

**CENTRE DE GESTION  
DE LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE  
DE VAUCLUSE**

80 rue Marcel Demonque  
AGROPARC  
CS 60508  
**84908 AVIGNON CEDEX 9**

Tél : 04 32 44 89 30

**EXTRAIT DU REGISTRE  
DES DELIBERATIONS DU  
CONSEIL D'ADMINISTRATION**

Séance du 17 septembre 2024

**N° 24/23**

L'an deux mille vingt-quatre le dix-sept septembre à onze heures, le Conseil d'administration du Centre de gestion, régulièrement convoqué, s'est réuni au nombre prescrit par la loi, dans le lieu habituel de ses séances, sous la présidence de Monsieur Maurice CHABERT.

**OBJET :**

Attribution et autorisation de signature du marché d'assurance complémentaire

**Etaient présents** : Monsieur Hervé FLAUGERE, Monsieur Didier PERELLO, Monsieur Gilles RIPERT, Monsieur André AIELLO, Monsieur Marc MOSSE, Monsieur Max RASPAIL, Monsieur Jean-Pierre LARGUIER, Monsieur Frédéric ROUET, Monsieur Nicolas PAGET, Madame Sophie MARQUEZ, Monsieur François LUCAS, Monsieur Julien MERLE, Madame Christine LANTHELME, Madame Martine DURIEU.

**Etaient représentés** : Madame Dominique ANCEY a donné procuration à Monsieur Maurice CHABERT pour la représenter et voter en son nom, Madame Laurence CHABAUD – GEVA a donné procuration à Monsieur Max RASPAIL pour la représenter et voter en son nom, Monsieur Serge SOLET a donné procuration à Monsieur Didier PERELLO pour le représenter et voter en son nom.

**Etaient absents excusés** : Monsieur Alain OUDARD et sa suppléante Madame Jocelyne RAVET, Madame Carine BLANC et sa suppléante Madame Annie MILLET, Madame Geneviève JEAN et son suppléant M. Patrick SIAU, Madame Sonia HAQUET et sa suppléante Mme Nicole GIRARD.

L'ordonnance n° 2021-175 du 17 février 2021 et le décret 2022-581 du 20 avril 2022 ont redéfini la participation des employeurs publics au financement des garanties de protection sociale complémentaire de leurs agents fonctionnaires et contractuels de droit public.

Ainsi à l'instar du privé, la participation financière de l'employeur deviendra obligatoire à compter du 1er janvier 2025 pour les garanties prévoyance pour un montant qui ne pourra être inférieur à 50% de la cotisation globale et à compter du 1er janvier 2026 pour les garanties de mutuelles santé pour un montant qui ne pourra être inférieur à 15 euros.

Conformément à l'article L.827-7 du code général de la fonction publique, les centres de gestion se sont vu confier une nouvelle mission, à savoir conclure pour le compte des collectivités territoriales et établissements publics des conventions de participation au titre de la protection sociale complémentaire afin de couvrir les risques santé et prévoyance au profit de leurs agents.

Dans ce cadre, Monsieur le Président rappelle aux membres du Conseil d'Administration que le CDG 84 s'est employé à mettre en place, avec l'aide d'un AMO, ACE consultants, un contrat groupe en matière de protection sociale complémentaires, selon les échéances prévues par les textes ( 01/01/2025 pour la prévoyance et 01/01/2026 pour la santé ).

L'accord national du 11 juillet 2023 a précisé un cadre de référence en matière de garanties de la protection sociale complémentaire.

C'est dans ce contexte que s'inscrivent les démarches menées par le CDG 84 au cours de l'année 2024.

Le montant cumulé prévisionnel du marché étant supérieur au seuil de procédure formalisée, fixé à 221 000 € HT, en 2024, ce marché est passé sur le fondement de l'article L.2124-1 du Code de la commande publique.

Une procédure d'appel d'offres, suivant les dispositions de l'article L.2124-2 du même Code, a donc été lancée le 13 juin 2024. Les candidats avaient jusqu'au 2 août pour déposer leurs offres. Le marché portant sur la protection sociale complémentaire est scindé en deux lots :

Numéro du lot	Dénomination du lot
01	Risque « Santé »
02	Risque « Prévoyance »

Aux termes de cette procédure, ont ainsi candidaté :

Lot n°1	Lot n°2
- Mutuelle Nationale Territoriale	- Mutuelle Nationale Territoriale
- WILLIS TOWERS WATSON FRANCE	- WILLIS TOWERS WATSON FRANCE
- COLLECTEAM	- SOFAXIS SANTE PREVOYANCE / RELYENS
- TERRITORIA MUTUELLE	- COLLECTEAM
	- TERRITORIA MUTUELLE

Au regard des offres proposées, la Commission d'Appel d'Offres a retenu :

- Pour le lot n°1, sur le risque « Santé » : Mutuelle Nationale Territoriale ( garanties annexées à la présente délibération : annexe 1 )
- Pour le lot n°2, sur le risque « Prévoyance » : Sofaxis Sante Prévoyance RELYENS ( garanties annexées à la présente délibération : annexe 2 ).

Le contrat est conclu pour une durée de 72 mois reconductible 1 an.

Le Conseil d'administration,

Où l'exposé de Monsieur le Président et après en avoir délibéré,

Vu le Code général des collectivités territoriales,

Vu le Code général de la fonction publique, notamment les articles L.827-7 et L.827-8,

Vu le Code de la commande publique,

Vu l'ordonnance n°2021-175 du 17 février 2021 relative à la protection sociale complémentaire dans la fonction publique,

Vu le décret n°85-643 du 26 juin 1985 relatif aux centres de gestion institués par la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relative à la fonction publique territoriale,

Vu le décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents,

Vu le décret n° 2022-581 du 20 avril 2022 relatif aux garanties de protection sociale complémentaire et à la participation obligatoire des collectivités territoriales et de leurs établissements publics à leur financement,

Vu l'accord national du 11 juillet 2023 sur la protection sociale complémentaire,

Vu la réunion du 16 septembre 2024 du CST au cours de laquelle les offres ont été présentées,

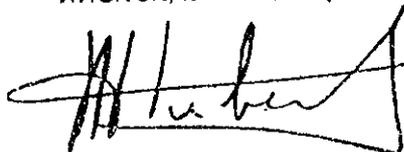
Vu la décision de la Commission d'Appel d'Offres, en date du 17 septembre 2024,

Considérant que le président est chargé, pour la durée de son mandat, de signer les marchés et conventions passées par le CDG 84 ;

Après avoir pris connaissance de la décision de la Commission d'appel d'offres, de l'acte d'engagement et des garanties retenues, par le tenant :

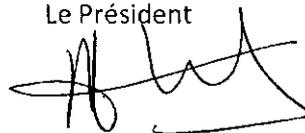
- du risque santé : Mutuelle Nationale Territoriale
- du risque prévoyance : SOFAXIS SANTE PREVOYANCE / RELYENS
- **AUTORISE** Monsieur le Président à signer les conventions de participations conclues dans le cadre du marché d'assurance complémentaire santé et prévoyance au profit du Centre de gestion et des collectivités et entités publiques l'ayant mandaté pour la passation de leurs contrats, proposé par la MNT et SOFAXIS SANTE PREVOYANCE / RELYENS.

Le Président du  
Centre de Gestion de la fonction  
Publique territoriale de Vaucluse  
Certifie le caractère exécutoire  
de la présente décision  
AVIGNON, le... 02/10/2024 .....



Pour extrait conforme,

Le Président



Maurice CHABERT

REÇU EN PREFECTURE

le 23/09/2024

Aspirant ingénieur de l'épave

99\_0E-084-2584004039-20240917-024\_23-0E

CARRIÈRES		PRESTATIONS (1)		
		BASE	OPTION 1	OPTION 2
ACTES CONNEXES	Consultations / visites généralistes OPTAM		100 % BR	100 % BR
	Consultations / visites généralistes NON OPTAM		100 % BR	100 % BR
	Consultations / visites spécialistes OPTAM		150 % BR	200 % BR
	Consultations / visites spécialistes NON OPTAM		150 % BR	180 % BR
	Actes techniques médicaux OPTAM		150 % BR	200 % BR
	Actes techniques médicaux NON OPTAM		130 % BR	180 % BR
	Imagerie médicale / radiologie OPTAM	100 % BR	130 % BR	200 % BR
	Imagerie médicale / radiologie NON OPTAM		100 % BR	180 % BR
	Analyses médicales en laboratoire / examens		100 % BR	
	Honoraires paramédicaux (aveux médicaux)	Infirmiers, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes		100 % BR
	Massieurs kinésithérapeutes		130 % BR	
Medicaments (pharmacie présente et prise en charge)			100 % BR	
Matériel médical	Orthopédie et autres prothèses hors dentaire et audiologie, appareillages, véhicules pour handicapés	€	200 % BR	250 % BR
Transport		100 % BR	100 % BR	
<b>NON FACTURABLES</b>				
Soins et frais de séjour hospitaliers		100 % BR	100 % BR	
Honoraires médicaux / actes chirurgicaux OPTAM / OPTAM CO			150 % BR	200 % BR
Honoraires médicaux / actes chirurgicaux NON OPTAM / OPTAM CO			130 % BR	180 % BR
Forfait hospitalier (journalier, forfait actes lourds)		Prise en charge sans limitation de durée		
Chambre particulière	Cours séjour et maternité (par nuit)	X	50 €	50 €
Sans limitation de durée)	Soins de suite (par nuit)	X	40 €	50 €
	Psychiatrie (par nuit)	X	45 €	45 €
	Ambulatoire (par jour)	X	25 €	35 €
Frais d'accompagnement (par nuit)	Etablissement conventionné	X	38,50 €	50 €
	Etablissement non conventionné	X	25 €	35 €
Amniocentèse, dépistage prénatal non invasif (par acte)		X	183 €	250 €
<b>DENTAIRE (2)</b>				
Soins et prothèses « 100 % santé » prise en charge dans la limite des HLF			100 % FR	
Au sein du PANIER TARIFS MAÎTRISÉS (dans la limite des HLF)	Prothèses fixes (couronnes et bridges)		375 % BR	420 % BR
	Prothèses amovibles		375 % BR	420 % BR
	Prothèses provisoires		375 % BR	420 % BR
	Inlay core		375 % BR	420 % BR
	Inlay onlay d'obturation		150 % BR	200 % BR
Au sein du PANIER TARIFS LIBRES	Prothèses fixes dents visibles		300 % BR	350 % BR
	Prothèses fixes dents non visibles		250 % BR	300 % BR
	Prothèses amovibles dents visibles		300 % BR	350 % BR
	Prothèses amovibles dents non visibles		250 % BR	300 % BR
	Prothèses provisoires		300 % BR	350 % BR
	Inlay core		200 % BR	250 % BR
	Inlay onlay d'obturation		X	250 % BR
Soins hors « 100 % santé »		100 % BR	100 % BR	100 % BR
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale		125 % BR	250 % BR	300 % BR
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale (par semestre)		X	400 €	500 €
Implantologie	Implants (par implant, limite de 2 implants par an)	X	500 €	600 €
	Couronné sur implant (par couronne, limite 2 couronnes / 2 ans)	X	200 €	300 €
<b>EQUIPEMENT</b>				
Équipement « 100 % santé » - classe 1 prise en charge dans la limite des PLV, à compter			100 % FR	
Équipement auditif hors « 100 % santé » - classe N - PANIER TARIFS LIBRES (maxi 1.700 € par oreille, à compter du 1er janvier 2021)		100 % BR	Remboursement total de la dépense engagée : 800 €	Remboursement total de la dépense engagée : 1000 €
Périodicité (équipement auditif par oreille)		1 fois tous les 4 ans par bénéficiaire		
Petits accessoires auditifs (piles, jeu forfait entretien)		100 % BR	1,5%PMSS	2%PMSS
<b>OPTIQUE</b>				
Équipement « 100 % santé » - classe A prise en charge dans la limite des PLV			100 % FR	
Frais d'optique autres - classe B - PANIER TARIFS LIBRES (par verre)		X	50 €	90 €
<b>MONTURE</b>				
<b>VERRE UNIFOCAL SPHERIQUE</b>				
> Sphère de - 6 à + 6		50 €	50 €	70 €
> Sphère < 6 ou Sphère > 6		100 €	130 €	130 €
<b>VERRE UNIFOCAL, SPHERO-CYLINDRIQUE</b>				
> Cylindre < + 4, sphère de - 6 à 0		50 €	60 €	70 €
> Sphère > 0 et (sphère + cylindre) < + 6		50 €	50 €	70 €
> Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 6		100 €	110 €	130 €
> Cylindre > + 0,25, sphère < - 6		100 €	110 €	130 €
> Cylindre > + 4, sphère de - 6 à 0		100 €	110 €	130 €
<b>VERRE MULTIFOCAL OU PROGRESSIF SPHERIQUE</b>				
> Sphère de - 4 à + 4		100 €	150 €	170 €
> Sphère < - 4 ou > + 4		100 €	200 €	230 €
<b>VERRE MULTIFOCAL OU PROGRESSIF SPHERO-CYLINDRIQUE</b>				
> Cylindre < + 4, sphère de - 8 à 0		100 €	150 €	170 €
> Sphère > 0 et (sphère + cylindre) < + 8		100 €	150 €	170 €
> Cylindre > + 4, sphère de - 8 à 0		100 €	200 €	230 €
> Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 8		100 €	200 €	230 €
> Cylindre > + 0,25, sphère < - 8		100 €	200 €	230 €
Périodicité (monture et verres)		1 fois tous les 2 ans par bénéficiaire sauf en cas de changement de correction et enfants selon l'âge*		
Lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale, y compris lentilles établies (par an, au-delà remboursement à hauteur du panier de soins)		X	100 €	150 €
Chirurgie de l'œil (par œil)		X	400 €	500 €
<b>AUTRES PRESTATIONS</b>				
Cure thermique acceptée: honoraires, traitements, frais d'hébergement et transport (pa)		€	100 % BR	
Médecine non conventionnelle (ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, étiopathe, pédicure-podologue, acupuncteur, psychomotricien, sophrologue)		X	40 € (par séance, limite à 2 séances par an)	40 € (par séance, limité à 4 séances par an)
Psychologue (par séance, limité à 4 séances par an)		X	40 €	40 €
Pharmacie prescrite non remboursée par la Sécurité sociale (homéopathie, contraceptifs, tests de grossesse) (par an)		X	40 €	40 €
Vaccins, consultation diététique, bilan parodontal, ostéodensitométrie osseuse, sevrage tabagique non remboursés par la Sécurité sociale (par an)		X	40 €	60 €
Contre-épilepsie, tests de grossesse non remboursés par la Sécurité sociale (par an)		X	40 €	90 €
Actes de prévention (selon le liste définie)			100 % BR	

\* Les prestations sont exprimées en fonction de la base de remboursement et **incluent** le montant remboursé de la Sécurité sociale.  
 (1) Pour les frais dentaires « NPC », les garanties pourront être ré-exprimées forfaitairement de manière équivalente en fonction de la limite des frais réels engagés et sur présentation de justificatifs.  
 (2) Praticiens reconnus par les annuaires professionnels de santé.

\* sauf cas de renouvellements anticipés autorisés dont évolution de la vue (changement de dioptrie de 0,25 par an) ou 0,50 pour les deux yeux, par période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans et par période de 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

PMSS - Plafond Mensuel de la Sécurité sociale - BR - Base de Remboursement - BRR - Base de Remboursement Reconstituée - FR - Frais Réels - TM - Ticket Modérateur - OPTAM / OPTAM CO - Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / Chirurgie et Obstétrique - PLV - Prix Limite de Vente - HLF - honoraire Limite de Facturation.

« 100 % santé » : équipements et frais tels que définis réglementairement et visés à l'article R. 871-1 du code de la Sécurité sociale.  
 \* le montant de remboursement est déterminé en fonction des modalités de remboursement de l'assurance complémentaire.

REÇU EN PREFECTURE

le 23/09/2024

Acte de naissance

03\_02-184-28840000-01040017-004\_23-02

## CAHIER DES CLAUSES PARTICULIÈRES (C.C.P.)

### LOT 2

Collectivité territoriale :	<b>Centre De Gestion du Vaucluse (CDG 84)</b>		
Adresse :	80 Rue Marcel Demonque, 84140 Avignon		
Objet de la consultation :	<b>Mise en place d'un marché d'assurances prévoyance à adhésion obligatoire pour les agents au profit du Centre De Gestion du Vaucluse (CDG 84) et des collectivités et entités publiques l'ayant mandaté.</b>		
Date d'effet :	1 <sup>er</sup> janvier 2025 à 0 heure	Echéance annuelle :	31 décembre de chaque année à minuit
Terme / durée :	Reconduction automatique à l'échéance chaque année <b>jusqu'au 31 décembre 2030</b> à minuit, sauf non-reconduction dans les conditions de résiliation fixées par le présent dossier d'offre.		
Préavis de résiliation :	Outre les conditions prévues au Code des Assurances et au code de la Mutualité modifiées par les dispositions ci-après, la convention est résiliable annuellement à l'échéance moyennant un préavis de : <b>Le souscripteur / l'assureur</b> : 6 mois (hors engagement tarifaire annexe 1 de l'acte d'engagement. <b>IMPORTANT</b> : Le refus du préavis de 6 mois par le candidat entraîne l'irrégularité de l'offre. L'employeur : 2 mois.		
Périodicité du paiement :	Le paiement des cotisations est effectué par l'employeur par précompte mensuel auprès des assurés. L'Employeur est le seul responsable du paiement à l'assureur de la totalité des cotisations prélevées sur les feuilles de paie des assurés. La périodicité des paiements de la cotisation est mensuelle. Le défaut de paiement des cotisations est régi par la réglementation sur les assurances.		
Indexation :	NON INDEXÉ		
Pièces annexées au présent C.C.P. :	Annexe 1 CCP LOT 1 et 2 Suivi PSC Annexe 2 CCP LOT 1 et 2 données enquête Annexe 3 CCP LOT 1 et 2 RSU 2022 Annexe 4 CCP LOT 1 et 2 Dossiers démographies et traitements Annexe 5 CCP LOT 1 garanties demandées		

## PREAMBULE

### Clause de revoyure / Modification du marché

Conformément au code de la commande publique (article L 2194-1 notamment l'alinéa 1<sup>o</sup>) la clause de réexamen serait applicable à la convention, **pour les cas suivants** :

- Toute évolution de la fiscalité applicable à la convention (taux de taxes perçues sur les cotisations HT...)
- Toute modification réglementaire ou législative intervenant sur :
  - o La composition et le niveau des prestations et des garanties de la convention,
  - o La procédure de consultation des organismes d'assurances.
  - o Les dispositions relatives aux conditions d'adhésion des agents.

**A l'issue du réexamen, les parties peuvent consacrer ces évolutions dans un acte modificatif.**

### Mise à jour des éléments techniques :

La mise à jour des éléments techniques déclarés à la souscription, basant l'appréciation des risques par le titulaire, sera effectuée chaque année par et à l'initiative de ce dernier.

### Evolution du risque :

A - En cas de survenance d'un nouveau risque qui relève de la présente convention (par exemple adjonction/modification d'une garantie...), il est convenu que les parties pourront convenir d'une modification tarifaire limitée.

B - En cas d'aggravation ou de réduction du risque (évolution établie objectivement par le titulaire - le niveau de sinistralité seul ne peut constituer une cause d'aggravation du risque), et nonobstant toute autre disposition prévue par le code des assurances, le titulaire dispose d'un délai d'un mois à partir du moment où il en a connaissance pour notifier au souscripteur **sa position (résiliation / majoration...)**.

**En cas d'accord entre le titulaire et le CDG 84**, sur les modifications proposées, la convention pourra faire l'objet d'un avenant.

**A défaut d'accord entre les parties**, la convention prendra fin de plein droit 6 mois après réception par le titulaire de la notification en provenance du **CDG 84**.

### Fourniture de la sinistralité

Sur demande du CDG 84 et sous un délai de 30 jours, le titulaire s'engage à fournir la liste détaillée des sinistres qui devra indiquer les éléments suivants : garantie mise en œuvre / état du sinistre / règlements / provisions / recours prévu ou effectué / frais divers / franchise appliquée.

Une extraction de la base des sinistres sera transmise au CDG 84 à sa demande (sous format « tableur » dès l'instant que le nombre de sinistres le justifie) de façon à permettre une exploitation statistique des données.

Le titulaire s'engage également à répondre favorablement à toute demande d'explication sur les dossiers sinistres provisionnés (circonstances, perspectives, justification de la provision appliquée...).

## ARTICLE 1 – DISPOSITIONS GENERALES

Le **CDG 84** souhaite la mise en place d'un contrat collectif d'assurances prévoyance à adhésion obligatoire pour les agents au profit du centre de gestion du Vaucluse et des collectivités et entités publiques l'ayant mandaté.

Garanties conformes :

- au Décret no 2022-581 du 20 avril 2022 relatif aux garanties de protection sociale complémentaire et à la participation obligatoire des collectivités territoriales et de leurs établissements publics à leur financement.
- **A L'accord du 11 juillet 2023. La portée d'un accord collectif tel que celui signé en matière de protection sociale complémentaire le 11 juillet 2023 est d'ordre national. il a vocation à modifier la réglementation s'imposant à toutes les collectivités territoriales et à leurs établissements publics. L'anticipation de la transposition n'est pas contraire au droit en vigueur.**
- au Décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011.

**Le dispositif proposé par l'organisme assureur sera géré en CAPITALISATION.**

Par capitalisation, on entend le maintien des garanties après le terme du contrat mis en place dans le cadre de la présente consultation pour les événements survenus pendant la période de garantie, sans limitation de temps : encore en cours à cette date, non encore déclarés ou faisant l'objet d'une rechute validée par l'autorité administrative.

**L'ensemble des dispositions du présent cahier des clauses particulières constitue les conventions particulières du contrat. Ces dispositions sont réputées déroger à toutes conditions (générales, particulières, spéciales...) émises par l'organisme assureur dans le cadre du présent contrat et s'appliqueront par conséquent en priorité. Toutefois, dans le cas où les conditions de l'organisme assureur comporteraient des dispositions plus favorables aux intérêts de l'affilé, leur application reprendrait un caractère prioritaire.**

La convention sera accompagnée des documents contractuels (bulletin d'adhésion, notices d'informations, etc...) de l'organisme assureur (contrat à adhésion obligatoire pour les agents) et devra tenir compte de la loi Eckert.

### Les intervenants :

**Assurés :** Fonctionnaires et agents contractuels de droit public et de droit privé rémunérés par l'Employeur.

**Organisme assureur :** Société d'assurance régie par le code des assurances, ou mutuelle ou union de mutuelles régie par le Livre II du code de la mutualité, ou institution de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale dûment agréé pour pratiquer les opérations d'assurance du risque prévoyance. L'Assureur peut être représenté par un intermédiaire d'assurance enregistré à l'ORIAS.

**Employeurs / collectivités :** Collectivités territoriales et leurs établissements publics locaux ayant qualité pour adhérer au présent contrat collectif d'assurance à adhésion obligatoire des agents.

**Souscripteur :** Le centre de gestion ayant qualité pour souscrire le présent contrat collectif d'assurance à adhésion obligatoire des agents.

### Adhésion des collectivités au-delà du 1<sup>er</sup> janvier 2025

L'adhésion de la collectivité est soumise à la transmission des éléments statistiques de sinistralité sollicités en début de procédure de consultation.

## Successions de contrats et changements d'organismes

### **Reprise du passif en cours :**

S'agissant d'une première mise en place de contrat collectif de prévoyance complémentaire à caractère obligatoire et afin de ne pas alourdir très significativement la charge de sinistres, seuls les sinistres nés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2025 seront pris en charge par l'organisme d'assurance (sauf cas rechutes ci-dessous).

### **Contestation :**

En cas de refus de prise en charge par les deux organismes d'assurances, l'organisme d'assurance dont le contrat collectif est en cours d'exécution devra indemniser immédiatement l'agent dans l'attente des résultats des expertises médicales et/ou judiciaires permettant de déterminer le fait générateur de l'arrêt de travail. En cas de décision ultérieure qui serait favorable à l'organisme d'assurance dont le contrat collectif est en cours d'exécution, l'organisme d'assurance du contrat résilié devrait lui rembourser les prestations versées à l'agent, à hauteur des prestations dues contractuellement par l'organisme d'assurance résilié ;

### **Rechute :**

La rechute devra être caractérisée par une expertise médicalement constatée. Dans tous les cas, la rechute ou la détermination de la date du fait générateur de la pathologie ne peuvent être constatées qu'au moyen d'une expertise médicale ou judiciaire (et non fondée sur un simple questionnaire médical rempli par l'agent).

La rechute est **l'aggravation d'une lésion initialement constatée.**

**La rechute suppose un fait nouveau :** soit une aggravation de la lésion initiale, soit l'apparition d'une nouvelle lésion, qui intervient après une consolidation ou une guérison préalable de l'état de santé.

<b>Contrat collectif à adhésion obligatoire succédant à un contrat individuel</b>	L'organisme retenu à l'issue de la mise en concurrence devra prendre en charge toute rechute d'un arrêt de travail survenu avant la prise d'effet du contrat collectif lorsque l'agent concerné était assuré au moment de l'arrêt de travail initial dans le cadre d'un contrat d'assurance individuelle et ce même si cet arrêt de travail initial a été indemnisé par le précédent organisme d'assurance. Il en est de même lorsque l'agent n'était pas assuré précédemment.
<b>Succession de contrats collectifs (à adhésion obligatoire suite à un contrat à adhésion facultative ou entre contrats adhésion obligatoire)</b>	L'organisme titulaire du contrat arrivé à échéance est tenu de prendre en charge toute rechute survenue après l'échéance du contrat collectif précédent lorsqu'il est démontré par une expertise médicale ou judiciaire que l'arrêt de travail survenu après l'échéance du contrat précédent résulte du même fait générateur qu'un arrêt de travail survenu avant cette échéance et dès lors que cet arrêt a donné lieu à indemnisation dans les conditions de prise en charge contractuelles du contrat échu.

Cadre applicable en matière d'indemnisation des prestations en longue Maladie (CLM) ou Longue Durée (CLD) à effet rétroactif selon le cas de figure, sur la base des dispositions suivantes :

<b>Contrat collectif à adhésion obligatoire succédant à un contrat individuel</b>	<p>Les arrêts de travail de CLM ou de CLD à effet rétroactif survenu avant la date d'effet du contrat collectif ne pourront faire l'objet d'une indemnisation par l'organisme d'assurance retenu à l'issue de la mise en concurrence lorsque l'agent concerné était assuré au moment de l'arrêt de travail initial dans le cadre d'un contrat d'assurance individuelle. Il en est de même lorsque l'agent n'était pas assuré précédemment.</p> <p>Il appartiendra à l'organisme assureur titulaire du contrat individuel à la date de survenance de l'arrêt initial d'indemniser l'agent.</p>
<b>Succession de contrats collectifs (à adhésion obligatoire suite à un contrat à adhésion facultative ou entre contrats adhésion obligatoire)</b>	<p>L'organisme d'assurance titulaire du contrat arrivé à échéance – qu'il s'agisse de l'échéance prévue au contrat ou d'une échéance anticipée (du fait d'une résiliation) – est tenu de prendre en charge tout arrêt de travail de CLM ou de CLD à effet rétroactif survenu après l'échéance du contrat collectif dès lors que cet arrêt a donné lieu à indemnisation dans les conditions de prise en charge contractuelles du contrat échu.</p>

### Régime social et fiscal d'un contrat collectif à adhésion obligatoire

	Part agent	Part employeur	Garanties optionnelles
<b>Contrat collectif de prévoyance à adhésion obligatoire</b>	N'entre pas dans l'assiette de revenus imposables : elle est donc déductible	N'entre pas dans l'assiette de revenus imposables : elle n'est pas imposable	Pas de participation de l'employeur
<b>Contrat collectif à adhésion obligatoire</b>	<p style="text-align: center;"><b>Part employeur</b></p> <p style="text-align: center;">Agents relevant de la CNRACL : CSG/CRDS sans abattement (9,70%)</p> <p style="text-align: center;">Agents IRCANTEC : CSG/CRDS : 9,70% + forfait social* : 8% (* sauf pour les employeurs de moins de 11 agents)</p> <p style="text-align: center;"><b>NB :</b> Ces charges seront donc calculées sur la part employeur mais imputées sur la fiche de paie de l'agent conformément aux modalités de prélèvement de la CSG/CRDS.</p>		
<b>Contrat collectif à adhésion obligatoire pour les prestations Incapacité Temporaire de Travail (ITT) et Invalidité</b>	<b>Pour l'agent</b>	<b>Pour l'employeur</b>	
	Les prestations versées par l'assureur entrent dans l'assiette de revenus imposables donc font l'objet du prélèvement à la source	Les prestations versées par l'assureur au titre des garanties Incapacité Temporaire de Travail (ITT) doivent être assujetties à contributions sociales au prorata du financement employeur	

### Participation de l'employeur

L'accord collectif national du 11 juillet 2023 prévoit une participation minimale de l'employeur à la couverture du risque prévoyance des agents à hauteur de 50 % de la cotisation acquittée par les agents.

**Ce taux minimal de 50 % est établi sur la base des garanties INCAPACITE et INVALIDE.  
Chaque collectivité aura la liberté de moduler la participation employeur à son niveau.**

Une modulation de la participation suivant différents critères pourra être possible dans la mesure où cette modulation ne peut conduire à ce qu'un agent bénéficie d'une participation inférieure à 50 %.

**Aucune participation employeur ne pourra porter sur les garanties facultatives pour les agents (capital décès).  
Régime obligatoire et cas de dispenses**

Sauf cas de dispense prévus ci-dessous, l'agent a l'obligation d'adhérer à la convention.

Pour un agent précédemment déjà couvert en prévoyance par un contrat individuel, le contrat collectif à adhésion obligatoire viendra remplacer celui-ci au moment de son entrée en vigueur dans un délai de 6 mois maximum à compter de la mise en place de la convention (sauf agent arrêté pour raison médicale).

Une exception est prévue pour les agents en situation d'arrêt de travail à la date de mise en place du premier contrat collectif à adhésion obligatoire au profit d'un régime transitoire : ces agents pourront conserver leur couverture individuelle (labellisée ou non) et pourront bénéficier de la participation employeur dans le cadre d'une couverture labellisée.

#### Dispenses d'adhésion :

- ▶ les agents et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée à condition de justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
- ▶ les agents à temps partiel, dont la quotité de travail est inférieure ou égale à 90 %, et les apprentis dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute.

Les agents remplissant les conditions d'une des dérogations ci-dessus devront en faire la demande par écrit, accompagnée des justificatifs nécessaires ou à défaut d'une déclaration sur l'honneur de l'agent, auprès de l'employeur qui conservera les demandes de dispense et les justificatifs ou déclarations y afférents.

Les demandes de dispense devront comporter la mention selon laquelle l'agent a été préalablement informé des conséquences de son choix, en particulier s'agissant de la perte du bénéfice de la participation de l'employeur.

Le maintien des dérogations est subordonné à la fourniture annuelle des justificatifs ou déclarations sur l'honneur de l'agent à l'employeur : à défaut, les agents concernés seront immédiatement affiliés au régime

#### Calcul et paiement périodique de la cotisation :

Les services de l'employeur effectueront le précompte sur salaire des cotisations à acquitter au titre de ladite convention et reverseront mensuellement les cotisations à l'organisme assureur retenu, à terme échu.

Les modalités de mise en place du précompte seront affinées ultérieurement avec le candidat retenu.

L'organisme assureur renonce à suspendre les garanties ou à résilier le contrat si le retard de paiement des cotisations est dû à l'exécution des formalités administratives auxquelles l'assuré est astreint en matière de comptabilité publique.

#### Evolution du tarif :

L'organisme assureur s'engage sur la tarification remise dans son offre pour la durée de la présente convention. Le dépassement des limites tarifaires prévues dans l'offre du candidat n'est possible que dans les cas suivants :

- *Aggravation de la sinistralité* : il est entendu par caractère significatif de l'aggravation de la sinistralité une hausse du rapport Prestations / Cotisations supérieur ou égal à 7 % par rapport à la moyenne constatée sur les deux exercices précédents d'exécution du contrat. Dans le cadre des renouvellements de convention, les deux derniers rapports Prestations/Cotisations connu et joint au cahier des charges servira de base de comparaison pour l'évaluation de l'évolution de la sinistralité ;
- *Variation du nombre d'agents et de retraités adhérents ou souscripteurs* : il est entendu par caractère significatif une baisse ou une hausse de 10 % du nombre d'agents et de retraités adhérents ou souscripteurs par rapport au nombre d'agents et de retraités adhérents ou souscripteurs au 31 décembre de l'année précédente ;
- *Évolutions démographiques* : il est entendu par caractère significatif une hausse de la moyenne d'âge des agents adhérents supérieure à 3 ans par rapport à la moyenne d'âge des agents adhérents au cours de l'exercice précédent.
- *Modifications de la réglementation.*

Indexation : sans objet.

En cas de révision des conditions tarifaires, l'organisme d'assurance devra faire parvenir au pouvoir adjudicateur avant le 1<sup>er</sup> juin pour une prise d'effet au 1<sup>er</sup> janvier suivant un rapport justifiant le dépassement des limites tarifaires envisagé. Le pouvoir adjudicateur disposera d'un délai de 1 mois pour émettre un avis. Passé ce délai, en cas de silence du pouvoir adjudicateur, le dépassement des limites tarifaires envisagé pour l'année suivante par le prestataire sera réputé acquis.

**Il est demandé au prestataire de se prononcer sur son éventuel engagement à maintenir sur plusieurs exercices le tarif (taux) fixé dans son offre ET conjointement à ne pas résilier la convention (fiche de tarification annexe 1 du dossier d'offre).**

**Dans tous les cas, l'augmentation annuelle est plafonnée à 15%.**

**Dans tous les cas, l'engagement tarifaire figurant à la fiche de tarification est ferme.**

### **Confidentialité :**

Le Titulaire de la convention s'engage vis-à-vis du souscripteur à maintenir secrets, ou confidentiels, tous renseignements, documents ou produits quelconques reçus à l'occasion de l'exécution de la convention. Ainsi le Titulaire ne pourra ni communiquer, ni divulguer, ni publier, ni faire état, de quelque manière que ce soit, de tels renseignements, documents ou produits.

Il s'engage à étendre cette obligation de confidentialité à l'ensemble des personnes qui interviendront pour son compte ou suite à sa demande dans la réalisation des prestations objet de la présente convention, y compris des sous-traitants. Le Titulaire est également tenu au respect des règles relatives à la protection des données à caractère personnel auxquelles il a accès pour les besoins de l'exécution de la convention. Il reconnaît avoir pris connaissance notamment de l'article 29 et de l'article 41 modifié, de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et libertés à la protection des données nominatives qui pourraient s'appliquer à tout manquement de sa part.

## **Article 2 – GARANTIES ACCORDEES**

**La nature et l'étendue des garanties** sont définies aux articles 2 et 3 et s'entendent à législation et réglementation constantes. Elles sont déterminées, de même que leurs expressions, leurs règles d'application et leurs modes de liquidation, compte tenu des dispositions réglementaires ou législatives.

Le prestataire s'engage à veiller au respect du cadre légal et réglementaire, et à informer le souscripteur de toute non-conformité à ce cadre ou évolutions de ce cadre.

De son côté, le souscripteur mettra tout en œuvre pour permettre à l'assureur d'effectuer la communication et la promotion du contrat (réunion, diffusion de support...) notamment afin de permettre l'adhésion du plus grand nombre des agents du secteur public.

### **TRAITEMENT DE REFERENCE :**

#### **Le revenu de référence**

- **Pour les agents fonctionnaires et contractuels de droit public :**

o Du traitement indiciaire, dont le complément de traitement Indiciaire et l'indemnité compensatrice de la CSG,

o De la nouvelle bonification indiciaire,

o Du régime indemnitaire, **à l'exception des primes et indemnités suivantes :**

- Les primes et indemnités qui ont le caractère de remboursement de frais,
- Les primes et indemnités liées à l'organisation du travail,
- Les avantages en nature,
- Les indemnités d'enseignement ou de jury et autres indemnités non directement liées à l'emploi,
- La part ou l'intégralité des primes et indemnités dont la modulation est fonction des résultats et de la manière de servir, notamment le complément indemnitaire annuel (CIA),
- Les versements exceptionnels ou occasionnels de primes et indemnités correspondant à un fait générateur unique,
- La prise en charge partielle du prix des titres d'abonnement correspondant aux déplacements effectués par les agents publics entre leur résidence habituelle et leur lieu de travail.

- **Pour les agents contractuels de droit privé :**

o Du revenu brut soumis à cotisations des organismes de Sécurité sociale et des prélèvements sociaux.

- **Pour les agents ayant une rémunération variable** sur la base du traitement (ou de la rémunération) brut des 12 derniers mois.
  
- A) **Pour l'assiette de cotisation** : Brut.
  
- B) **Comme base d'indemnisation** : Net.

## **MAINTIEN DU TRAITEMENT (GARANTIE INCAPACITE)**

### **Nature de l'indemnité :**

Tout agent territorial, quel que soit son âge, son statut, son cadre d'emplois ou sa catégorie, bénéficiera a minima, en cas d'indisponibilité physique liée à une incapacité temporaire de travail du maintien de 90 % de son revenu net (traitement indiciaire + nouvelle bonification indiciaire + régime indemnitaire), sous déduction des prestations versées par l'employeur ou tout autre régime obligatoire, au moyen d'un complément de rémunération versé au titre de la prévoyance complémentaire à compter du passage à demi-traitement et/ou de la couverture du régime indemnitaire durant les périodes de CLM/CLD.

Elle a pour objet le paiement aux agents d'une indemnité journalière complémentaire pendant les périodes de congés suivantes :

- congé de maladie ordinaire
- congé de longue maladie
- congé de longue durée
- congé de grave maladie
- congé sans traitement pour raisons de santé
- mise en disponibilité d'office suite à épuisement des droits statutaires à congés maladie
- toute absence pour incapacité de travail reconnue comme telle par la sécurité sociale.
- en cas de temps partiel thérapeutique, sur prescription médicale, le cas échéant après avis du CONSEIL MEDICAL.

S'agissant des arrêts d'indemnisation des agents en fin de droits statutaires dans l'attente d'une décision du conseil médical, de reprendre, dans le décret de 2011, les dispositions de l'article 3 du décret du 20 avril 2022 qui prévoient que les garanties s'appliquent y compris « en cas de mise en disponibilité d'office ou de maintien du demi-traitement dans l'attente de l'avis du conseil médical [...] ».

L'organisme assureur ne pourra pas, par l'introduction d'une disposition réglementaire, suspendre des prestations versées aux agents en cas de conclusions d'un contrôle médical divergentes avec l'avis du conseil médical et supprimer donc l'opposabilité d'un contrôle diligenté par l'organisme assureur.

### **Niveaux d'indemnisation**

Au plus 90% du traitement de référence.

Le montant de l'indemnité versée par l'organisme d'assurance titulaire augmentée des prestations de l'employeur ou toute autre indemnité ne peut dépasser le niveau d'indemnisation fixé selon la solution retenue. En cas de dépassement les indemnités versées par l'assureur sont réduites à concurrence de ce montant.

L'organisme assureur garantit le versement au bénéficiaire d'indemnités journalières en cas de baisse du traitement consécutive à une incapacité de travail dont le fait générateur est survenu en cours d'assurance.

il est demandé la couverture du régime indemnitaire pendant les périodes à plein traitement en cas de congé longue maladie (CLM) / congé longue durée (CLD) / congé grave maladie (CGM) : permet de couvrir le régime indemnitaire pendant la période à plein traitement en cas de CLM/CLD/CGM, pour compenser la perte de régime indemnitaire.

### **cessation du service des prestations :**

- – le service des prestations cesse :
  - Le jour de la reprise d'activité,
  - À la fin du contrat de travail pour un agent contractuel ;
  - À la date d'effet d'un congé parental ;
  - À la date d'effet d'une mise en disponibilité (pour convenance personnelle...)

- À la liquidation d'une pension d'invalidité par le régime de base de l'agent,
- À la date de la liquidation de la pension de retraite par le régime de base de l'agent, et au plus tard à 67 ans,
- Lors du décès (ou PTIA) de l'agent.
- En cas de démission ou de radiation des effectifs de la Collectivité.

### **RENTE D'INVALIDITE PERMANENTE**

#### **- nature de l'indemnité :**

La garantie a pour objet le paiement aux agents, d'une rente en cas d'invalidité permanente survenue avant l'âge légal de départ à la retraite.

L'invalidité permanente est reconnue lorsque l'assuré remplit les conditions suivantes :

- Pour les assurés relevant du statut de la Fonction Publique Territoriale, lors de la mise à la retraite pour une invalidité reconnue par les organismes compétents.
- Pour les assurés relevant du régime général de la Sécurité Sociale, lors d'une invalidité non imputable au service classée en 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> catégorie.

#### **- niveau d'indemnisation :**

Pour les agents affiliés à la CNRACL bénéficiant d'un taux d'invalidité supérieur ou égal à 50 % ou les agents affiliés au régime général de la Sécurité sociale ou à l'IRCANTEC bénéficiant d'un taux d'invalidité supérieur ou égal à 66 % ou classés en invalidité de 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> catégorie : versement d'une rente d'invalidité permettant le maintien du revenu net de l'agent (TI + NBI + RI) à hauteur de 90 %, sous déduction des prestations versées par la CNRACL.

Pour les agents affiliés CNRACL bénéficiant d'un taux d'invalidité < 50% : versement au titre de la prévoyance complémentaire d'une rente d'invalidité proportionnelle au taux d'invalidité définie par la CNRACL selon la formule suivante :  $M = R \times I / 50\%$  - (« M » pour montant de la rente versée - « R » pour de la rente pour un pourcentage d'invalidité retenue par la CNRACL - « I » pour pourcentage d'invalidité retenu par la CNRACL).

Le montant de la prestation versée sous forme de rente, est au plus égal à 90% de la rémunération nette de référence au jour de la reconnaissance de l'invalidité. Elle est revalorisée, chaque 1er janvier, en fonction de la valeur du point de la fonction publique.

Aucun avancement ou reclassement à un grade ou à un échelon supérieur susceptible d'intervenir postérieurement à la date de prise en charge par l'assureur au titre de la garantie "Invalidité Permanente", même à effet rétroactif, ne sera pris en considération : le grade, l'échelon et l'indice de l'assuré sont figés à cette date.

#### **Règle de cumul :**

Le montant de la rente versée par l'opérateur augmenté des prestations versées par la CNRACL, la Sécurité sociale ou de toute autre somme ou indemnité quelle qu'en soit la nature juridique, ne peut excéder 90% du traitement de référence net que l'adhérent aurait perçu s'il avait continué d'exercer son activité. En cas de dépassement de cette limite, l'opérateur réduit le versement de ses indemnités à due concurrence de ce montant.

#### **- durée d'indemnisation :**

La rente est servie mensuellement et à terme échu après épuisement des droits statutaires maladie, et au jour de l'entrée en jouissance de la pension invalidité permanente.

La rente cesse d'être versée :

- à la reprise d'activité,
- lors de la liquidation de pension de retraite de l'agent,
- lors du décès de l'agent.

En cas de résiliation de la convention, le service des prestations est maintenu, jusqu'au terme prévu dans les conditions fixées ci-dessus.

### **REVALORISATION DES PRESTATIONS ET DU TRAITEMENT DE REFERENCE**

Le montant des indemnités quotidiennes, de la rente d'invalidité et du traitement de référence des garanties en cas de décès est revalorisé, au plus tôt, six mois, jour pour jour, après l'arrêt de travail de l'Assuré (ou de son décès pour la garantie Assurance en cas de décès du conjoint survivant), puis, lors de chaque modification de la valeur du point

d'indice de la Fonction Publique Territoriale.

À la date de résiliation du contrat ou de suppression de la garantie dont est issue la prestation, l'assureur cesse de revaloriser ; le niveau des revalorisations est alors maintenu à celui atteint à cette date.

**DECES OU PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (toutes causes) :**

L'organisme d'assurance titulaire garantit le versement d'un capital en cas de décès ou perte totale et irréversible d'autonomie égal à **100% du traitement de référence annuel net**.

L'Assuré est réputé atteint de perte totale et irréversible d'autonomie, lorsqu'il remplit les conditions suivantes :

- il a reçu la notification par la Sécurité sociale de son classement en 3ème catégorie d'invalides (invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession, sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie), ou, en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, de la reconnaissance d'une incapacité permanente d'au moins 80 % avec majoration pour assistance d'une tierce personne, ou pour l'agent affilié à la CNRACL, sa capacité de travail est réduite des 2/3.
- La date de survenance de la perte totale et irréversible d'autonomie est fixée au jour de cette notification par la Sécurité sociale ou par la CNRACL.

Le versement du capital au titre de la perte totale et irréversible d'autonomie fait cesser la garantie DECES.

Le ou les bénéficiaires du capital décès sont :  
La ou les personnes désignées de façon manuscrite par l'agent (assuré) auprès de l'organisme assureur. En l'absence de désignation nominative, le capital est attribué suivant l'ordre de priorité suivant :

- au conjoint survivant non séparé de corps par un jugement définitif ;
- à défaut à la personne liée à l'assuré par un pacte civil de solidarité ou en concubinage déclaré et notoire (justification d'une adresse commune) ;
- à défaut aux enfants nées ou à naître ;
- à défaut aux ascendants ;
- à défaut aux héritiers.

**Article 3 – FORMULE DES GARANTIES**

<b>ADHESION OBLIGATOIRE</b>	<b>INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL</b>	
	Franchise	En relais et en complément des obligations statutaires (pas de franchise sur RI durant CLM/CLD/CGM)
	Niveau	<b>90% (net)</b>
	<b>INVALIDITÉ PERMANENTE</b>	
<b>ADHESION FACULTATIVE</b>	Agents affiliés à la CNRACL bénéficiant d'un taux d'invalidité 50% ou agents affiliés au régime général de la Sécurité sociale ou à l'IRCANTEC bénéficiant d'un taux d'invalidité <sup>3</sup> 66% ou classés en invalidité de 2 <sup>ème</sup> ou 3 <sup>ème</sup> catégorie : versement d'une rente	<b>90% (net)</b>
	Agents affiliés à la CNRACL bénéficiant d'un taux d'invalidité < 50% : versement d'une rente	<b>M = R x I / 50 %</b> avec « M » pour montant de la rente versée « R » pour montant de la rente pour un pourcentage d'invalidité retenu par la CNRACL d'au moins 50 % « I » pour pourcentage d'invalidité retenu par la CNRACL (inférieur à 50 %)
<b>DECES OU PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (toutes causes)</b>		
		100% du traitement de référence annuel (net)

#### 4.1 – Bénéficiaires des garanties

- Ses agents stagiaires et titulaires affiliés à la CNRACL ou assimilés (agents détachés au sein de la collectivité pouvant cotiser à la CNRACL, à l'IRCANTEC ou au régime des Pensions Civiles et Militaires), ou non titulaires de droit public recrutés au titre du code de la fonction publique ;
- Ses agents en contrat de droit public à durée indéterminée ;
- Ses agents en contrat de droit public à durée déterminée.
- Ses agents de droit privé

Les retraités ne sont pas concernés.

4.2- Il est convenu que les garanties s'exerceront **dès la prise d'effet de la convention** pour l'agent dont le bulletin d'adhésion aura été préalablement régularisé par l'organisme assureur.

4.3.1- **L'adhésion interviendra sans délai de carence ni questionnaire médical** (aucune information médicale ne doit être recueillie) et **sans limite d'âge**, sous réserve de la transmission du bulletin d'adhésion individuel à l'organisme assureur :

- Dans un délai de 6 mois à la date d'effet de la convention pour les agents en activité.
- Pour **les nouveaux embauchés**, non titulaires d'un contrat d'assurance prévoyance, dès le 1<sup>er</sup> jour à compter de l'embauche.

4.3.2- Les **Agents revenant de congé parental ou de disponibilité** pourront prétendre à la garantie dès le 1<sup>er</sup> jour à compter de la reprise.

4.4- L'assureur s'engage à prendre en compte sous 15 jours les modifications administratives et les variations d'effectif (radiations / démissions...).

4.5- Les assurés cessant d'appartenir à l'effectif du souscripteur par suite d'un décès, de démission, de licenciement, ou de survenance du terme d'un contrat de travail, sont radiés de la garantie à la fin du mois de la démission, du licenciement, du terme du contrat de travail.

4.6 - En cas de résiliation de la convention, le service des prestations est maintenu au niveau atteint à la date d'effet de la résiliation jusqu'à la survenance d'un événement contractuellement prévu mettant fin à la garantie (reprise d'activité, retraite, décès...).

4.7 – L'organisme assureur s'engage à prendre en charge tout sinistre déclaré postérieurement au terme de la présente convention dont le fait générateur est survenu durant la période de validité de ladite convention.

4.8 - Le suicide est exclu au cours de la première année qui suit l'adhésion, sauf si l'adhésion fait immédiatement suite à un contrat de prévoyance comportant la garantie DECES.

4.9 - Il n'y a pas d'exclusion particulière pour :

- les accidents d'aéronef, les accidents de sport quel qu'il soit, pratiqué à titre amateur.
- lorsque l'agent est victime d'un attentat ou d'une agression à laquelle il n'a pas pris part (et en cas de légitime défense).

4.10- L'organisme assureur s'engage à transmettre au CDG 84 annuellement un compte de résultats, par analogie à l'article 15 de la loi EVIN :

Le compte de résultats fera obligatoirement apparaître :

- Date d'arrêté des comptes de résultats ;
- Nombre d'agents couverture de base et option ;
- Âge moyen des agents adhérents ;
- Détail des taxes ventilées par type de taxe et en précisant le % et l'assiette de chaque taxe ;

- Frais de chargement ;
- Cotisations nettes de taxes et de frais ;
- Prestations payées par garanties et options ;
- Provisions constituées par risque, garanties ou options et ;
- Liste des sinistres provisionnés détaillant à minima l'âge de l'agent, la date de survenance, le type de risque (CMO, CLM, CLD, invalidité), le traitement de référence, le montant provisionné ;
- Le résultat du contrat ;
- Le ratio Prestations/Cotisations.

**Si ces critères n'ont pas été satisfaits, la Collectivité peut résilier la convention.**

**4.11** - L'organisme assureur est subrogé dans les droits de l'adhérent, victime d'un accident, dans son action contre le tiers responsable de l'accident, que la responsabilité du tiers dans l'événement soit totale ou partagée.

**4.12** - le délai de déclaration de sinistre **est fixé à 90 jours**. Les prestations sont versées **dans les 10 jours** qui suivent la réception des pièces justificatives réclamées par l'assureur (ou notification de l'invalidité permanente par l'organisme habilité).

**4.13** - l'assuré est exonéré du paiement de la cotisation pendant la durée de versement de la prestation.

## Article 5 – ELEMENTS D'INFORMATION TECHNIQUE

- Annexe 1 CCP LOT 1 et 2 Suivi PSC
- Annexe 2 CCP LOT 1 et 2 données enquête
- Annexe 3 CCP LOT 1 et 2 RSU 2022
- Annexe 4 CCP LOT 1 et 2 Dossiers démographies et traitements
- Annexe 5 CCP LOT 1 garanties demandées

## Article 6- COUVERTURE ANTERIEURE

1ere mise en place d'un contrat collectif par le CDG 84.