**MODÈLE DE DÉLIBÉRATION**

**(Délibération exécutoire à retourner impérativement au Centre de gestion**

**au plus tard le 15 décembre 2021 accompagnée de la convention de gestion)**

Délibération n°………………………

Séance du ……………………………………..

Adhésion au contrat d’assurance groupe mis en place par le CDG 84 pour la couverture des risques statutaires

Le …………………………………. *(date)*, à …………………… *(heure)*, se sont réunis, …………………………………. *(lieu),* les membres du Conseil Municipal *(ou autre assemblée)*, sous la présidence de ……………………………………, dûment convoqués le ………………………………….. .

Présents : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………

Représenté(s) par pourvoir : ………………………..................……………………………………………………………………..

Absent(s) et excusé(s) : ……………………………………………………………………………………………………………………….

Secrétaire de séance : ……………………………………………………………………………………………….………………………..

Le Maire expose :

• que dans le cadre de la mise en place du contrat d’assurance groupe à adhésion facultative garantissant les risques statutaires des collectivités et établissements publics du Vaucluse, le Centre de Gestion de la fonction publique territoriale de Vaucluse a lancé une consultation sous la forme d’une procédure concurrentielle avec négociation,

• que ***la commune ou l’établissement public***, par délibération du ***(date)***, a donné mandat au Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale de Vaucluse pour la négociation d’un contrat d’assurance statutaire garantissant les frais laissés à sa charge, en vertu de l’application des textes régissant le statut de ses agents, conformément à l’article 26 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la Fonction Publique Territoriale et au décret n°86-552 du 14 mars 1986;

• que, par circulaire du 11 août 2021, le Centre de Gestion a informé ***la commune ou l’établissement public*** de l’attribution du marché au groupement SOFAXIS/CNP ASSURANCES et des conditions du contrat.

Le ………………………………………………………. ***(désignation de l’assemblée délibérante)***, invité à se prononcer,

Ouï l’exposé de M…………………………………………………….. ***(Maire ou Président)*** et sur sa proposition,

**Après en avoir délibéré,**

Vu la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la Fonction Publique Territoriale, notamment son article 26,

Vu le décret n° 86-552 du 14 mars 1986 pris pour l’application du 2ème alinéa de l’article 26 de la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 et relatif aux contrats d’assurance souscrits par les centres de gestion pour le compte des collectivités locales et établissements publics territoriaux,

Vu la délibération n°21-04 du conseil d’administration du Centre de gestion de Vaucluse en date du 18 mars 2021 relative au projet de souscription d’un contrat d’assurance groupe pour la couverture du risque statutaire,

Vu la délibération n°…… du conseil d’administration du Centre de gestion de Vaucluse en date du 29 juillet 2021, autorisant le Président du CDG84 à signer le marché avec le groupement SOFAXIS / CNP ASSURANCES,

Vu la délibération n°…… du conseil d’administration du Centre de gestion de Vaucluse en date du 29 juillet 2021 approuvant la convention de gestion définissant les conditions dans lesquelles s’établissent et s’organisent, entre le CDG et la collectivité, les relations relatives à la gestion du contrat d’assurance statutaire souscrit par la collectivité,

**APPROUVE** l’adhésion au contrat groupe de couverture des risques statutaires mis en place par le Centre de gestion de Vaucluse et attribué au groupement SOFAXIS / CNP ASSURANCES, selon les caractéristiques suivantes :

Durée du contrat : 4 ans (date d’effet 01/01/2022)

Régime du contrat : capitalisation

Garantie des taux :

* CNRACL Petit Marché (collectivités de moins de 30 agents) : 3 ans
* CNRACL Supseuil (collectivités de plus de 30 agents) : 2 ans
* IRCANTEC : 2 ans

Préavis : contrat non résiliable durant les 2 premières années puis résiliable annuellement à l’échéance moyennant un préavis de 8 mois pour l’assureur et l’assuré.

***A adapter en fonction de l’employeur public***

* **Agents CNRACL**

***Pour les collectivités de moins de 30 agents***

***Si choix de la formule 1 :***

* Risques garantis et conditions :
* Accident du travail / maladie professionnelle

Frais de soins (y compris reprise du passé) + Remboursement de la rémunération sans franchise

* Décès
* Longue maladie / longue durée

Remboursement de la rémunération sans franchise

* Maternité / adoption
* Maladie ordinaire

Remboursement de la rémunération avec franchise 10 jours

* Taux : 6,23 %

***Si choix de la formule 2 :***

* Risques garantis et conditions :
* Accident du travail / maladie professionnelle

Frais de soins (y compris reprise du passé) + Remboursement de la rémunération sans franchise

* Décès
* Longue maladie / longue durée

Remboursement de la rémunération sans franchise

* Maternité / adoption
* Maladie ordinaire

Remboursement de la rémunération avec franchise 15 jours

* Taux : 6,06 %

***Si choix de la formule 2 bis :***

* Risques garantis et conditions :
* Accident du travail / maladie professionnelle

Frais de soins (y compris reprise du passé) + Remboursement de la rémunération avec franchise 15 jours

* Décès
* Longue maladie / longue durée

Remboursement de la rémunération sans franchise

* Maternité / adoption
* Maladie ordinaire

Remboursement de la rémunération avec franchise 15 jours

* Taux : 5,73 %

***Si choix de la formule 3 :***

* Risques garantis et conditions :
* Accident du travail / maladie professionnelle

Frais de soins (y compris reprise du passé) + Remboursement de la rémunération sans franchise

* Décès
* Longue maladie / longue durée

Remboursement de la rémunération sans franchise

* Maternité / adoption
* Maladie ordinaire

Remboursement de la rémunération avec franchise 30 jours

* Taux : 5,49 %

***Si choix de la formule 3 bis :***

* Risques garantis et conditions :
* Accident du travail / maladie professionnelle

Frais de soins (y compris reprise du passé) + Remboursement de la rémunération avec franchise 30 jours

* Décès
* Longue maladie / longue durée

Remboursement de la rémunération sans franchise

* Maternité / adoption
* Maladie ordinaire

Remboursement de la rémunération avec franchise 30 jours

* Taux : 5,05 %

***Si choix de la formule 4 :***

* Risques garantis et conditions :
* Accident du travail / maladie professionnelle

Frais de soins (y compris reprise du passé) + Remboursement de la rémunération sans franchise

* Décès
* Longue maladie / longue durée

Remboursement de la rémunération sans franchise

* Maladie ordinaire

Remboursement de la rémunération avec franchise 10 jours

* Taux : 5,83 %

***Si choix de la formule 4 bis :***

* Risques garantis et conditions :
* Accident du travail / maladie professionnelle

Frais de soins (y compris reprise du passé) + Remboursement de la rémunération avec franchise 30 jours

* Décès
* Longue maladie / longue durée

Remboursement de la rémunération sans franchise

* Maladie ordinaire

Remboursement de la rémunération avec franchise 30 jours

* Taux : 4,65 %

*A noter : les taux indiqués ci-dessus ne seront valables que si les modalités de calcul du capital décès au 1er janvier 2022 restent identiques à celles de 2021. Dans le cas où celles-ci seraient définies en référence à une règlementation antérieure (2020 ou antérieures à 2016), les taux seraient diminués de 0,08% et seraient donc les suivants :*

|  |  |
| --- | --- |
| *Formule* | *Taux global toutes garanties avec décès base 2020 ou base antérieure à 2016 (sans RI)* |
| *1* | *6,15%* |
| *2* | *5,98%* |
| *2bis* | *5,65%* |
| *3* | *5,41%* |
| *3bis* | *4,97%* |
| *4* | *5,75%* |
| *4bis* | *4,57%* |

***Pour les collectivités de plus de 30 agents***

Risques garantis et conditions :

***(mentionner les garanties retenues, la franchise éventuelle et le taux)***

* **Agents IRCANTEC** ***(si retenu par l’employeur public)***
* Risques garantis : accident du travail, maladie professionnelle, maternité, adoption, grave maladie, maladie ordinaire
* Conditions : sans franchise, sauf franchise de 10 jours pour la maladie ordinaire
* Taux : 1,10% de la masse salariale assurée

**AUTORISE** *le Maire/le Président* à signer tout acte nécessaire à cet effet,

**APPROUVE** la convention de gestion définissant les conditions dans lesquelles s’établissent et s’organisent, entre le CDG84 et la collectivité, les relations relatives à la gestion du contrat d’assurance statutaire souscrit,

**AUTORISE** *le Maire/le Président* à signer la convention précitée avec le Centre de gestion de Vaucluse.

Fait et délibéré à ……………………….. le ………………………………….

Pour copie conforme au registre,

…………………………., le ……………………..

Le Maire/Président

(prénom, nom, signature)