



**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

Avignon, le 07 novembre 2025

Le Président

à

Mesdames et Messieurs les Maires
et Présidents des établissements publics
affiliés au Centre de gestion de Vaucluse

PÔLE APPUI AUX COLLECTIVITES

Affaire suivie par :

Laure DESCHAMPS –

Responsable du Pôle Appui aux collectivités
04 32 44 89 31

Circulaire n° : 25 - 56

Objet : Interlocuteurs Relyens et certificat de santé

Mesdames et Messieurs les Maires et Présidents,

Dans le cadre de notre mission d'accompagnement et de soutien auprès des collectivités, le Centre de gestion souhaite renforcer la qualité du service apporté aux collectivités partenaires du contrat groupe Prévoyance auprès de Relyens.

À ce titre, nous avons le plaisir de vous informer que deux interlocuteurs référents Relyens, dédiés exclusivement aux collectivités du Vaucluse, seront spécifiquement chargés de répondre à vos demandes. Leur mission est de vous orienter dans vos démarches et de vous apporter toute l'assistance nécessaire selon vos besoins.

En composant le ☎ 02 48 48 21 00, vous pourrez demander à joindre soit :

■ **M. COLAS Tony,**

■ **Ou Mme ISADEK Katia**

Notre objectif est de vous garantir une écoute attentive et un accompagnement personnalisé afin de vous faciliter la gestion quotidienne du maintien de salaire dans le cadre du contrat groupe Prévoyance.

Dans le cadre du suivi des sinistralités au sein de vos collectivités, nous souhaitons rappeler les modalités à respecter lors de la transmission de vos déclarations.

Afin de garantir un traitement rapide et conforme des dossiers, il est impératif que chaque déclaration de prolongation d'arrêt maladie soit accompagnée d'un **certificat d'état de santé**. Ce document, distinct d'un questionnaire de santé, a pour seul objectif de connaître la pathologie concernée et d'en assurer la prise en charge.

Le certificat d'état de santé doit être complété par l'agent, puis transmis selon l'une des deux modalités suivantes :

- ✚ Soit remis à la collectivité, qui le fera suivre à Relyens dans l'enveloppe « confidentielle » ;
- ✚ Soit adressé directement par l'agent à Relyens, également dans l'enveloppe « confidentielle » .

En l'absence de réception de ce document, la procédure suivante sera appliquée :

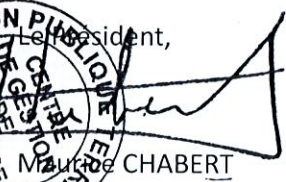
- ✚ Une relance sera effectuée par courrier à l'agent et à sa collectivité après un délai de 30 jours ;
- ✚ Sans réponse dans un nouveau délai de 30 jours, Relyens effectuera une deuxième relance
- ✚ Sans réponse au bout de 60 jours Relyens procédera à la suspension du versement des prestations.


Nous vous remercions de veiller à la bonne application de cette procédure, essentielle pour garantir le suivi et la bonne continuité du versement des indemnisations.

Nous vous rappelons que dès la reprise de son activité il est indispensable de transmettre à Relyens une attestation de reprise de travail.

Le Pôle Appui aux collectivités reste à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Je vous prie de croire, Mesdames et Messieurs les Maires et Présidents, en l'assurance de ma considération distinguée.

Le Président,

M. CHABERT

The stamp is circular with the text "FONCTION PUBLIQUE" at the top and "PÔLE APPUI AUX COLLECTIVITÉS" at the bottom. In the center, it says "LE CHIFFRE 100" and "100% SÉRIOSITÉ". There is a small star on the left side of the stamp.

Documents annexés à la circulaire :

Modèle de certificat de santé

Courrier de relance « demande de certificat de santé »

Courrier de relance 2 « demande de certificat de santé »

Courrier « fin de paiement des prestations »

Attestation de reprise de travail

Certificat d'état de santé

Prévoyance complémentaire

Nous attirons votre attention sur le fait que ce formulaire doit être complété dans son intégralité afin que votre demande soit instruite

EMPLOYEUR

Raison sociale :
Adresse : Code postal :
Commune : Assureur :

ADHÉRENT

Civilité : Nom : Prénom :
Nom de jeune fille : Date de naissance : N° adhérent :
Profession : Fonction :
Adresse :
Code postal : Commune :

CONTRAT DE PRÉVOYANCE ANTÉRIEUR

Je bénéficiais d'un contrat de prévoyance (complément de salaire) avant mon adhésion au contrat actuellement en cours :

☐ NON ☐ OUI, précisez l'assureur : et la période souscrite : du au
↳ s'agissait-il d'un contrat : ☐ collectif ☐ individuel

1 Date initiale de l'arrêt de travail en cours :

2 Cet arrêt de travail est-il causé :
par une maladie ? ☐ OUI ☐ NON
par un accident du travail ? ☐ OUI ☐ NON Si oui, date de l'accident :
par un accident de vie privée ? ☐ OUI ☐ NON Si oui, date de l'accident :
Cet accident a-t-il été causé par un tiers responsable : ☐ OUI ☐ NON

3 Nature de l'affection :
Date d'apparition des premiers symptômes :

4 Nature des soins dispensés et des traitements prescrits (joindre toutes pièces utiles, copies de prescriptions, résultats d'exams) :
.....
.....
.....

5 Avez-vous précédemment cessé votre travail pour la même raison ?
☐ OUI ☐ NON Dans l'affirmative, précisez les périodes d'arrêt de travail antérieures :
.....
.....
.....
Complément de salaire versé par l'assureur antérieur : ☐ OUI ☐ NON Précisez la compagnie :

6 Avez-vous bénéficié d'un temps partiel thérapeutique pour la même raison ?
☐ OUI ☐ NON Dans l'affirmative, précisez les périodes de temps partiel thérapeutique antérieures :
.....
.....
.....

7 Votre dossier doit-il passer au comité médical pour avis ? ☐ OUI ☐ NON ☐ ne sais pas

8 • Congé en cours : ☐ Maladie ordinaire ☐ Longue Maladie ☐ Longue Durée ☐ Grave Maladie
• Demande de reconnaissance envisagée ou en cours pour congé de : ☐ Longue Maladie ☐ Longue Durée ☐ Grave Maladie ☐ NON

9 L'état de santé actuel permet-il la reprise de l'activité professionnelle ?
☐ OUI Date de reprise envisagée : ☐ à temps complet ☐ à temps partiel thérapeutique
☐ NON Durée prévisible de prolongation :
Si maternité Date de congé légal ou du congé pathologique :

10 Remarques et signature au VERSO

10 Remarques complémentaires de l'adhérent(e) :

.....
.....
.....
.....

Je certifie avoir répondu sincèrement aux questions posées et n'avoir rien omis.

Le :

Signature de l'adhérent(e)

Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission ou déclaration inexacte de l'Adhérent a pour conséquence la nullité de la couverture de l'Adhérent et de ses éventuels ayants droit ou la déduction des garanties conformément aux articles L. 113-8 et L. 113-9 du code des assurances.

Document à retourner dans l'enveloppe jointe

RÉSERVÉ AU SERVICE MÉDICAL DE RELYENS

Dossier n° :	Assureur :	QES signé le :
BAI signé le :	Effet adhésion le :	Exclusion(s) : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Avis du médecin conseil :		Pièces médicales : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> À demander
Date : Signature et cachet du médecin conseil :		
2° avis du médecin conseil :		Pièces médicales : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> À demander
Date : Signature et cachet du médecin conseil :		

PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

L'Assureur et Relyens SPS, gestionnaire, sont responsables conjoints au sens du Règlement Général sur la Protection des Données (Règlement (UE) N°2016/679 du 27 avril 2016, ci-après « RGPD ») de traitements de données à caractère personnel vous concernant.

Les différents traitements mis en œuvre par Relyens SPS et l'assureur ont pour finalités :

- L'exécution des garanties des contrats (gestion des prestations de prévoyance complémentaire)
- L'exercice des recours et la gestion des contentieux
- La gestion du dispositif de lutte contre la fraude de l'assureur
- L'exécution des obligations légales auxquelles sont soumis le responsable de traitement et le sous-traitant (type LCB-FT, loi Eckert...)

- La gestion des contrats de prévoyance complémentaire et des appels de cotisations,
- La gestion des réclamations clients
- L'élaboration des statistiques et études actuarielles
- La gestion des services annexes au contrat d'assurance le cas échéant (type contrôle médical)

Les données collectées à travers le présent formulaire sont plus précisément destinées à réaliser les traitements ayant pour finalités l'exécution des garanties du contrat de prévoyance auquel vous avez adhéré ainsi que la mise en œuvre du dispositif de lutte contre la fraude de l'assureur.

La licéité des traitements mis en œuvre repose sur :

- l'exécution du contrat de prévoyance complémentaire souscrit par votre employeur et auquel vous avez décidé d'adhérer, ainsi que, s'agissant du traitement de vos données de santé, sur les exceptions prévues à l'article 9 §2 b) et h) du RGPD (gestion de services de protection sociale) ;
- le respect d'obligations légales incombant aux responsables de traitements (ex: traitements mis en œuvre dans le cadre de la réglementation relative à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme),
- l'intérêt légitime des responsables de traitement, s'agissant notamment de la mise en œuvre du dispositif de lutte contre la fraude de l'assureur.

Les données à caractère personnel vous concernant sont destinées exclusivement au Pôle Médecin conseil de Relyens SPS ainsi que, le cas échéant, au service médical de l'assureur.

Vos réponses à l'ensemble des rubriques est obligatoire ; à défaut Relyens SPS pourrait être dans l'impossibilité d'instruire votre demande de prestation ou son traitement pourrait être retardé.

Vos données seront conservées : - pendant la durée de votre adhésion au contrat de prévoyance complémentaire souscrit par votre employeur,

- cette durée étant augmentée à la fois de la durée des prescriptions légales ainsi que des délais prévus par les différentes obligations de conservation imposées par la réglementation.

En application de la législation en vigueur, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification ou d'effacement, ainsi que du droit de définir des directives relatives au sort de vos données après votre décès.

Par ailleurs et sous certaines conditions, vous disposez également d'un droit à la limitation du traitement ainsi qu'à la portabilité de vos données.

En outre, dans l'hypothèse où le traitement est fondé sur la notion d'intérêt légitime, vous disposez également du droit de vous opposer au traitement de vos données pour des raisons tenant à votre situation particulière, à moins que le traitement soit justifié par : - l'existence de motifs légitimes et impérieux qui prévaudraient sur vos intérêts et droits et libertés ; ou

- la constatation, l'exercice ou la défense de droits en justice.

Vous pouvez exercer ces droits, en justifiant de votre identité, en contactant le Délégué à la protection des données (DPO) de Relyens SPS par courrier électronique ou par courrier postal (cf. coordonnées ci-dessous).

Vous disposez enfin du droit d'introduire une réclamation auprès d'une Autorité de contrôle en charge de la protection des données personnelles (cf. coordonnées ci-dessous).

Responsable du traitement

Relyens SPS
Route de Creton
18110 - VASSELAY
privacy.sps@relyens.eu

Délégué à la Protection des Données

DPO
CS 80006
18020 - BOURGES CEDEX
privacy.sps@relyens.eu

Autorité de contrôle

C.N.I.L
3, Place de Fontenoy
TSA 80715, 75334 Paris Cedex 07
Tel : 01 53 73 22 22

Tél. : 02.48.48.20.90
Fax : 02.48.48.20.99
Mail : indemnisationsprevoyance.sofaxis@relyens.eu

Adhésion n°AFF-

Bourges, le 25/10/2022

Objet : Fin de paiement des prestations

Monsieur

Dans le cadre de la garantie « Maintien de Salaire » que vous avez souscrite auprès de la compagnie , vous bénéficiez actuellement du versement d'un complément de rémunération relatif à votre arrêt en Incapacité du 01/06/2022.

A la demande de l'assureur, et conformément aux dispositions contractuelles, nous vous avons adressé par courrier un Certificat d'état de santé, à remplir dans son intégralité, si nécessaire avec l'aide de votre médecin traitant.

A ce jour, nous n'avons toujours pas réceptionné de document, et ce malgré notre relance.

En conséquence, nous vous informons que nous cessons le versement de vos prestations.

Toutefois, dans le cas où vous nous auriez très récemment retourné votre certificat, nous vous prions de ne pas tenir compte de cette lettre.

Nous vous prions de croire, Monsieur | , à l'assurance de nos salutations distinguées.

La Direction des Prestations



Sofaxis
CS 80006 - 18020 Bourges Cedex - FRANCE
Tél : +33 (0)2 48 48 15 15 - Fax : +33 (0)2 48 48 15 16 - www.sofaxis.com

Déclaration d'activité enregistrée sous le numéro 24180125318
auprès du préfet de région de CENTRE-VAL DE LOIRE
SNC - Société de courtage d'assurance - 335 171 096 RCS Bourges
Siège social : Route de Creton - 18110 Vasselay - N° ORIAS 07 000 814 - www.orias.fr
 ISO 9001, ISO 14001, ISO 45001, Label Platinum Actu-Gestion®

Tél. : 02.48.48.20.90
Fax : 02.48.48.20.99
Mail : indemnisationsprevoyance.sofaxis@relyens.eu

Adhésion n°AFF.
PJ : Certificat d'état de santé
Enveloppe confidentielle

Bourges, le 23/09/2022

Objet : Garantie Maintien de salaire – Certificat d'état de santé – Relance

Monsieur ,

Dans le cadre de la garantie « Maintien de Salaire » que vous avez souscrite auprès de la compagnie , vous bénéficiez actuellement du versement d'un complément de rémunération relatif à votre arrêt en Incapacité du 01/06/2022.

A la demande de l'assureur, et conformément aux dispositions contractuelles, nous vous avons adressé par courrier un Certificat d'état de santé, à remplir dans son intégralité, si nécessaire avec l'aide de votre médecin traitant.

Sauf erreur de notre part, nous n'avons toujours pas réceptionné ce document.

Aussi, nous vous remercions de bien vouloir, le plus rapidement possible :

- retourner le certificat complété, à l'aide de l'enveloppe confidentielle jointe à ce courrier, afin d'éviter la suspension du versement de vos indemnisations
- ou prendre contact avec nos services si vous avez repris votre travail.

Il est conseillé de joindre à ce certificat toute pièce médicale complémentaire utile à l'étude de votre dossier par notre service médical : prescriptions, résultats d'examen, radios, compte-rendu en rapport avec l'arrêt de travail en cours.

Dans l'attente de ce document, nous vous informons que vos prestations sont suspendues et, sans réponse de votre part dans un délai de **21 jours**, vos futures demandes d'indemnisations seront classées sans suite.

Toutefois, dans le cas où vous nous auriez très récemment retourné votre certificat, nous vous prions de ne pas tenir compte de cette lettre de relance.

Nous vous prions de croire, Monsieur I , à l'assurance de nos salutations distinguées.

La Direction des Prestations





GROUPE MUTUALISTE EUROPÉEN
ASSURANCE ET MANAGEMENT DES RISQUES

SANTÉ – PRÉVOYANCE

Tél. 02.48.48.20.90

Fax 02.48.48.20.99

Mail : indemnisations.prevoyance@relyens.eu

Adhésion n° ,

Certificat d'état de santé

Vasselay, le 30 Avril 2025

Enveloppe « CONFIDENTIELLE »

Objet : Garantie Maintien de salaire – Certificat d'état de santé

Madame

Dans le cadre de la garantie Maintien de Salaire que vous avez souscrite auprès de la compagnie , vous bénéficiez actuellement du versement d'un complément de rémunération relatif à votre arrêt en Incapacité du 11/02/2025.

À la demande de l'assureur, et conformément aux dispositions contractuelles, vous voudrez bien trouver ci-joint un certificat d'état de santé que vous devez remplir dans son intégralité, et si besoin avec l'aide de votre médecin traitant. Tout document incomplet vous sera renvoyé.

Nous vous remercions de retourner ce certificat complété, à l'aide de l'enveloppe « Confidentielle » jointe à ce courrier à destination du médecin conseil, le plus rapidement possible afin de garantir la bonne continuité du versement de vos indemnisations.

Vous pouvez joindre à ce certificat toutes pièces médicales complémentaires utiles à l'étude de votre dossier par notre service médical : certificat(s) d'arrêt de travail, prescriptions, résultats d'examens, comptes rendus de radios, scanner, IRM et tout autre élément en rapport avec l'arrêt de travail en cours.

Si vous avez repris votre activité au sein de la collectivité, nous vous remercions de bien vouloir nous adresser une attestation de reprise de travail. Toutefois, la reprise de votre activité ne vous dispense pas de compléter et nous retourner le certificat d'état de santé.

Nous vous prions de croire, Madame _____, à l'assurance de nos salutations distinguées.

La Direction des Prestations

Attestation de reprise de travail

À adresser à la mutuelle :

Je soussigné(e), [Nom, prénom du responsable hiérarchique ou RH],
[fonction], représentant la collectivité [Nom de la collectivité], certifie que :

Madame/Monsieur [Nom, prénom de l'agent], matricule [numéro d'agent -
le cas échéant], exerçant les fonctions de [intitulé du poste] au sein du
service [nom du service],

a repris ses fonctions le [date de reprise]
à la suite d'un congé maladie ayant débuté le [date de début de l'arrêt] et
pris fin le [date de fin de l'arrêt].

Fait à [lieu], le [date].

Signature et cachet de la collectivité

[Nom, prénom du signataire]

[Qualité du signataire]