



EXTRAIT DU PROCÈS-VERBAL DES DÉLIBÉRATIONS  
DE LA SÉANCE DU CONSEIL COMMUNAUTAIRE  
DU MARDI 10 DÉCEMBRE 2024

**AFFAIRE N° 23-20241210**

**ADHÉSION À LA CONVENTION DE PARTICIPATION POUR LA  
PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE « PRÉVOYANCE »  
SOUSCRITE PAR LE CENTRE DE GESTION  
DE LA RÉUNION**

L'an deux mille vingt-quatre, le dix du mois de décembre à neuf heures et vingt-cinq minutes, en application des articles L.2121-7, L. 2122-8 par renvoi de l'article L.5211-2 du Code général des collectivités territoriales (CGCT), se sont réunis dans la salle des fêtes du 12<sup>e</sup> km sise au Tampon, rue Auguste Lacaussade, les membres du Conseil communautaire de la Communauté d'Agglomération du Sud, légalement convoqués par voie dématérialisée le 22 novembre 2024 et voie postale, le 23 novembre 2024 (M. FONTAINE Gilles), sous la présidence de Monsieur HOARAU Jacquet.

**NOTA :**

Nombre de conseillers  
en exercice : 48

Présents : 31

Absents représentés : 14

Absents : 03

**ETAIENT PRESENTS**

**- Commune du Tampon -**

HOARAU Jacquet, GASTRIN Albert, TURPIN Catherine, MAUNIER Daniel, THERINCOURT Jean-Pierre, BLARD Régine, DIJOUX-RIVIERE Mimose, FONTAINE Henri, FONTAINE Véronique, GENGE Jack, GONTHIER Charles Emile, MONDON Laurence, PICARDO Bernard, TECHER Doris.

BASSIRE Nathalie, FONTAINE Gilles, SOUBAYA Josian.

**- Commune de Saint-Joseph -**

MUSSARD Harry, FULBERT-GERARD Gilberte, HOAREAU Sylvain, HUET Marie-Josée, LEBON David, LEICHNIG Stéphanie, LEJOYEUX Marie Andrée, VIENNE Axel.

GUEZELLO Alin, LEBON Louis Jeannot.

**- Commune de l'Entre-Deux -**

VALY Bachil, GROSSET-PARIS Isabelle.

PAYET Gilles.

**- Commune de Saint-Philippe -**

RIVIERE Olivier.

## **ETAIENT REPRESENTES (PROCURATION)**

### **- Commune du Tampon -**

DOMITILE Noëline représentée par DIJOUX RIVIERE Mimose, ROBERT Evelyne représentée par GASTRIN Albert, PAYET TURPIN Francemay représentée par MAUNIER Daniel, THIEN AH KOON Patrice représenté par MONDON Laurence, LEBON Jean Richard représenté par BLARD Régine, ROMANO Augustine représentée par GONTHIER Charles Émile.

BENARD Monique représentée par PAYET Gilles.

### **- Commune de Saint-Joseph -**

LEBRETON Patrick représenté par VIENNE Axel, HUET Henri Claude représenté par LEBON David, LANDRY Christian représenté par HOAREAU Sylvain, K/BIDI Émeline représentée par MUSSARD Harry, MUSSARD Rose Andrée représentée par HUET Marie-Josée, JAVELLE Blanche Reine représentée par FULBERT-GERARD Gilberte.

### **- Commune de Saint-Philippe -**

COURTOIS Vanessa représentée par RIVIERE Olivier.

## **ETAIENT ABSENTS**

### **- Commune de Saint-Joseph -**

HUET Mathieu, LEVENEUR Inelda,  
BENARD Clairette Fabienne.

Les membres présents formant la majorité de ceux en exercice, conformément aux règles de quorum, le Président ouvre la séance. En application de l'article L.2121-15 du Code général des collectivités territoriales, l'Assemblée procède à la nomination d'un ou de plusieurs de ses membres pour remplir les fonctions de secrétaire. A l'unanimité, Madame Laurence MONDON a été désignée pour remplir les fonctions de secrétaire.

## AFFAIRE N° 23-20241210

### **ADHÉSION À LA CONVENTION DE PARTICIPATION POUR LA PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE « PRÉVOYANCE » SOUSCRITE PAR LE CENTRE DE GESTION DE LA RÉUNION**

Le Président rappelle que l'article L827-9 du Code général de la fonction publique prévoit que les employeurs publics territoriaux doivent contribuer au financement des garanties d'assurance de protection sociale complémentaire auxquelles les agents qu'ils emploient souscrivent pour couvrir :

- les risques santé : frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident,
- les risques prévoyance : incapacité de travail, invalidité, inaptitude ou de décès.

Cette participation deviendra obligatoire pour :

- **Les risques prévoyance** à effet du 1<sup>er</sup> janvier 2025 (montant minimal de 7 € brut mensuel par agent, selon l'article 2 du décret n° 2022-581). Les garanties minimales éligibles à la participation de l'employeur sont l'incapacité de travail et l'invalidité pour 90 % du salaire net,
- **Les risques santé** à effet du 1<sup>er</sup> janvier 2026 (montant minimal de 15 € brut mensuel selon l'article 6 du décret n° 2022-581). Les garanties minimales sont celles du « contrat solidaire et responsable », complétées du « panier de soins ».

Eu égard à cette obligation, le Président rappelle que par délibération n° 22-20241004, le Conseil communautaire a donné mandat au Centre de Gestion pour lancer la procédure de mise en concurrence en vue de conclure une convention de participation en matière de prévoyance.

Conformément aux dispositions des articles L.827-7 et L.827-8 du Code général de la fonction publique, le Centre de Gestion de la Réunion a donc mené pour le compte des collectivités et établissements qui l'ont demandé une procédure de mise en concurrence afin de choisir un organisme ou un groupement d'organismes compétent(s) au sens de l'article L 827-5 du CGFP et conclure avec celui-ci, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2025, une convention de participation portant sur la garantie prévoyance.

Cette procédure de consultation s'est déroulée du 07/08/2024 au 23/09/2024. A l'issue de l'analyse des candidatures et des offres, c'est l'offre portée par la Mutuelle Nationale Territoriale (MNT) qui a été retenue et le Conseil d'administration du CDG, après avis favorable à l'unanimité de son CST, a attribué la convention de participation à cet organisme d'assurance.

Cette convention prendra ainsi effet à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2025 et présentera les garanties suivantes :

		Adhésion facultative		Adhésion obligatoire	
MNT	Garanties minimales	1,54%	2,45%	1,40%	2,28%
	incapacité de travail et invalidité permanente				
	Garanties facultatives				
	RI hors CMO	0,27%	0,91%	0,26%	0,88%
	pertes de retraite	0,35%		0,34%	
	décès toute cause	0,29%		0,28%	

Les modalités d'application de cette convention ont été présentées aux membres du Comité Social Territorial de la CASUD le 2 décembre 2024.

Il a été proposé à cette occasion, une adhésion à l'offre présentée par la MNT sur la base d'une participation de la CASUD à hauteur de 7 € mensuel par agent. Les membres du Comité Social Territorial ont émis un favorable à l'unanimité au contrat collectif à adhésion facultative avec une participation de 7 € de l'employeur à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2025. Il reviendra à chaque agent de décider d'adhérer à titre individuel au contrat-groupe « prévoyance ».

Le contrat collectif à adhésion facultative établi entre la CASUD et la MNT en 2022, ouvrant le bénéfice d'un taux de 0,78 % pour les garanties liées à l'incapacité de travail, reste en vigueur. Les agents ayant souscrit à ce contrat collectif sont libres de le conserver. Néanmoins, ils ne bénéficieront pas de la participation employeur.

Il convient donc de délibérer afin d'acter l'adhésion de la CASUD à la convention proposée par la MNT et de participer à hauteur de 7 € sur le risque "prévoyance" à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2025.

**Vu** les articles L 827-1 et suivants du code général de la fonction publique relatifs à la protection sociale complémentaire,

**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 et les quatre arrêtés d'application du 8 novembre 2011,

**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'avis favorable du comité social territorial qui s'est réuni le 2 décembre 2024,

Il est donc proposé à l'Assemblée :

- d'adhérer à la convention de participation en matière de prévoyance, conclue entre le Centre de gestion de la Réunion et la MNT, pour un effet des garanties au 01/01/2025,
- d'accorder sa participation financière aux fonctionnaires titulaires et stagiaires ainsi qu'aux agents contractuels de droit public et de droit privé de l'EPCI ayant adhéré au contrat attaché à la convention de participation portant sur le risque « Prévoyance »,

- de fixer le niveau de participation financière de la collectivité à hauteur de 7 € bruts par agent et par mois pour chaque agent qui aura adhéré au contrat découlant de la convention de participation, à sa date d'effet et selon le minimum prévu à l'article 2 du décret n° 2022-581,
- d'autoriser le Président ou le Vice-Président délégué à signer toutes pièces relatives à cette affaire.

Le Conseil est prié de bien vouloir en délibérer.

## DECISION DU CONSEIL COMMUNAUTAIRE

**Le Conseil,**

**Après en avoir délibéré à l'unanimité des suffrages exprimés,**

- approuve l'adhésion à la convention de participation en matière de prévoyance, conclue entre le Centre de gestion de la Réunion et la MNT, pour un effet des garanties au 01/01/2025,
- accorde sa participation financière aux fonctionnaires titulaires et stagiaires ainsi qu'aux agents contractuels de droit public et de droit privé de l'EPCI ayant adhéré au contrat attaché à la convention de participation portant sur le risque « Prévoyance »,
- fixe le niveau de participation financière de la collectivité à hauteur de 7 € bruts par agent et par mois pour chaque agent qui aura adhéré au contrat découlant de la convention de participation, à sa date d'effet et selon le minimum prévu à l'article 2 du décret n° 2022-581,
- autorise le Président ou le Vice-Président délégué à signer toutes pièces relatives à cette affaire,
- informe que la présente délibération peut faire l'objet d'un recours devant le Tribunal Administratif de la Réunion dans un délai de 2 mois à compter de sa publication et de sa réception par le représentant de l'Etat.

**Abstention : 00**

**Contre : 00**

**Pour : 45**

**POUR EXTRAIT CONFORME,  
La Secrétaire de séance,**



**Laurence MONDON**

**Le Président de la CASUD,**



**Jacquet HOARAU**



Date de mise en ligne sur le site Internet de la CASUD : 23/12/2024

## CENTRE DE GESTION DE LA FPT DE LA RE

## Contrat collectif d'assurance prévoyance

## Conditions particulières



## REFERENCE DE LA CONSULTATION N° : CONV/PSC/2024/CDG/007

Le **contrat collectif à adhésion facultative** est conclu entre le **Souscripteur** et **l'Assureur** au titre de la convention de participation :

	Souscripteur	Assureur
Raison sociale :	CENTRE DE GESTION DE LA FPT DE LA REUNION	...
Siège social :	5, ALLEE DE LA PISCINE BP 374 97455 SAINT – PIERRE CEDEX	...
SIRET n° :	289 740 128 00029	...
Représenté par :	Juliana M'DOIHOMA	...
En qualité de :	Présidente	...
Qualité juridique :		
Raison sociale :		...
SIRET n° :		...
Siège social :		...

Si l'Assureur est représenté par son mandataire, il doit indiquer son représentant (nom, prénom, qualité) de celui-ci, ainsi que sa qualité juridique (courtier en assurance, mutuelle...), sa raison sociale, son SIRET et son siège social.

### Contenu

1. Dispositions générales.....	2
2. Modalités d'adhésion des employeurs .....	3
3. Modalités d'adhésion des agents.....	3
4. Garanties d'assurance .....	5
5. Cotisations d'assurance.....	6
6. Réserves .....	9
7. Formation du contrat .....	10

## 1. Dispositions générales

### Objet du contrat

Le contrat collectif d'assurance a pour objet le versement aux Assurés par l'Assureur de prestations de prévoyance complémentaire en relais et en complément, ou en reconstitution dans le cas du régime indemnitaire, de leur protection sociale de base, soit le régime spécial de la fonction publique territoriale pour les agents affiliés à la CNRACL (ou au régime spécial pour les agents détachés de l'Etat), soit le régime de l'Assurance maladie et/ou de l'Employeur pour les agents affiliés à l'IRCANTEC. Le contrat est régi par la législation sur les opérations d'assurance et comprend, **par ordre de priorité** :

1. Les conditions particulières et ses annexes,
2. Les conventions spéciales,
3. Les conditions générales de l'Assureur.

Le contrat est régi par le droit français et notamment par les dispositions suivantes qui s'appliquent obligatoirement :

- **Loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 modifiée dite « Loi Evin »** renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques,
- **Articles L 827-1 à L 827-12 du code général de la fonction publique,**
- **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.
- **Décret n°2011-1474** relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents.

### Parties prenantes au contrat

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

**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.

**Employeur.** Collectivité territoriale et leurs établissements publics locaux ayant qualité pour adhérer au présent contrat collectif d'assurance à adhésion facultative des Employeurs et des Assurés.

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

### Effet et durée

**Date d'effet.** 01.01.2025.

**Echéance annuelle.** 1<sup>er</sup> janvier.

**Durée.** Annuelle avec reconduction automatique chaque année à la date d'échéance, avec une durée limite de six (6) années, soit du 1<sup>er</sup> janvier 2025 au 31 décembre 2030, prorogeable une (1) année.

**Résiliation du contrat.** Toute demande de résiliation du contrat est effectuée par lettre recommandée avec accusé de réception. Le contrat peut être résilié par :

- **Le Souscripteur**, moyennant un préavis de **quatre (4) mois** avant l'échéance, réduit à deux (2) mois dans le cas d'une proposition de majoration tarifaire par l'Assureur refusée par le Souscripteur (application des dispositions relatives aux cotisations d'assurance des présentes conditions particulières),
- **L'Assureur**, moyennant un préavis de **six (6) mois** avant l'échéance.

**Résiliation de l'adhésion.** Toute demande de résiliation de l'adhésion est effectuée par lettre recommandée avec accusé de réception auprès de l'Assureur. L'adhésion peut être résiliée par :

- **L'Assuré**, moyennant un préavis de **deux (2) mois** avant la date d'échéance,
- **L'Employeur**, moyennant un préavis de **deux (2) mois** avant la date d'échéance.

## 2. Modalités d'adhésion des employeurs

**Les Employeurs peuvent adhérer au présent contrat aux conditions suivantes, et selon les deux situations :**

- **Situation 1.** Les Employeurs peuvent adhérer à tout moment pendant la durée de validité du présent contrat dès lors que les caractéristiques quantitatives et qualitatives de leur population à assurer (fichiers statistiques complétés par leurs soins) ont été jointes au dossier de consultation des entreprises (DCE).
- **Situation 2.** A défaut de communication des fichiers statistiques, les Employeurs devront adresser à l'Assureur, par l'intermédiaire du CDG, ces données sur la base d'un fichier statistique. Après étude, l'Assureur adresse au CDG les taux de cotisation applicables aux garanties qui sont :
  - o Soit identiques aux taux de cotisation mutualisés du présent contrat,
  - o Soit d'un niveau supérieur si les données statistiques ne permettent pas le maintien par l'Assureur des taux de cotisation mutualisés sans impact futur sur le résultat technique du présent contrat.

## 3. Modalités d'adhésion des agents

### Bénéficiaires des garanties :

**Les bénéficiaires des garanties sont :**

- Les **agents fonctionnaires et contractuels de droit public et de droit privé** rémunéré dans l'effectif de l'Employeur y compris les fonctionnaires momentanément privés d'emploi (FMPE),
- Les **ayants-droits des agents** au titre du bénéfice de la garantie décès, désignés par l'agent adhérent, au bulletin d'adhésion ou, en l'absence de désignation dans le bulletin d'adhésion, définis au contrat collectif d'assurance (conjoint ou concubin ou personne liée par un pacte civil de solidarité et enfants).

### Caractère collectif et facultatif du contrat :

**Caractère collectif du contrat.** Tous les agents fonctionnaires et contractuels de droit public et de droit privé dans l'effectif de l'employeur peuvent bénéficier des garanties sans exception ni réserve, ni condition d'ancienneté.



**Caractère facultatif du contrat.** Tous les agents fonctionnaires et contractuels de droit public et de droit privé dans l'effectif de l'employeur peuvent adhérer au régime.

**Adhésion des bénéficiaires :**

**Les agents dans l'effectif des Employeurs peuvent adhérer au présent contrat aux conditions précisées à l'article 1 des conventions spéciales.**

## 4. Garanties d'assurance

**Tableau des garanties d'assurance.** Les garanties délivrées par l'Assureur sont les suivantes :

Garanties minimales obligatoires		
<b>Incapacité de travail</b>		
Versement d' <b>indemnités journalières</b> à compter : <ul style="list-style-type: none"> <li>- du passage à demi-traitement (agents fonctionnaires),</li> <li>- du versement d'indemnités journalières versées par la Sécurité sociale et/ou du maintien du revenu par l'Employeur quelle que soit l'ancienneté de l'Assuré</li> </ul>	<b>90% du revenu net</b>	
<b>Invalidité permanente</b>		
Versement d'une <b>rente mensuelle</b> en cas de reconnaissance d'état en invalidité à la suite de maladie ou accident d'origine vie privée ou professionnelle (consécutif à un accident de service ou de travail ou de maladie professionnelle) :		
- Agents affiliés à la CNRACL qui sont bénéficiaires d'un taux d'invalidité supérieur ou égal à 50%	<b>90% du revenu net</b>	
- Agents affiliés à la CNRACL qui sont bénéficiaires d'un taux d'invalidité inférieur à 50% : le montant de la rente est calculé comme suit : $M = R \times I / 50\%$ ( <i>M : montant de la rente à verser, R : montant de la rente pour un pourcentage d'invalidité retenu par la CNRACL d'au moins 50%, I : pourcentage d'invalidité retenu par la CNRACL qui est inférieur à 50%</i> )	<b>&lt; 90% du revenu net</b>	
- Autres agents bénéficiaires d'une invalidité vie privée réduisant d'au moins deux tiers la capacité de travail ou de gain avec un classement en 2ème ou 3ème catégorie, ou bénéficiaires d'un taux d'incapacité permanente supérieur ou égal à 66% en cas de classement en invalidité vie professionnelle	<b>90% du revenu net</b>	
<b>Garanties complémentaires à adhésion facultative (L'agent peut adhérer à une ou plusieurs garanties)</b>		
<b>Complément incapacité de travail</b>		
Versement d' <b>indemnités journalières</b> pour reconstituer le régime indemnitaire en périodes de plein traitement en cas de placement en congés de maladie ordinaire	<b>Non garanti</b>	
Versement d' <b>indemnités journalières</b> pour reconstituer le régime indemnitaire en périodes de plein traitement en cas de placement en congés de longue maladie, longue durée et grave maladie	<b>90% du revenu net</b>	
<b>Perte de retraite</b>		
Versement d'un <b>capital</b> pour compenser la perte de droit à la retraite qui est constatée au cours de la période d'invalidité applicable pour les seuls agents qui sont affiliés à la CNRACL	<b>50% PMSS par année d'invalidité</b>	
<b>Décès toutes causes</b>		
Versement d'un capital décès, consécutif à accident ou maladie de l'agent assuré, aux bénéficiaires de celui-ci ou à ce dernier en cas de perte totale et irréversible d'autonomie	<b>100% du revenu annuel brut</b>	
<b>Légende :</b> PMSS : plafond mensuel de la Sécurité sociale, SAB : salaire annuel brut.		
<b>Remarque :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'Assureur intervient en cas de maintien <u>ou</u> de suspension du régime indemnitaire.</li> <li>- Les plafonds d'indemnisation sont à considérer en net des prélèvements sociaux (CSG et CRDS), c'est-à-dire que l'Assureur doit verser à l'Assuré le pourcentage de prestation indiqué dans le tableau des garanties.</li> </ul>		

## 5. Cotisations d'assurance

Les taux de cotisations sont exprimés en pourcentage du revenu de référence des Assurés, et sont identiques pour tous les adhérents (article 31 du décret n°2011-1474).

Le revenu, qui est l'assiette des cotisations en brut et des prestations en net, est composé :

- **Pour les agents fonctionnaires et contractuels de droit public :**
  - o Du traitement indiciaire (TI), y compris le complément de traitement Indiciaire (CTI), la **majoration de traitement de 25 % (article 3 de la loi n°50-407), la majoration du complément temporaire de 15 % (décret n°57-87)** et l'indemnité compensatrice de la CSG,
  - o De la nouvelle bonification indiciaire (NBI),
  - o Du régime indemnitaire (RI), 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.

### Taux de cotisation :

Garanties	Taux de cotisation TTC		
	Plancher	Ensemble des employeurs	
<b>Garanties minimales obligatoires</b>			
Incapacité de travail	/	..%	
Incapacité permanente	/	..%	
Total	/	..%	
<b>Garanties complémentaires à adhésion facultative</b>			
Complément incapacité de travail RI CMO en plein traitement	/	Non garanti	
Complément incapacité de travail RI CLM-CLD-CGM en plein traitement	/	..%	
Perte de retraite	/	..%	
Décès toutes causes	/	..%	
<b>Remarque :</b> <b>L'Assureur ne peut proposer des taux de cotisation inférieurs aux montants planchers au regard de la nature des risques à assurer.</b>			

Dans le cas d'une transposition normative de l'accord collectif national portant réforme de la protection sociale complémentaire des agents publics territoriaux du 11 juillet 2023 qui rendrait obligatoire l'adhésion des agents aux garanties minimales, l'Assureur indique dans le tableau ci-dessous les taux de cotisation qui seraient applicables :

Garanties	Taux de cotisation TTC		
	Plancher	Ensemble des employeurs	
<b>Garanties minimales obligatoires</b>			
Incapacité de travail	/	..%	
Invalidité permanente	/	..%	
Total	/	..%	
<b>Garanties complémentaires à adhésion facultative</b>			
Complément incapacité de travail RI CMO en plein traitement	/	Non garanti	
Complément incapacité de travail RI CLM-CLD-CGM en plein traitement	/	..%	
Perte de retraite	/	..%	
Décès toutes causes	/	..%	
<b>Remarque :</b>			
<b>L'Assureur ne peut proposer des taux de cotisation inférieurs aux montants planchers au regard de la nature des risques à assurer.</b>			
<b>La garantie de reprise du passif connu (encours) sera tarifée en complément ultérieurement sur la base de la disposition issue de la transposition normative de l'accord collectif national du 11 juillet 2023.</b>			

**Taux des taxes spéciales sur les conventions spéciales d'assurance (TSCA) applicables aux garanties minimales obligatoires en cas d'adhésion obligatoire**

Garanties	Taux de taxes	Référence au CGI
Incapacité de travail	..%	...
Invalidité permanente	..%	...

**Evolution des taux de cotisation :**

**Motifs d'évolution :**

L'évolution exceptionnelle des cotisations est limitée selon l'article 20 du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011. Ainsi, le dépassement des limites tarifaires, prévues au titre de l'évolution annuelle des cotisations, n'est possible que dans les cas ci-après, et si le changement revêt un caractère significatif :

- Aggravation de la sinistralité,
- Variation du nombre d'agents adhérents,
- Evolutions démographiques,
- Modifications de la réglementation.

**Cas de l'aggravation de la sinistralité :**

L'aggravation de la sinistralité doit être constatée par l'Assureur par garantie sur la base :

- D'au moins deux exercices consécutifs et **par cumul des exercices**,
- Du compte de résultat technique, calculé par différence entre :
  - o Les cotisations, par ailleurs minorées de la contribution prévue au I de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale et de la dotation à la provision pour cotisations non acquises, puis majorées de la reprise sur cette même provision,
  - o Et :

- Les prestations, par ailleurs majorées des dotations aux provisions techniques correspondantes, et minorées des reprises sur ces mêmes provisions,
- Les frais de gestion.

Cette aggravation de la sinistralité est constatée :

- Globalement pour l'ensemble des employeurs.
- Ou par segments d'employeurs basés sur la grille de tarification inscrite en amont.

En cas d'aggravation, les cotisations peuvent être majorées dans le respect des taux d'augmentation maximum à compléter dans le tableau ci-après. Le ratio prestations sur cotisations hors taxes et hors frais (P/C) à prendre en considération est soit le P/C global, soit le P/C par segment d'employeurs selon la grille tarifaire. **L'Assureur complète le tableau ci-après :**

Périodes	Ratio P/C net de frais (Prestations sur cotisations HT)	Taux de majoration
Année 1	/	0%
Année 2	/	3%
Année 3	/	3%
Années 4 et suivantes	P/C < 100%	0%
	P/C < 110%	... %
	P/C < 120%	... %
	P/C < 130%	... %
	P/C > 130%	15%
<b>Le P/C s'apprécie sur la base du compte de résultat cumulé depuis la date d'effet du contrat</b>		

**Cas des modifications de la réglementation :**

La modification des garanties proposée par l'Assureur visant à les mettre en conformité avec les règles fixées par les articles L827-1 à L827-11 du code général de la fonction publique, aux dispositions des décrets n°2022-581 et n°2011-1474, et à toutes autres évolutions législatives ou réglementaires, est réputée acceptée à défaut d'opposition du Souscripteur. **L'Assureur informe préalablement par écrit le Souscripteur des nouvelles dispositions issues de la réglementation et des conséquences juridiques, sociales, fiscales et tarifaires qui résultent de ce choix. Les parties au présent contrat conviennent d'un calendrier de négociation et d'échanges afin de permettre l'analyse de ces conséquences et des modalités de mise en conformité par le Souscripteur.** Les modifications acceptées entrent en application dans un délai compatible avec les obligations du Souscripteur et des Employeurs afin de prendre en compte la délibération des élus en assemblée ou en conseil, et le respect des obligations légales et conventionnelles d'information des Assurés par l'Employeur.

**Cadre à respecter :**

**Lorsque l'Assureur souhaite modifier les cotisations à la date d'échéance de l'année suivante en cas d'aggravation de la sinistralité, de la variation du nombre d'agents adhérents ou encore des évolutions démographiques, il adresse sa demande au Souscripteur 180 jours au plus tard à compter de la date d'échéance.** Cette demande doit être accompagnée d'une étude documentée justifiant qu'au moins un des cas de majoration précités nécessite de modifier les taux de cotisations pour préserver l'équilibre du contrat d'assurance. L'Assureur indique dès lors pour chacune des garanties les nouveaux taux de cotisation qu'il entend appliquer. Le Souscripteur étudie la proposition :

- En cas d'acceptation des modifications tarifaires proposées par l'Assureur, les nouveaux taux de cotisation font l'objet d'un avenant aux conditions particulières,
- En cas de refus des modifications tarifaires proposées par l'Assureur, le Souscripteur peut résilier le présent contrat moyennant un préavis de deux (2) mois avant l'échéance.

## 6. Réserves

Les réserves de l'Assureur aux conditions particulières et aux conventions spéciales doivent faire l'objet d'une énumération précise et exhaustive, être obligatoirement numérotées, faire référence aux articles des conventions spéciales concernées, **et être limitées à 3 :**

Numéro de la réserve	Articles des conventions spéciales	Réserves
1		
2		
3		

## 7. Formation du contrat

## Formation et signature du contrat collectif d'assurance

La signature des présentes conditions particulières vaut acceptation de l'ensemble des documents qui composent le contrat collectif d'assurance que sont, dans l'ordre d'application préférentielle :

- Les présentes conditions particulières et les deux annexes,
- Les conventions spéciales,
- Les conditions générales de l'Assureur.

Seuls ces documents forment le contrat collectif d'assurance qui engage les parties.

L'Assureur rédige la notice d'information du contrat d'assurance en respectant scrupuleusement les dispositions des présentes conditions particulières et des conventions spéciales, qu'il adresse au Souscripteur pour validation préalable avant diffusion auprès des Assurés.



**L'assureur s'engage à appliquer les dispositions contractuelles issues des documents précités, et à ne pas les réécrire ou les modifier tant sur la forme que sur le fond, et attribue un numéro de contrat dès l'acceptation par le Souscripteur.**

Fait à :

Le :

Pour l'Assureur	Pour le Souscripteur
Prénom / Nom :	Prénom / Nom :
Qualité :	Qualité :
Signature :	Signature :
N° de contrat :	

**CENTRE DE GESTION DE LA FPT DE LA REUNION****Contrat collectif d'assurance prévoyance****Convention de participation****REFERENCE DE LA CONSULTATION N° : CONV/PSC/2024/CDG/007**

La **convention de participation** est conclue entre le **Souscripteur** et l'**Assureur** :

	<b>Souscripteur</b>	<b>Assureur</b>
Raison sociale :	CENTRE DE GESTION DE LA FPT DE LA REUNION	...
Siège social :	5, ALLEE DE LA PISCINE BP 374 97455 SAINT – PIERRE CEDEX	...
SIRET n° :	289 740 128 00029	...
Représenté par :	Juliana M'DOIHOMA	...
En qualité de :	Présidente	...
Qualité juridique :		
Raison sociale :		...
SIRET n° :		...
Siège social :		...

Si l'Assureur est représenté par son mandataire, il doit indiquer son représentant (nom, prénom, qualité) de celui-ci, ainsi que sa qualité juridique (courtier en assurance, mutuelle...), sa raison sociale, son SIRET et son siège social.

**Contenu**

1	Préambule .....	2
2	Obligations de l'Assureur .....	3
3	Obligation des Employeurs.....	4
4	Pilotage de la convention .....	4
5	Résiliation .....	4
6	Annexes .....	5



## 1 Préambule

### 1.1 Objet de la convention

La convention est un document de subventionnement destiné à régler les relations financières entre le Souscripteur, les Employeurs et l'Assureur, au titre de la mise en place du dispositif de protection sociale complémentaire applicable aux risques prévoyance régie, notamment, par

- Les articles L827-1 à L827-12 du code général de la fonction publique,
- Le décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 modifié relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents,
- 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.

La convention peut être modifiée par voie d'avenant signé par l'Assureur et le Souscripteur. Elle est accompagnée du contrat collectif d'assurance à adhésions facultatives.

La convention de participation est accompagnée du contrat collectif d'assurance qui définit les engagements de l'assureur, notamment les garanties et les conditions de leur acquisition, à l'égard des Bénéficiaires. Ce contrat collectif est composé des conditions particulières, des conventions spéciales et des conditions générales.

### 1.2 Les parties

Les parties à la convention de participation sont :

#### En tant que signataires à la présente convention :

- **L'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,
- **Le Souscripteur.** Centre de gestion ayant qualité pour souscrire le présent contrat collectif d'assurance à adhésion facultative des Assurés.

#### En tant qu'adhérent volontaires à la présente convention :

- **Les Employeurs.** Collectivité territoriales ou établissements publics ayant qualité pour adhérer au présent contrat collectif d'assurance à adhésion facultative des Employeurs et des Bénéficiaires.

### 1.3 Effet et durée de la convention

La convention prend effet au **01.01.2025**.

Elle est conclue pour une période de six ans, et peut être prorogée pour des motifs d'intérêt général pour une durée ne pouvant excéder un an.

Elle peut être résiliée dans les conditions prévues dans la présente convention et dans le contrat collectif d'assurance à adhésion facultative associé.

### 1.4 Bénéficiaires

Les Bénéficiaires sont les fonctionnaires agents contractuels de droit public ou de droit privé qui sont dans l'effectif des Employeurs et rémunérés à ce titre.

## 1.5 Nature des garanties

Les garanties accordées par l'Assureur portent sur le risque de prévoyance. Les garanties, la base de l'assurance et les niveaux de prestations sont mentionnés dans le contrat collectif d'assurance.

## 2 Obligations de l'Assureur

### 2.1 Obligation générale d'exécution

L'Assureur délivre aux Bénéficiaires les garanties et les services selon les conditions tarifaires du contrat collectif d'assurance.

L'Assureur s'engage à offrir aux Bénéficiaires, pendant toute la durée de la convention, l'ensemble des options prévues au titre des garanties mentionnées au contrat collectif d'assurance, notamment celles permettant de financer la perte du revenu des Bénéficiaires en cas d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité ou perte de retraite suite à invalidité, et de verser un capital aux ayants-droit des Bénéficiaires en cas de décès.

### 2.2 Obligation générale d'information

L'Assureur est tenu à la délivrance des informations suivantes aux Bénéficiaires :

- Un bulletin d'adhésion mentionnant très clairement le ou les Bénéficiaires, les garanties proposées, les options, le montant de la cotisation annuelle, les modalités de paiement et son fractionnement, les conditions et la durée de rétractation de l'assuré. Sont également indiquées la date d'effet de l'adhésion, la durée de l'adhésion et les conditions de résiliation.
- La notice d'information du contrat collectif, ainsi que les conditions d'intervention des garanties d'assistance.

### 2.3 Respect des principes de solidarité

L'Assureur doit respecter les principes de solidarité suivants :

- Les garanties proposées sont à minima celles prévues aux articles 3 et 4 du décret n°2022-581,
- La cotisation est au même taux pour tous les agents affiliés. Elle est exprimée en pourcentage de la rémunération brute,
- L'adhésion des agents ne peut être conditionnée par leur âge ou leur état de santé. Les agents qui ne sont pas en arrêt de travail à la date d'effet du contrat collectif et qui ne sont pas inscrits à celui-ci peuvent y adhérer sous réserve que leur adhésion intervienne pendant les six premiers mois qui suivent la date de prise d'effet du contrat collectif. Les agents embauchés postérieurement à la date de prise d'effet du contrat peuvent y adhérer sous réserve que leur adhésion intervienne dans les six premiers mois qui suivent la date d'embauche. Les agents en arrêt de travail peuvent adhérer au contrat collectif dans les conditions prévues par celui-ci. Passé ce délai de six mois suivant la date de prise d'effet du contrat collectif, ou la date d'embauche, l'adhésion est conditionnée aux conditions du contrat collectif à adhésion facultative.

### 2.4 Informations à communiquer au cours de la convention

L'Assureur communique au Souscripteur au titre du suivi et chaque année les informations et les données précisées à l'annexe économique aux conditions particulières du contrat collectif d'assurance.

L'Assureur produit au Souscripteur au terme de la période de trois ans, et de la convention, un rapport retraçant les opérations réalisées au vu des critères des 2° et 4° de l'article 18 du décret n°2011-1474 du 8

novembre 2011. Si ces critères ne sont pas satisfaits, le Souscripteur peut résilier la convention de participation.

### 3 Obligation des Employeurs

Chaque Employeur s'engage à verser chaque année pendant la durée de la convention une participation conformément à ses obligations légales et réglementaires. La participation constitue une aide à la personne, et son montant ne peut excéder le montant de la cotisation qui serait dû en l'absence d'aide.

### 4 Pilotage de la convention

#### 4.1 Information délivrée par le Souscripteur

Le Souscripteur s'engage pendant la durée de la convention à :

- Faciliter l'information des Employeurs afin de permettre leur adhésion, dans le cadre du plan de développement prévu par l'Assureur,
- Informer les Employeurs de la signature de la convention, des caractéristiques du contrat au titre duquel elle est conclue, et ses modalités d'adhésion,
- Communiquer aux Employeurs la notice d'information du contrat collectif d'assurance.

#### 4.2 Comité de suivi

Le Souscripteur et l'Assureur s'engagent à la mise en œuvre de la convention de participation et à faciliter les adhésions et la gestion du contrat collectif d'assurance associé.

Un comité de suivi de la convention de participation et du contrat collectif est mis en place. Il est composé des représentants du Souscripteur et de l'Assureur.

Le comité de suivi se réunit au moins une fois par an, et au plus tard dans les six mois suivant la clôture de l'exercice, afin de prendre connaissance du rapport annuel de l'Assureur.

### 5 Résiliation

Par application de l'article 21 du décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011, si le Souscripteur constate que l'Assureur ne respecte pas les dispositions de ce décret et de la présente convention, il résilie la convention de participation et le contrat collectif d'assurance selon la procédure suivante :

- Le Souscripteur adresse une lettre recommandée avec accusé de réception à l'Assureur, lui notifiant sa volonté de résilier et lui indique qu'il peut se faire assister par un conseil ou représenter par un mandataire de son choix,
- Puis le Souscripteur recueille les observations écrites et, le cas échéant, sur sa demande, orales de l'Assureur qui doivent être produites dans les 30 jours à compter de la réception de la lettre recommandée avec accusé de réception,
- A la réception des observations, le Souscripteur adresse une lettre recommandée avec accusé de réception à l'Assureur, lui notifiant la résiliation de la convention de participation avec mention de la date d'effet de la résiliation.

Par extension au décret précité, les motifs de résiliation sont étendus en cas de faute grave, ainsi qu'en cas de motif d'intérêt général.

## 6 Annexes

A la présente convention sont annexés les documents composant le contrat collectif d'assurance que sont :

- Les conditions particulières du contrat collectif d'assurance et ses deux annexes,
- Les conventions spéciales du contrat collectif d'assurance,
- Les conditions générales du contrat collectif d'assurance,
- La notice d'information de la garantie d'assistance.

Signature de la convention de participation	
Fait à :	Le :
<b>Pour l'Assureur</b>	<b>Pour le Souscripteur</b>
Prénom / Nom :	Prénom / Nom :
Qualité :	Qualité :
Signature :	Signature :

## CENTRE DE GESTION DE LA FPT DE LA REUNION

### Contrat collectif d'assurance prévoyance

#### Conventions spéciales



## REFERENCE DE LA CONSULTATION N° : CONV/PSC/2024/CDG/007

### Contenu

1	Adhésion des agents.....	2
2	Cotisations.....	4
3	Garanties .....	5
3.1	Garantie incapacité temporaire de travail .....	5
3.2	Garantie invalidité permanente .....	7
3.3	Garantie perte de retraite .....	8
3.4	Garantie décès toutes causes et perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA).....	9
4	Dispositifs de maintien et de renfort des garanties .....	11
5	Dispositions communes aux garanties .....	13

## 1 Adhésion des agents

### Absence de limite d'âge à l'adhésion

Aucune limite d'âge n'est appliquée à l'adhésion par l'Assureur.

### Formalisation de l'adhésion

Les adhésions sont formalisées par un bulletin d'adhésion remis par l'Assureur. Avec le bulletin d'adhésion, l'Assureur remet la **notice d'information** du contrat collectif d'assurance et le **document d'information sur le produit d'assurance** à l'Assuré. L'adhésion est formée dès l'émission du certificat d'adhésion par l'Assureur qui est obligatoirement remis à l'Assuré.

### Droit de renonciation à l'adhésion

L'Assuré peut renoncer à son adhésion dans les 30 jours à compter de la confirmation par l'Assureur de son adhésion. L'Assuré adresse par lettre recommandée avec accusé de réception au siège social de l'Assureur sa demande de renonciation. L'Assureur restitue dans ce cas à l'Assuré l'intégralité de la cotisation déjà versée, dans un délai de 30 jours calendaires à compter de la réception de la lettre recommandée. L'Assuré qui a renoncé à son adhésion ne peut plus adhérer par la suite au contrat collectif.

La lettre de renonciation de l'Assuré sera rédigée en les termes suivants : « *Je soussigné(e) ..... (prénom, nom) demeurant à ..... (adresse complète), déclare renoncer à mon adhésion au contrat n°..... et entend recevoir dans un délai de 30 jours calendaire la restitution de ma cotisation versée pour un montant de ..... Euros. Date et signature : .....* ».

### Durée de l'adhésion

L'adhésion est annuelle. Elle est tacitement reconduite chaque année, à la date d'échéance du contrat, sauf résiliation par l'Assuré deux mois au moins avant cette date par lettre recommandée avec accusé de réception.

Lorsque des modifications contractuelles sont apportées, l'Assureur doit communiquer la nouvelle version de la notice d'information trois mois au minimum avant la date d'entrée en vigueur de ces modifications.

L'Assuré peut résilier son adhésion à réception de cette nouvelle version du fait de ces modifications, par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception à l'Assureur. La résiliation prend effet au premier jour du mois qui suit la réception de la demande de résiliation par l'Assureur.

La résiliation de l'adhésion entraîne la cessation des garanties.

### Demande et date d'effet de l'adhésion

Si l'agent **demande son adhésion au plus tard dans les 6 mois à compter de la date d'effet du contrat collectif d'assurance ou de sa date d'embauche**, et se trouve dans l'une des situations suivantes à cette date d'effet :

<b>Activité normale de service :</b>	L'adhésion est effective à la demande de l'Assuré avec un effet au plus tôt à la date d'effet du présent contrat ou de sa date d'embauche.
<b>Temps partiel thérapeutique :</b>	L'adhésion est effective à la demande de l'Assuré avec un effet au plus tôt à la date d'effet du présent contrat ou de sa date d'embauche.
<b>Arrêt de travail :</b>	L'adhésion est effective à l'issue d'une période de 30 jours continus de reprise d'activité normale de service si l'agent ne peut justifier de l'adhésion préalable auprès d'un organisme d'assurance pour des garanties équivalentes, ou du jour de la reprise effective d'activité si l'agent justifie de l'adhésion préalable auprès d'un organisme d'assurance pour des garanties équivalentes, et sous réserve que la résiliation de son ancien contrat et son adhésion au contrat collectif soient simultanées. La période de 30 jours n'est pas applicable pour les agents en situation de congé de longue maladie (CLM), de congé de longue durée (CLD) ou de congé de grave maladie (CGM) pris de

	manière fractionnée, <b>Il faut comprendre par arrêt de travail, autre que le temps partiel thérapeutique, les événements définis à l'article 3.1 « Garantie incapacité temporaire de travail ».</b>
Si l'agent <b>demande son adhésion après les 6 mois à compter de la date d'effet du contrat collectif d'assurance ou de sa date d'embauche ou, ayant déjà adhéré au contrat, demande à être garanti à l'une des garanties facultatives</b> , et se trouve dans l'une des situations suivantes à cette date d'effet :	
<b>Activité normale de service :</b>	L'adhésion est effective à la date d'effet indiquée au bulletin d'adhésion <b>avec application d'un délai de stage de 6 mois.</b>
<b>Temps partiel thérapeutique :</b>	L'adhésion est effective à la date d'effet indiquée au bulletin d'adhésion <b>avec application d'un délai de stage de 6 mois.</b>
<b>Arrêt de travail :</b>	L'adhésion est effective à l'issue d'une période de reprise en activité normale de service de 30 jours consécutifs et <b>avec application d'un délai de stage de 6 mois.</b> <b>Il faut comprendre par arrêt de travail, autre que le temps partiel thérapeutique, les événements définis à l'article 3.1 « Garantie incapacité temporaire de travail ».</b>
Le <b>délai de stage</b> est une période de 6 mois pendant laquelle les garanties incapacité de travail, invalidité et complément retraite ne s'appliquent pas, c'est-à-dire que les événements survenus pendant cette période ne sont pas indemnisés, bien que l'Assuré cotise. <b>La garantie décès et les événements consécutifs à un accident ne sont pas soumis au délai de stage.</b> <b>L'adhésion ne peut être conditionnée à un questionnaire ou examen médical.</b>	

#### Cessation de l'adhésion

L'adhésion cesse de produire leur effet :

- A la date à laquelle l'Assuré cesse de bénéficier de la qualité d'agent,
- A la date d'effet de la résiliation ou de la renonciation de l'adhésion par l'Assuré,
- En cas de non-paiement de la cotisation par l'Assuré,
- A la date d'entrée en jouissance de la pension de retraite servie par le régime de base de l'Assuré,
- Au décès de l'Assuré,
- A la date d'effet de la résiliation du contrat par le Souscripteur.

## 2 Cotisations

### Base des cotisations

Les garanties sont accordées par l'Assureur moyennant le paiement d'une cotisation par l'Assuré calculée à partir des taux de cotisations toutes taxes comprises applicables au salaire de référence défini aux conditions particulières.

### Mode de paiement des cotisations

Le paiement des cotisations est effectué par l'Employeur par précompte mensuel auprès des Assurés. Dans ce cas, 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.

### Exonération de cotisations

En cas de versement par l'Assureur de la rente d'invalidité permanente, les Assurés bénéficient d'une exonération de cotisation.



### 3 Garanties

#### 3.1 Garantie incapacité temporaire de travail

Définition	
<p>La garantie incapacité temporaire de travail a pour objet le versement <b>d'indemnités journalières</b> par l'Assureur aux Assurés qui :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se trouvent momentanément dans l'impossibilité médicalement constatée d'exercer leur activité professionnelle par la suite d'une <b>maladie ou d'un accident de la vie privée</b>, ou en cas d'aménagement du temps de travail, se trouvent en temps partiel thérapeutique. La garantie est étendue aux conséquences d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle pour les Assurés affiliés à l'IRCANTEC,</li> <li>- Et perçoivent un demi-traitement, ou une indemnité de coordination, versés par leur Employeur et/ou des indemnités journalières de la Sécurité sociale.</li> </ul> <p><b>La garantie est délivrée par l'Assureur sans remise en cause par celui-ci des décisions de l'Employeur au regard de la situation de l'Assuré, ni de décision préalable de son médecin conseil.</b></p>	
Assurés	Selon le statut de l'Assuré, les événements garantis sont :
<b>Fonctionnaires CNRACL ou fonctionnaires détachés de l'Etat</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Congé de maladie ordinaire (CMO),</li> <li>- Congé de longue maladie (CLM),</li> <li>- Congé de longue durée (CLD),</li> <li>- Maintien du demi-traitement dans l'attente d'une décision de reprise de service, de reclassement, de mise en disponibilité ou d'admission à la retraite selon les dispositions des articles 17 et 37 du décret n°87-602 du 30 juillet 1987,</li> <li>- Disponibilité d'office (DO) pour raison de santé prévue à l'article 19 du décret n°86-68 du 13 janvier 1986, avec versement des indemnités journalières de coordination (article 4 du décret n° 60-58 du 11 janvier 1960) ou versement de l'AIT (article 6 du décret n° 60-58 du 11 janvier 1960), y compris la période d'instruction de la demande,</li> <li>- Temps partiel pour raison thérapeutique (régime indemnitaire uniquement).</li> </ul>
<b>Fonctionnaires IRCANTEC</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Congé de maladie ordinaire (CMO),</li> <li>- Congé de grave maladie (CGM),</li> <li>- Maintien du demi-traitement dans l'attente d'une décision de reprise de service, de reclassement, de mise en disponibilité ou d'admission à la retraite selon les dispositions des articles 17 et 37 du décret n°87-602 du 30 juillet 1987,</li> <li>- Disponibilité d'office (DO) pour raison de santé prévue à l'article 19 du décret n°86-68 du 13 janvier 1986, avec versement des indemnités journalières de coordination (article 4 du décret n° 60-58 du 11 janvier 1960),</li> <li>- Accident du travail et maladie professionnelle,</li> <li>- Temps partiel pour motif thérapeutique.</li> </ul>
<b>Contractuels de droit public IRCANTEC Assistantes familiales et maternelles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Congé de maladie ordinaire (CMO)</li> <li>- Congé de grave maladie (CGM),</li> <li>- Arrêt de travail pour maladie et accident,</li> <li>- Accident du travail et maladie professionnelle,</li> <li>- Temps partiel pour motif thérapeutique.</li> </ul>
<b>Contractuels de droit privé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Arrêt de travail pour maladie et accident,</li> <li>- Accident du travail et maladie professionnelle,</li> <li>- Temps partiel pour motif thérapeutique.</li> </ul>

**Base de l'assurance**

Le montant de l'**indemnité journalière** est calculé en fonction du taux de prestation indiqué dans le tableau des garanties, multiplié par la Base de l'assurance, puis divisé par le nombre de jours correspondants. A ce montant est déduit le traitement journalier versé par l'Employeur et/ou la Sécurité sociale. Les indemnités journalières sont versées mensuellement à terme échu.

La Base de l'assurance est composée comme suit :

<b>Fonctionnaires CNRACL ou fonctionnaires détachés de l'Etat</b>	Revenu net que l'Assuré aurait perçu s'il n'avait pas été en arrêt de travail. Les avancements d'échelons et de grades sont à prendre en compte. En cas de fin du temps partiel de droit ou sur autorisation, l'indemnisation de l'assureur est réévaluée sur la base du salaire de l'agent.
<b>Fonctionnaires IRCANTEC</b>	Revenu net que l'Assuré aurait perçu s'il n'avait pas été en arrêt de travail. Les avancements d'échelons et de grades sont à prendre en compte. En cas de fin du temps partiel de droit ou sur autorisation, l'indemnisation de l'assureur est réévaluée sur la base du salaire de l'agent.
<b>Contractuels de droit public IRCANTEC Assistantes familiales et maternelles</b>	Revenu net, que l'Assuré aurait perçu s'il n'avait pas été en arrêt de travail. Les changements d'indice sont à prendre en compte. En cas de fin du temps partiel de droit ou sur autorisation, l'indemnisation de l'assureur est réévaluée sur la base du salaire de l'agent. Pour les assistants familiaux, moyenne des salaires net des 12 derniers mois qui précèdent l'arrêt de travail, hors primes diverses liés à l'entretien des enfants. Si l'Assuré ne dispose pas de 12 mois de rémunération, la base de l'assurance est la moyenne des salaires nets qui précèdent l'arrêt de travail.
<b>Contractuels de droit privé</b>	Revenu net, que l'Assuré aurait perçu s'il n'avait pas été en arrêt de travail. En cas de fin du temps partiel de droit ou sur autorisation, l'indemnisation de l'assureur est réévaluée sur la base du salaire de l'agent.

**Période indemnisée**

L'Assureur intervient après une période de franchise et pour une durée d'indemnisation maximum telles qu'indiquées ci-après :

<b>Assurés</b>	<b>Franchise</b>	<b>Durée d'indemnisation</b>
<b>Fonctionnaires CNRACL et détachés de l'Etat</b>	Période de plein traitement selon les congés pour raison de santé.	<b>1 095 indemnités journalières</b> versées par l'Assureur.
<b>Fonctionnaires IRCANTEC</b>	Période de plein traitement selon les congés pour raison de santé	
<b>Contractuels de droit public IRCANTEC Assistantes familiales et maternelles</b>	30 jours.	
<b>Contractuels de droit privé IRCANTEC</b>	30 jours.	

La période de franchise est calculée sur la base des 365 jours discontinus ou continus qui précèdent l'arrêt de travail.

L'Assureur verse aux Assurés les indemnités journalières pendant toutes les périodes indemnisées par l'Employeur et/ou par la Sécurité sociale, et dans la limite de 1 095 indemnités journalières.

**Par dérogation, l'Assureur intervient dès le premier jour d'arrêt de travail pour le régime indemnitaire uniquement en cas de mention dans les conditions particulières. Les prestations versées au titre de cette garantie ne sont pas incluses dans la limite des 1 095 indemnités journalières versées.**

Le service des indemnités journalières prend fin à effet :

- Soit du jour de la reprise d'activité de l'Assuré,
- Soit de la fin de l'indemnisation par l'Employeur pour l'Assuré soumis au régime spécial de la fonction publique territoriale, et/ou par l'Assurance maladie pour l'Assuré soumis au régime général de la Sécurité sociale,
- Soit de la liquidation d'une pension d'invalidité par le régime de base de l'Assuré,
- Soit à la date d'entrée en jouissance de la pension de retraite servie par le régime de base de l'Assuré,
- Soit au jour du décès de l'Assuré.

#### Droits rétablis

En cas de rétablissement du plein traitement par l'Employeur, à effet rétroactif et pour la période indemnisée au titre des garanties accordées par l'Assureur (c'est-à-dire lorsque l'Assuré est mis en congé de longue maladie ou de congé de maladie de longue durée ou de congé de grave maladie, ou en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle reconnue), l'Assuré rembourse obligatoirement les indemnités journalières versées par l'Assureur.

### 3.2 Garantie invalidité permanente

#### Définition

La garantie invalidité permanente a pour objet le versement par l'Assureur d'une **rente mensuelle** aux Assurés qui :

- Pour les **Assurés affiliés à la CNRACL** ou au régime spécial pour les agents détachés de l'Etat, sont mis à la retraite pour invalidité,
- Pour les **autres Assurés** justifient :
  - o En cas d'accident de la vie privée ou de maladie : d'un classement en 2ème catégorie (invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque) ou en 3ème catégorie (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) selon l'article L341-4 du code de la Sécurité sociale
  - o En cas d'accident de travail ou de maladie professionnelle : d'un taux d'incapacité au moins égal à 66 % au sens de l'article L. 434-2 du code de la sécurité sociale.

**La garantie est acquise sans avis du médecin conseil de l'Assureur, ce dernier respectant les dispositions de la notification de la CNRACL ou de la Sécurité sociale selon les situations des Assurés.**

Le montant de la rente mensuelle est calculé selon le taux de prestation indiqué aux conditions particulières.

#### Base de l'assurance

Le montant de la **rente mensuelle** est calculé en fonction du taux de prestation indiqué dans le tableau des garanties, multiplié par la Base de l'assurance. A ce montant est déduit la rente ou la pension versée par la CNRACL ou la Sécurité sociale. La rente est versée mensuellement à terme échu.

La Base de l'assurance est composée comme suit :

<b>Fonctionnaires CNRACL ou détachés de l'Etat</b>	Revenu net correspondant à l'indice brut retenu pour la liquidation de la pension d'invalidité, indiqué sur le décompte de pension délivré par la CNRACL, complété, si la garantie est mentionnée aux conditions particulières, de 1/12 <sup>ème</sup> du régime indemnitaire net annuel que l'Assuré aurait perçu s'il avait continué à travailler sur attestation de l'Employeur.
<b>Fonctionnaires IRCANTEC</b>	Revenu annuel net que l'Assuré aurait perçu s'il avait continué à travailler, indiqué sur l'attestation fournie par l'Employeur, complété, si la garantie est mentionnée aux conditions particulières, de 1/12 <sup>ème</sup> du régime indemnitaire net annuel que

	l'Assuré aurait perçu s'il avait continué à travailler sur attestation de l'Employeur.
<b>Contractuels de droit public IRCANTEC Assistantes familiales et maternelles</b>	Revenu annuel net que l'Assuré aurait perçu s'il avait continué à travailler, indiqué sur l'attestation fournie par l'Employeur, complété, si la garantie est mentionnée aux conditions particulières, de 1/12 <sup>ème</sup> du régime indemnitaire net annuel que l'Assuré aurait perçu s'il avait continué à travailler sur attestation de l'Employeur. Pour les assistants familiaux, moyenne des salaires net des 12 derniers mois qui précèdent l'arrêt de travail, hors primes diverses liés à l'entretien des enfants. Si l'Assuré ne dispose pas de 12 mois de rémunération, la base de l'assurance est la moyenne des salaires nets qui précèdent l'arrêt de travail.
<b>Contractuels de droit privé</b>	Revenu annuel net que l'Assuré aurait perçu s'il avait continué à travailler, indiqué sur l'attestation fournie par l'Employeur, complété, si la garantie est mentionnée aux conditions particulières, de 1/12 <sup>ème</sup> des primes net annuel que l'Assuré aurait perçu s'il avait continué à travailler sur attestation de l'Employeur.

#### Période indemnisée

La rente est servie mensuellement à terme échu à compter :

- De la date de mise à la retraite pour invalidité, pour les agents affiliés à la CNRACL (ou affiliés au régime spécial pour les agents de l'Etat),
- De la date d'attribution de la pension d'invalidité de la Sécurité sociale, ou de la date d'attribution de la rente d'incapacité pour un taux au moins égal à 66% en cas de maladie professionnelle ou d'accident du travail, pour les agents relevant du régime général de Sécurité sociale.

Le service de la rente prend fin à effet :

- Soit de la date de reprise de toute activité professionnelle, même partielle, de l'Assuré, sauf si l'Assureur intervient pour la 1<sup>ère</sup> catégorie,
- Soit de la date d'entrée en jouissance de la pension de retraite servie par le régime de base de l'Assuré,
- Soit de la date du décès de l'Assuré.

#### Revalorisation

Le montant de la rente est réévalué au 1er juillet de chaque année sur la base de l'évolution de l'indice 100 majoré constatée au cours des douze derniers mois et selon le taux défini par l'organisme complémentaire.

### 3.3 Garantie perte de retraite

#### Définition

**La garantie perte de retraite a pour objet le versement d'un capital ou d'une rente mensuelle viagère selon la mention indiquée aux conditions particulières**, afin de compenser la perte de retraite consécutive à une invalidité permanente, telle que définie dans le présent contrat, survenue avant la liquidation de la pension de retraite du régime de base de l'Assuré.

- La **rente mensuelle viagère** est calculée par différence entre le montant de la retraite que l'Assuré aurait perçue à la date de prise en charge de la présente garantie s'il n'avait cessé son activité professionnelle, et le montant cumulé des pensions versées à l'Assuré par les organismes de toute nature, hors pensions ou rentes qui ont pour objet de compenser ou de réparer des séquelles d'un accident de service, d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle. La pension de retraite, qu'aurait perçue l'Assuré s'il n'avait cessé son activité, est déterminée sur la base de l'indice que l'Assuré aurait obtenu par avancement d'échelon au sein du grade détenu lors de sa radiation des cadres pour invalidité.
- Le **capital** est versé selon le montant indiqué aux conditions particulières.

**Période indemnisée**

La **rente mensuelle viagère** est servie mensuellement et selon un terme échu à compter de la date d'entrée en jouissance de la pension de retraite servie par le régime de base de l'Assuré, et prend fin à la date de décès de l'Assuré.

Le **capital** est versé dès la production par l'Assuré de son titre de retraite.

**3.4 Garantie décès toutes causes et perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)****Définition**

La garantie **décès toutes causes**, c'est-à-dire survenu à la suite d'un accident ou d'une maladie survenus dans le cadre de la vie privée ou la vie professionnelle de l'Assuré, a pour objet le versement :

- D'un **capital en cas de décès de l'Assuré** survenant tant que l'Assuré est dans l'effectif de l'Employeur, ou, à défaut, tant que l'Assuré bénéficie du versement d'une rente mensuelle d'invalidité par l'Assureur,
- D'un **capital en cas de perte totale et irréversible d'autonomie de l'Assuré** survenant avant la date d'entrée en jouissance de la pension de retraite servie par le régime de base de l'Assuré. Est considéré comme atteint d'une perte totale et irréversible d'autonomie l'Assuré qui est :
  - o dans l'incapacité totale et définitive de se livrer à une quelconque activité pouvant lui procurer un gain ou un profit :
    - avec un taux d'incapacité permanente d'au moins 95% pour les Assurés affiliés à la CNRACL,
    - avec un classement en 3<sup>ème</sup> catégorie selon l'article L341-4 du code de la Sécurité sociale, ou un taux d'incapacité permanent d'au moins 95% pour une invalidité consécutive à un accident du travail ou une maladie professionnelle, pour les Assurés affiliés à la Sécurité sociale,
  - o et être obligé de recourir de manière permanente à l'assistance d'une tierce personne afin d'accomplir les quatre actes ordinaires de la vie (se laver, s'habiller, se nourrir, se déplacer).
- **D'un capital pour frais obsèques en cas de décès de l'Assuré**, si mentionné dans les conditions particulières.

Le versement du capital en cas de perte totale et irréversible d'autonomie de l'Assuré libère l'Assureur du versement du capital en cas de décès.

**La garantie est acquise sans avis du médecin conseil de l'Assureur ou de tout autre tiers au contrat.**

**Bénéficiaires**

Pour le capital de perte totale et irréversible d'autonomie, le bénéficiaire est l'Assuré.

Pour le capital en cas de décès de l'Assuré, les bénéficiaires sont les (ou la) personne(s) ayant fait l'objet d'une désignation écrite de l'Assuré auprès de l'Assureur, et formalisée dans le bulletin d'adhésion.

L'Assuré a le droit de modifier à tout moment la clause bénéficiaire, en particulier lorsque sa situation familiale change (mariage, divorce, séparation, naissance, adoption...).

En cas de pluralité de bénéficiaires de même rang et de prédécès de l'un ou de plusieurs d'entre eux, la part du capital lui (leur) revenant est répartie entre les autres bénéficiaires au prorata de leur part respective.

En cas d'absence de désignation expresse de bénéficiaire, ou de prédécès de tous les bénéficiaires, le capital est attribué selon l'ordre de priorité suivant :

- Au conjoint survivant non séparé de corps par un jugement définitif passé en force de chose jugée, à défaut au concubin notoire ou au partenaire de PACS,
- A défaut à ses enfants vivants ou représentés,
- A défaut à ses petits-enfants,
- A défaut de descendants directs, à ses parents survivants,

- A défaut de ceux-ci, aux grands-parents survivants,
- A défaut, et par parts égales, à ses frères et sœurs,
- A défaut, aux héritiers et selon la répartition en vigueur conformément aux principes du droit de la succession.

En cas de déshérence, les capitaux non réglés sont versés à la Caisse des dépôts et consignations (CDC) à l'issue d'un délai de 10 ans à compter de la date de connaissance du décès de l'Assuré ou de l'échéance du contrat ou de l'adhésion.

#### Base de l'assurance

Le montant du capital est :

- Pour les Assurés payés sur une base indiciaire : le traitement indiciaire brut mensuel X 12 (sur la base du dernier indice majoré connu par l'Employeur),
- Pour les autres Assurés : le salaire brut des 12 derniers mois travaillés. Pour les Assurés ne disposant pas de 12 mois travaillés, la base est le salaire brut du dernier mois travaillé X 12.

#### 4 Dispositifs de maintien et de renfort des garanties

##### Pathologies et situations antérieures à l'adhésion de l'Assuré

Par application de l'article 3 de la loi n°89-1009 modifiée, l'Assureur prend en charge les suites des états pathologiques survenus antérieurement à la souscription du présent contrat collectif ou à l'adhésion à celui-ci du salarié, sous réserve des sanctions prévues en cas de fausse déclaration.

L'Assureur doit les garanties du présent contrat à l'Assuré selon les situations antérieures de celui-ci à la date d'effet de son adhésion :

- **Situation 1 : situations antérieures sans arrêt de travail.** Les suites d'états pathologiques d'un accident survenu ou d'une maladie contractée antérieurement à la date d'effet de l'adhésion de l'Assuré sans arrêt de travail antérieurement à cette date sont prises en charge par l'Assureur,
- **Situation 2 : situations antérieures avec arrêt de travail.** L'Assuré dont l'arrêt de travail fait l'objet d'une **rechute** (Assuré en arrêt de travail avec reprise du travail antérieure à la date d'adhésion au présent contrat, puis de nouveau en arrêt de travail survenu pendant la période de validité du présent contrat consécutif à cette même pathologie ou accident antérieur) avec ou sans **transformation ou requalification** (exemple : passage d'un arrêt de travail de type congé pour raison de santé en disponibilité d'office ou retraite pour invalidité), est garanti par l'Assureur selon les cas suivants :
  - o *Cas 1. L'Assuré était couvert antérieurement à la date d'effet de son adhésion par une garantie équivalente de son ancien contrat individuel.* Dans ce cas, l'Assureur doit la garantie en cas de refus contractuellement justifié de l'ancien assureur,
  - o *Cas 2. L'Assuré était couvert antérieurement à la date d'effet de son adhésion par une garantie équivalente de l'ancien contrat collectif.* Dans ce cas, l'Assureur doit la garantie en cas de refus justifié de l'ancien assureur du fait de l'application des conditions d'acquisition de la garantie de cet ancien contrat. La garantie s'applique, notamment, si l'arrêt de travail antérieur à la date d'effet de l'adhésion au présent contrat n'avait pas fait l'objet d'une indemnisation par l'ancien contrat car conditionnée à l'épuisement d'une franchise,
  - o *Cas 3. L'Assuré n'était pas couvert antérieurement à la date d'effet de son adhésion par une garantie équivalente.*

L'Assuré couvert antérieurement communique à l'Assureur tous les documents contractuels relatifs à son ancienne adhésion, comme le bulletin d'adhésion et les conditions générales, le règlement mutualiste ou la notice d'information, ainsi que leurs avenants successifs et tout autre document nécessaire à sa prise en charge.

L'Assureur apporte son assistance juridique et technique auprès de l'Assuré afin de faire valoir les droits de ce dernier auprès de l'ancien Assureur si nécessaire.

##### Maintien des garanties en cas de changement d'employeur (portabilité)

Les garanties d'assurance du présent contrat sont maintenues pour l'Assuré et ses ayants-droit éventuels dans deux cas :

- **Cas 1 : application des dispositions de l'article L5111-7 du code général des collectivités locales.** Si les Assurés changent d'employeur en application d'une réorganisation, le nouvel employeur est substitué de plein droit à l'ancien pour la convention de participation et le présent contrat collectif d'assurance conclus par ce dernier avec l'Assureur. La convention et le contrat sont exécutés dans les conditions antérieures jusqu'à leur échéance, sauf accord contraire entre le nouvel employeur, l'ancien employeur et l'Assureur. Ceux-ci peuvent convenir d'une échéance de la convention du contrat, antérieures à celles stipulées, dans le but d'harmoniser le régime des participations applicables aux agents. L'Assureur est informé de la substitution de personne morale par le nouvel employeur. La substitution de personne morale à la convention et au contrat n'entraîne aucun droit à résiliation ou à indemnisation pour l'Assureur.

- **Cas 2 : en cas de départ de l'Assuré de l'effectif de l'Employeur avec embauche simultanée auprès d'un autre employeur.** En cas de départ de l'Assuré de l'effectif de l'Employeur, pour une cause autre qu'un départ en retraite pour lequel les garanties restent acquises, l'Assureur ne peut refuser de maintenir les garanties à l'Assuré qui en fait la demande, et sous réserve du paiement des cotisations et des sanctions prévues en cas de fausse déclaration. Le maintien des garanties par l'Assureur s'effectue sans réduction de celles-ci, ni révision des taux de cotisation. La demande de maintien des garanties doit être formulée par lettre recommandée avec accusé de réception, dans un délai maximum de deux mois à compter de la date de départ de l'Assuré.

#### Maintien des garanties en cas de suspension de l'activité ou du contrat de travail

Le maintien des garanties au bénéfice des agents dont l'activité ou le contrat de travail est suspendu est prévu pour les deux situations suivantes :

##### La période de suspension donne lieu à une indemnisation :

- Lorsque l'activité est suspendue qu'elle qu'en soit la cause (notamment lors de la survenance d'une maladie, d'une maternité, d'un accident ou en cas d'activité partielle ou d'un congé d'adoption) et que les agents concernés sont indemnisés pendant cette période, le maintien des garanties de prévoyance reste acquis. L'indemnisation est définie comme le cas où l'agent bénéficie soit d'un maintien de la rémunération, total ou partiel, soit d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers, le bénéfice de l'ensemble des garanties est maintenu pour les agents et, le cas échéant, pour leurs ayants droit.
- La contribution de l'employeur est maintenue pendant toute la période de suspension.

##### La période de suspension ne donne pas lieu à une indemnisation :

- Sont visés les agents absents en raison d'une maladie, d'une maternité ou d'un accident ou pour des raisons autres que médicales (exemple : congé de proche aidant, congé de présence parentale) dont l'activité est suspendue sans aucune rémunération ou indemnisation.
- Pour ces situations, l'Employeur doit déterminer :
  - o L'absence de maintien des garanties et de la contribution employeur,
  - o ou le maintien des garanties et de la contribution de l'employeur. Si cette option est retenue, la rémunération mensuelle à prendre en compte est égale au montant moyen des rémunérations perçues au cours des douze mois précédant l'arrêt de travail ou la période de congé.

#### Maintien des prestations en cas de non-renouvellement ou résiliation du présent contrat

Par application des **articles 7 et 7-1 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989**, la résiliation ou le non-renouvellement du présent contrat ou des adhésions individuelles des Assurés sont sans effet sur :

- Le versement des prestations immédiates ou différées, acquises ou nées durant l'exécution de présent contrat, relatives aux garanties incapacité temporaire de travail, invalidité permanente, perte de retraite et décès. Le versement des prestations de toute nature se poursuit à un niveau au moins égal à celui de la dernière prestation due ou payée avant la résiliation ou le non-renouvellement, sans préjudice des révisions prévues dans le contrat. De telles révisions ne peuvent être prévues à raison de la seule résiliation ou du seul non-renouvellement,
- Les prestations à naître au titre du maintien de la garantie décès avant le terme de la période d'incapacité de travail ou d'invalidité permanente définie dans le présent contrat.

Ces engagements doivent être couverts à tout moment par l'Assureur par des provisions représentées par des actifs équivalents.



## 5 Dispositions communes aux garanties

### Exclusions

**L'Assureur ne prend pas en charge les conséquences des événements :**

- **de guerres civiles ou étrangères et d'émeutes, sauf si les conditions sont fixées par la législation à intervenir sur les assurances sur la vie en temps de guerre,**
- **dus aux effets directs ou indirects d'explosion, de chaleur ou de radiation provenant d'une transmission du noyau de l'atome, comme la fission, la fusion, la radioactivité ou du fait de radiation provoqués par l'accélération des particules atomiques,**
- **de la manipulation volontaire d'engins de guerre ou d'explosifs dont la détention est interdite.**

### Cumul des prestations

Les niveaux de prestations versées par l'Assureur, complétés des prestations versées par l'Employeur, par l'Assurance maladie ou par tout autre organisme, ne peut excéder les taux de prestations des garanties accordées au titre du présent contrat. En cas de dépassement de ce taux de prestations, les prestations à verser par l'Assureur sont réduites à due concurrence de ce montant.

### Réticence ou fausse déclaration

Les garanties accordées aux Assurés par l'Assureur sont nulles en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de l'Assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'Assuré a été sans influence sur la réalisation du risque. Les cotisations acquittées demeurent acquises à l'Assureur qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

### Omission ou déclaration inexacte

L'omission ou la déclaration inexacte de l'Assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie, n'entraîne pas la nullité des garanties. Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, l'Assureur a le droit de maintenir l'adhésion moyennant une augmentation de cotisation acceptée par l'Assuré. A défaut d'accord de celui-ci, l'adhésion prend fin le premier jour du mois qui suit la date de la notification adressée à l'Assuré par lettre recommandée. L'Assureur restitue à l'Assuré la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus. Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux de la cotisation payée par l'Assuré par rapport au taux de cotisation qui aurait été due, si les risques avaient été exactement déclarés.

### Contrôle médical

L'Assureur, par le service de son médecin conseil, peut effectuer un contrôle médical de l'Assuré, et faire pratiquer des examens complémentaires lorsque le versement des prestations est lié à son état de santé. Ces contrôles et examens complémentaires sont effectués au frais de l'Assureur par un médecin désigné par ses soins.

**Ils peuvent être réalisés uniquement en cours de prestation, et non à la demande de prestation, après information préalable de l'Employeur et pour les seuls arrêts attribués après avis du conseil médical ou médecin agréé lorsque l'avis du conseil médical n'est plus requis ou après avis du médecin conseil de la Sécurité sociale.**

L'Assuré qui refuse de se soumettre au contrôle médical ou aux examens médicaux complémentaires demandés perd tout droit aux prestations.

En cas de conclusion du rapport d'expertise diligenté par l'Assureur en défaveur de l'Assuré, l'Assureur notifie à l'Assuré sa décision de suspendre le versement des prestations à compter de la date de fin figurant sur l'arrêt de travail et au plus tard dans les 30 jours à compter de la notification à l'Assuré.

L'Assuré peut contester les conclusions de ce rapport dans les 30 jours à compter de la réception de ce

document, en envoyant à l'Assureur une lettre recommandée avec accusé de réception accompagnée d'un certificat médical de son médecin. Dans ce cas, le versement des prestations est maintenu par l'Assureur. A réception de ce courrier, l'Assureur demande, à ses frais, à l'Assuré de procéder à une contre-expertise auprès d'un médecin agréé par la préfecture de l'Employeur ou d'un autre Département. Le médecin agréé est choisi par l'Assuré. La décision prise par ce médecin agréé s'impose à l'Assureur et à l'Assuré.

#### Revalorisation des prestations

Le montant de l'indemnité journalière de la garantie incapacité temporaire de travail est réévalué selon l'évolution du point d'indice majoré de l'agent.

Le montant de la rente de la garantie invalidité est réévalué au 1er juillet de chaque année sur la base de l'évolution de l'indice 100 majoré constatée au cours des douze derniers mois, et selon le taux défini par l'Assureur.

Les nouveaux montants sont arrondis à la dizaine de centimes d'euros supérieure après revalorisation.

#### Prescription :

Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites par **deux ans** à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance, et, en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là. Quand l'action de l'Assuré contre l'Assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à **dix ans** pour la garantie décès, lorsque les Bénéficiaires sont les ayants droit de l'Assuré décédé.