARTICLE 6 – CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent :

- à la date à laquelle l'agent ne répond plus aux conditions d'admission prévues à l'article 4,
- à la date de liquidation de la pension vieillesse,
- à la date à laquelle l'agent atteint la limite d'âge prévue par les dispositions législatives ou réglementaires pour l'exercice de son activité, sauf en cas de prolongation légale d'activité,
- à la date de radiation de l'agent des listes de la collectivité contractante,
- à la date d'échéance du contrat,
- à la date d'effet de la résiliation du contrat,
- à la date de mise en disponibilité sur demande,
- en cas de défaut de paiement de la cotisation tel que prévu à l'article 9.3 des conditions générales.

ARTICLE 7 – CESSATION DES PRESTATIONS

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

- à la date de reprise d'activité de l'agent,
- à la date à laquelle l'agent atteint la limite d'âge prévue par les dispositions législatives ou réglementaires pour l'exercice de son activité, sauf en cas de prolongation légale d'activité,
- à la date de mise à la retraite de l'agent,
- 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,
- ou le lendemain du jour du décès de l'agent.

ARTICLE 8 – BASE DE L'ASSURANCE

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

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

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

et de façon optionnelle :

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

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

ARTICLE 9 – COTISATION D'ASSURANCE

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

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

9.1 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 aux conditions particulières.

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

9.2 Détermination et ajustement de la cotisation

À la souscription, l'assureur détermine une cotisation provisionnelle ayant pour assiette la base de l'assurance déclarée par la collectivité contractante et mentionnée sur le formulaire « BASE DE L'ASSURANCE – ASSIETTE DE COTISATION ».

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

À la fin de chaque exercice d'assurance, la collectivité contractante adresse à l'assureur, avant le 31 janvier suivant, l'assiette réelle correspondant à la base de l'assurance à l'aide du formulaire « BASE DE L'ASSURANCE – ASSIETTE DE COTISATION ». L'assureur détermine alors la cotisation annuelle définitive.

Cette cotisation définitive donne lieu, après validation du formulaire « BASE DE L'ASSURANCE – ASSIETTE DE COTISATION », selon le cas, à un 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 des mouvements de personnel (entrées ou sorties) qui interviennent en cours d'exercice.

Les régularisations de cotisation d'un montant inférieur ou égal à 5 euros (trop perçu ou appel complémentaire) n'entraînent pas de réajustement.

En cas de non-respect par la Collectivité contractante des délais de transmission du formulaire « BASE DE L'ASSURANCE - ASSIETTE DE COTISATION », l'Assureur se réserve la possibilité, sans préjudice de ses autres droits et actions, d'appeler une cotisation provisionnelle sur la base des éléments du dernier exercice d'assurance majorée de cinq %.

Dans ce contexte, la Collectivité contractante devra adresser les éléments requis au plus tard le 31 mars afin qu'une cotisation définitive soit établie.

9.3 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 au paragraphe 9.2.

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

Cette cotisation 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 complémentaire.

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.

9.4 Révision des cotisations

Les conditions de révision des cotisations prévues par les articles L. 113-4 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 la part de la collectivité contractante, s'appliquent au contrat.

ARTICLE 10 – DÉCLARATIONS DE LA COLLECTIVITÉ CONTRACTANTE

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

À la souscription et au cours du contrat, l'assureur se réserve le droit de demander à la collectivité contractante la liste des agents relevant du contrat. Cette liste précisera 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.

La collectivité contractante doit fournir à l'assureur 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, en utilisant le formulaire « BASE DE L'ASSURANCE – ASSIETTE DE COTISATION ».

La collectivité contractante s'engage à déclarer ses sinistres dans les conditions déterminées à l'article 25 des présentes conditions générales.

La collectivité contractante s'engage à effectuer l'ensemble de ses 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 la part de la collectivité contractante entraîne la nullité du présent contrat.

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

ARTICLE 11 – EXCLUSIONS

Sont exclues les conséquences :

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

ARTICLE 12 – TERRITORIALITÉ

Les garanties s'appliquent en France métropolitaine et dans les Dom/Com/Rom.

En complément du Titre IV des conditions générales, 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 qu'un ordre de mission aura été dûment délivré par la collectivité contractante.

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, la collectivité contractante est subrogée dans les droits de l'agent. Les prestations en cause ayant un caractère indemnitaire et étant versées en réparation du dommage causé à l'agent, l'assureur est donc lui-même subrogé dans les droits de la collectivité contractante contre toute personne responsable du sinistre, et cela jusqu'à concurrence des sommes qu'il a versées, par 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'évènement 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.**

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 2) 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 en ce qui concerne le règlement des prestations.

ARTICLE 15 – AUTORITÉ CHARGÉE DU CONTRÔLE

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

ARTICLE 16 – INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Dans le cadre de l'exécution du contrat, des données à caractère personnel relatives aux agents de la collectivité contractante font l'objet d'un traitement au sens du Règlement général sur la protection des données (Règlement UE 2016/679 du 27 avril 2016, ci-après « RGPD ») ainsi que de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique et aux libertés modifiée (ci-après dénommée « loi Informatique et libertés ») par le courtier d'assurance et peuvent être transmises à l'assureur.

Chaque partie respecte les exigences de la réglementation applicable à la protection des données à caractère personnel pour les traitements mis en œuvre dans le cadre de l'exécution de ce contrat.

Conformément à ladite réglementation et en particulier les articles 13 et 14 du RGPD et 32 de la loi Informatique et Libertés modifiée, la collectivité contractante informe ses agents que des traitements de données à caractère personnel les concernant, comportant entre autres des données de santé, sont mis en œuvre dans le cadre de la gestion du contrat d'assurance. L'information des agents porte notamment sur :

- l'identité et les coordonnées du ou des responsables du traitement,
- la finalité poursuivie par le traitement auquel les données sont destinées ainsi que la base juridique du traitement,
- les destinataires ou catégories de destinataires des données et notamment du fait que leurs données sont transmises à l'assureur et au courtier d'assurance,
- la durée de conservation des données personnelles ou les critères utilisés pour déterminer cette durée,
- l'existence des droits d'accès, de rectification, d'opposition, d'effacement, de limitation, de portabilité et de retrait du consentement pour motifs légitimes,
- l'existence du droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.

Les demandes d'exercice de leurs droits par les agents sont effectuées, directement auprès du Délégué à la protection des données du courtier gestionnaire (cf. coordonnées infra) ou auprès de la collectivité contractante. La collectivité contractante transmet alors ces demandes dans les meilleurs délais au courtier d'assurance afin que les demandes régulières d'exercice de droits soient traitées dans un délai d'un mois, conformément à la réglementation.

SOFAXIS
DPO
CS 80006 - 18020 BOURGES Cedex
privacy.sofaxis@relyens.eu

Afin d'alléger les travaux déclaratifs de la collectivité contractante 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 du contrat d'assurance statutaire, vers l'application PRORISQ mise à disposition par la Caisse des Dépôts et Consignations.

Ces transferts seront réalisés, sauf opposition de la collectivité contractante envoyée à l'adresse suivante : SOFAXIS – CS 80006 – 18020 BOURGES Cedex

ARTICLE 16 BIS – LUTTE CONTRE LE BLANCHIEMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

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

- pour la Collectivité contractante, l'identification repose sur la collecte de la dénomination, de l'adresse et du nom du représentant légal ;
- pour le représentant légal de la Collectivité contractante, 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 représentant légal de la Collectivité contractante (par exemple et sans que cette liste ne soit limitative, le décret de nomination ou la délégation de pouvoir). Le Courtier d'assurance s'engage à collecter les éléments d'identification visés ci-dessus de la Collectivité contractante et de son représentant légal à la souscription du contrat, conformément à l'article L. 561-8 du Code monétaire et financier. 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 la Collectivité contractante et son représentant légal présentent un faible risque de blanchiment ou de financement du terrorisme.

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

ARTICLE 17 – RÉCLAMATIONS – MÉDIATION

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

- par internet : un formulaire est à votre disposition sur le site internet : <http://www.cnp.fr/assures/contact>,
- par courrier : CNP Assurances - Département collectivités locales, entreprise 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 la collectivité locale, le numéro de contrat et le numéro identifiant de la 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 – TSA 50110 – 75441 PARIS Cedex 09 ».

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 MALADIE OU ACCIDENT DE VIE PRIVÉE, MATERNITÉ - ADOPTION - PATERNITÉ ET ACCUEIL DE L'ENFANT

ARTICLE 18 – OBJET DE LA GARANTIE

La garantie a pour objet le remboursement à la collectivité contractante, dans la limite des dispositions des articles 19 et 20 des présentes conditions générales, des rémunérations qu'elle doit à ses agents en cas de réalisation pendant la période de validité du contrat d'assurance, d'un des risques suivants :

- congé de maladie ordinaire,
- congé de grave maladie,
- congé de maternité - adoption - paternité et accueil de l'enfant.

La réalisation du risque est subordonnée à la condition qu'il soit la conséquence d'une maladie ou d'un accident de la vie privée ou d'une maternité - adoption - paternité et accueil de l'enfant, lui-même survenu en cours d'assurance.

Pour les agents effectuant plus de 150 heures par trimestre, le remboursement de leurs rémunérations est subordonné à la prise en charge par la sécurité sociale ; ce remboursement vient en déduction des prestations en espèces servies par la sécurité sociale.

ARTICLE 19 – 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 éléments optionnels retenus « charges patronales » et/ou « indemnités accessoires » et/ou « RIFSEEP » et/ou « indemnité de résidence » et/ou « supplément familial de traitement » sont indemnisés dans la limite des sommes réellement à la charge de la collectivité contractante.

ARTICLE 20 – PRISE EN CHARGE DES PRESTATIONS

Le montant des indemnités journalières visé ci-après est exprimé en pourcentage de la 30^e partie des éléments mensuels de rémunération en vigueur à la date de l'arrêt de travail, selon la base de l'assurance retenue par la collectivité contractante et définie dans le formulaire « BASE DE L'ASSURANCE – ASSIETTE DE COTISATION ».

Pendant la durée de l'indemnisation, l'indemnité de résidence, 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 ».

Ce montant est pris en charge à l'expiration d'un délai de franchise éventuelle fixé dans les conditions particulières. Celles-ci précisent également les risques sur lesquels s'exerce la franchise.

A défaut d'un délai de franchise fixé dans les conditions particulières, 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.

Pour les agents autorisés à travailler à temps partiel, les prestations sont calculées au prorata du taux de travail effectué sauf pour la garantie maternité - adoption - paternité et accueil de l'enfant, pour laquelle l'agent retrouve ses droits à temps complet.

Si suite à une prise en charge au titre d'un congé de maladie ordinaire le congé est transformé en congé de grave maladie, le point de départ du congé de grave maladie pour la même affection, sera le premier jour d'arrêt de la maladie ordinaire. La franchise appliquée sur le risque maladie ordinaire est maintenue.

En cas de décès, 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 (décret n° 2011-796 du 30 juin 2011).

20.1 Maladie ou accident de vie privée

20.1.1 Congé de maladie ordinaire

Agents titulaires ou stagiaires à temps non complet affiliés à l'IRCANTEC

- jusqu'au 90^e jour d'arrêt de travail : 100 % de la base de l'assurance, du 91^e au 365^e jour d'arrêt de travail : 50 % de la base de l'assurance.

Le taux de 50 % est toutefois porté à 66,66 % si l'agent a au moins 3 enfants à charge au sens des articles R. 313-12 ou L. 313-3 du code de la sécurité sociale.

Agents contractuels affiliés à l'IRCANTEC

Après 4 mois de service :

- jusqu'à la fin du 1er mois d'arrêt de travail : 100 % de la base de l'assurance,
- pendant le mois suivant : 50 % de la base de l'assurance.

Après 2 ans de service :

- jusqu'à la fin du 2e mois d'arrêt de travail : 100 % de la base de l'assurance,
- pendant les 2 mois suivants : 50 % de la base de l'assurance.

Après 3 ans de service :

- jusqu'à la fin du 3e mois d'arrêt de travail : 100 % de la base de l'assurance,
- pendant les 3 mois suivants : 50 % de la base de l'assurance.

Le taux de 50 % est toutefois porté à 66,66 % si l'agent a au moins trois enfants à charge au sens des articles L. 313-3 ou R. 313-12 du code de la sécurité sociale.

20.1.2 Congé de grave maladie

a) Agents titulaires ou stagiaires à temps non complet affiliés à l'IRCANTEC

- jusqu'à la fin du 12e mois d'arrêt de travail : 100 % de la base de l'assurance,
- pendant les 24 mois suivants : 50 % de la base de l'assurance.

Le taux de 50 % est toutefois porté à 66,66 % si l'agent a au moins 3 enfants à charge au sens des articles R. 313-12 ou L. 313-3 du code de la sécurité sociale.

b) Agents contractuels affiliés à l'IRCANTEC

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

- jusqu'à la fin du 12^e mois d'arrêt de travail : 100 % de la base de l'assurance,
- pendant les 24 mois suivants : 50 % de la base de l'assurance.

Le taux de 50 % est toutefois porté à 66,66 % si l'agent a au moins 3 enfants à charge au sens des articles R. 313-12 ou L. 313-3 du code de la sécurité sociale.

20.2 Maternité - Adoption - Paternité et accueil de l'enfant

Congé de maternité

Agents contractuels ayant 6 mois de service et agents titulaires ou stagiaires à temps non complet affiliés à l'IRCANTEC, pendant les périodes d'indemnisation ci-après : 100 % de la base de l'assurance.

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 ; si l'accouchement a lieu avant la date présumée, la durée d'indemnisation n'est pas réduite pour autant.

Les périodes peuvent être augmentées du congé supplémentaire maximum de 2 semaines pour grossesse pathologique sur justificatif attestant que l'état pathologique résulte de la grossesse.

Lorsque l'accouchement prématuré intervient 6 semaines avant la date présumée d'accouchement et nécessite l'hospitalisation postnatale de l'enfant, la durée s'écoulant entre l'accouchement prématuré et le début de la 6^e semaine précédant la date présumée d'accouchement, s'ajoute au congé maternité.

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

Congé d'adoption

L'indemnité journalière prévue ci-dessus sera servie par l'assureur pendant une période constituant le congé légal d'adoption : 10 semaines à compter de l'arrivée de l'enfant au foyer, 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

L'indemnité est versée pendant la période du congé légal soit 11 jours portés à 18 jours en cas de naissance multiple. Il devra être pris dans les 4 mois suivant la naissance ou l'accueil 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 L331-8 et D331-3 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 primaire d'assurance maladie.

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

TITRE III - GARANTIE ACCIDENT OU MALADIE IMPUTABLE AU SERVICE

DÉFINITIONS

Accident du travail : Accident survenu dans le temps et sur les lieux habituels du travail, dans l'exercice des fonctions, ou à l'occasion de l'exercice de celles-ci .

Accident de trajet : Accident survenu à un agent pendant le trajet d'aller et de retour, entre :

1°) la résidence principale, une résidence secondaire présentant un caractère de stabilité ou tout autre lieu où l'agent se rend de façon habituelle pour des motifs d'ordre familial et le lieu du travail. Ce trajet peut ne pas être le plus direct lorsque le détour effectué est rendu nécessaire dans le cadre d'un covoiturage régulier ;

2°) le lieu du travail et le restaurant, la cantine ou, d'une manière plus générale, le lieu où l'agent prend habituellement ses repas, et dans la mesure où le parcours n'a pas été interrompu ou détourné pour un motif dicté par l'intérêt personnel et étranger aux nécessités essentielles de la vie courante ou indépendant de ses fonctions.

Maladies imputables au service

- Les maladies résultant de l'exercice des fonctions et correspondant à l'une des maladies professionnelles reconnues en application de l'article L. 461-2 du code de la sécurité sociale et des tableaux d'affectation professionnelle établis en vertu de cet article.

Ainsi que :

- les maladies désignées dans un tableau de maladies professionnelles 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 le travail habituel de l'agent ;
- les maladies contractées en service, non visées à l'article L.461-2 du code de la sécurité sociale lorsqu'il est établi qu'elles sont essentiellement et directement causées par le travail habituel de l'agent et qu'elles entraînent une incapacité permanente d'un taux évalué dans les conditions mentionnées à l'article L.434-2 du code de la sécurité sociale et au moins égale à un pourcentage déterminé.

Ces maladies devant répondre aux conditions fixées aux articles L.461-2 alinéa 4, R.461-8 du code de la sécurité sociale.

ARTICLE 21 – OBJET DE LA GARANTIE

La garantie a pour objet le remboursement à la collectivité contractante, dans la limite des dispositions de l'article 22 des présentes conditions générales, des rémunérations dues aux 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, sous réserve, pour la maladie, que :
 - . cette maladie professionnelle soit reconnue imputable par la Caisse Primaire d'assurance Maladie,
 - 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 les agents titulaires et contractuels, le remboursement de leurs rémunérations est subordonné à la prise en charge par la sécurité sociale celui-ci vient en déduction des prestations en espèces servies par la sécurité sociale.

ARTICLE 22 – MONTANT DE LA PRESTATION – ASSIETTE RETENUE POUR L'INDEMNISATION

Le traitement brut retenu pour l'indemnisation est celui de l'agent au jour de la prise en charge par l'assureur.

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.

Le montant de l'indemnité journalière visé ci-après est exprimé en pourcentage de la 30^e partie des éléments mensuels de rémunération en vigueur à la date de l'arrêt de travail majoré éventuellement des éléments optionnels figurant sur le formulaire « BASE DE L'ASSURANCE – ASSIETTE DE COTISATION ».

Ce montant est pris en charge à l'expiration d'une période de franchise éventuelle fixée dans les conditions particulières.

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

En cas de décès, 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 (décret n° 2011-796 du 30 juin 2011).

ARTICLE 23 - PRISE EN CHARGE DE LA PRESTATION

a) Agents titulaires ou stagiaires à temps non complet affiliés à l'IRCANTEC

- jusqu'à la fin du 3^e mois d'arrêt de travail : 100 % de la base de l'assurance.

b) Agents contractuels affiliés à l'IRCANTEC

Pour un agent ayant une ancienneté inférieure à 1 an :

- jusqu'à la fin du 1^{er} mois d'arrêt de travail : 100 % de la base de l'assurance.

Pour un agent ayant entre 1 an et 3 ans d'ancienneté :

- jusqu'à la fin du 2^e mois d'arrêt de travail : 100 % de la base de l'assurance.
- Pour un agent ayant une ancienneté supérieure à 3 ans :
- jusqu'à la fin du 3^e mois d'arrêt de travail : 100 % de la base de l'assurance.

TITRE IV - DISPOSITIONS COMMUNES AUX PRESTATIONS DES TITRES II ET III

ARTICLE 24 - REVALORISATION DES PRESTATIONS

Les prestations versées en cas de maladie ou accident de vie privée, maternité - adoption - paternité et accueil de l'enfant, accident ou maladie imputable au service ou maladie professionnelle 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 25 – DÉLAI DE DÉCLARATION DES SINISTRES (CF. ANNEXE 1)

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

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

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

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

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

25.1 La garantie maladie ou accident de vie privée, 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 « DÉCLARATION DE LA COLLECTIVITÉ ».

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

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

La déclaration de l'accident ou maladie imputable au service ou maladie professionnelle établie au moyen du formulaire « DÉCLARATION DE LA COLLECTIVITÉ » doit être motivée et portée à la connaissance de l'assureur dans **un délai de TRENTE JOURS** à compter du début de la période présentée.

Le certificat médical initial et l'enquête administrative doivent parvenir 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 le **délai de QUATRE-VINGT-DIX JOURS** en accompagnement d'une demande de remboursement établie au moyen du formulaire « DÉCLARATION DE LA COLLECTIVITÉ ».

25.3 Modalités particulières de déclarations des sinistres après résiliation ou après le terme du contrat

Tous les délais précisés aux articles 25.1 et 25.2 **sont fixés à TRENTE JOURS**.

ARTICLE 26 – RÉGLEMENT DES PRESTATIONS

Sous réserve du respect du délai de déclaration des sinistres fixé à l'article 25 des présentes conditions générales, l'assureur rembourse les sommes dues à réception de la déclaration de la collectivité contractante accompagnée de l'ensemble des pièces justificatives décrites en annexe 1.

Le service des prestations cesse 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 le lendemain du jour du décès de l'agent.

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

Les prestations dues au titre du contrat sont réglées à la collectivité contractante. Les versements effectués ont un caractère libératoire pour l'assureur.

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

ARTICLE 27 – RECHUTES

27.1 Définition

Seules les garanties congé grave maladie, accident ou maladie imputable au service et maladie professionnelle peuvent donner lieu à rechute.

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

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

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

27.2 Montant de la prestation

Le montant des indemnités journalières est exprimé en pourcentage de la 30^e partie des éléments mensuels de rémunération en vigueur à la date de la rechute, selon la base de l'assurance retenue par la collectivité contractante et dans les conditions énoncées aux Titres II et III du contrat en cours lors de l'arrêt initial.

ARTICLE 28 – SERVICE DES PRESTATIONS APRÈS LE TERME OU APRÈS RÉSILIATION DU CONTRAT

Le contrat est géré en capitalisation. Les engagements pris au titre du présent contrat sont intégralement provisionnés.

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

Rechutes

Les rechutes liées à un sinistre survenu pendant la période d'assurance sont prises en charge dans les mêmes conditions que celles exposées au paragraphe 27.2.

ANNEXE 1

Afin de respecter les délais prévus par le contrat, les arrêts de travail doivent être déclarés sur le formulaire « DÉCLARATION DE LA COLLECTIVITÉ » et adressés à l'assureur sans attendre le décompte de la CPAM, qui sera transmis dès réception.

Les pièces justificatives à joindre au formulaire « DÉCLARATION DE LA COLLECTIVITÉ » sont les suivantes :

I – MALADIE OU ACCIDENT DE VIE PRIVÉE, MATERNITÉ – ADOPTION – PATERNITÉ ET ACCUEIL DE L'ENFANT

- La déclaration de la collectivité,
- le certificat médical initial plaçant l'agent en arrêt et les certificats de prolongation,
- la copie de l'avis favorable du comité médical départemental pour le congé de grave maladie,
- les décomptes de remboursement émis par la sécurité sociale,
- l'attestation certifiant la couverture du risque maternité auprès de l'ancien assureur les 10 premiers mois de la souscription du contrat,
- l'attestation d'adoption,
- la copie du dernier bulletin de paie du mois correspondant à la date de survenance du sinistre,
- l'attestation du nombre d'enfant.

Pour le congé de paternité et accueil de l'enfant :

- l'attestation de la Caisse nationale d'allocation familiale par l'intermédiaire de la Caisse primaire d'assurance maladie,
- un 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.

Pour le congé de 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.

II – ACCIDENT OU MALADIE IMPUTABLE AU SERVICE

- la déclaration de la collectivité,
- le certificat médical initial plaçant l'agent en congé pour accident ou maladie imputable au service, les certificats de prolongation et le certificat médical final,
- les décomptes de remboursement émis par la sécurité sociale,
- la copie du dernier bulletin de paie du mois correspondant à la date de survenance du sinistre,
- l'enquête administrative et la déclaration écrite des témoins et de l'agent, en cas d'accident imputable au service (événement initial et rechute),
- le rapport de gendarmerie ou procès-verbal de police.

EN CAS DE SINISTRE(S) SURVENU(S) PENDANT UNE PERIODE DE PREPARATION AU RECLASSEMENT les pièces justificatives complémentaires suivantes devront être jointes :

- le procès-verbal du Comité Médical,
- la convention relative au projet de période de préparation au reclassement,

L'assureur se réserve la possibilité de solliciter toute pièce complémentaire en tant que de besoins.

ANNEXE 2 - 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.

Contact :
Service des collectivités locales

Téléphone **01 34 53 56 56**
Télécopie **01 34 53 56 10**
E.mail **service-plus@cnp.fr**

de 9 h à 17 h,
du lundi au vendredi

assurer tous les avenirs

Contact :
Service des Collectivités Locales

Téléphone **01 34 53 56 56**
Télécopie **01 34 53 56 10**
E.mail **service-plus@cnp.fr**

De 9 h à 17 h,
du lundi au vendredi

