

DEPARTEMENT DU NORD
ARRONDISSEMENT D'AVESNES
VILLE DE MAUBEUGE

SEANCE DU 25 NOVEMBRE 2021 : DELIBERATION N° 167

Affaires Juridiques & Gestion de l'Assemblée
Affaire suivie par Claudine LATOUCHE
☎:03.27.53.76.01
Réf.: C. LATOUCHE / G. GABERTHON

**EXTRAIT DU REGISTRE DES DELIBERATIONS
DU CONSEIL MUNICIPAL**

Date de la convocation : 18 NOVEMBRE 2021

L'an deux mille VINGT ET UN, le VINGT CINQ NOVEMBRE à 18h00

Le Conseil Municipal de MAUBEUGE s'est réuni à la Mairie sur la convocation et sous la présidence de Monsieur Arnaud DECAGNY, Maire de MAUBEUGE

Nombre de conseillers en exercice : 35

PRÉSENTS: Arnaud DECAGNY - Florence GALLAND - Nicolas LEBLANC - Jeannine PAQUE - Dominique DELCROIX - Annick LEBRUN - Patrick MOULART - Bernadette MORIAME - Naguib REFFAS - Brigitte RASSCHAERT - Nino CHIES - Samia SERHANI - Emmanuel LOCOCCIOLO - Michèle GRAS - Djilali HADDA - Patricia ROGER - Marc DANNEELS - Myriam BERTAUX - Boufeldja BOUNOUA - Marie-Charles LALY - Robert PILATO - Christelle DOS SANTOS - Jean-Pierre COULON - Malika TAJDIRT - André PIEGAY - Caroline LEROY - Rémy PAUVROS - Marie-Pierre ROPITAL - Michel WALLET - Sophie VILLETTE - Guy DAUMERIES - Inèle GARAH - Jean-Pierre ROMBEAUT - Fabrice DE KEPPER - Angelina MICHAUX

EXCUSÉ(E)S AYANT DONNE POUVOIR :

Dominique DELCROIX pouvoir à Arnaud DECAGNY
Boufeldja BOUNOUA pouvoir à Arnaud DECAGNY
Emmanuel LOCOCCIOLO pouvoir à Jean-Pierre COULON
André PIEGAY pouvoir à Jean-Pierre COULON
Inèle GARAH pouvoir à Sophie VILLETTE

EXCUSÉ(E)S:

ABSENT(E)S:

SECRETAIRE DE SÉANCE : Nino CHIES

OBJET: Souscription du contrat de prévoyance complémentaire du personnel de la fonction publique auprès de la Caisse Nationale de Prévoyance : CNP Assurances

Vu le Code des assurances, et notamment les articles :

- L.112-2 relatif aux informations précontractuels
- L.112-4 relatif aux informations que doit comporter le contrat d'assurance

Vu la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droit et obligations des fonctionnaires,

Vu la loi n° 2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique, et notamment son article 40,

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

Vu la jurisprudence de la 1^{er} Chambre civile de la Cour de cassation en date du 5 avril 2018 n°13-27063 relatif aux obligations d'information et de conseil du souscripteur,

Vu le contrat n° 4537 G d'assurance collective complémentaire en cas de décès, d'invalidité permanente ou absolue et d'incapacité temporaire de travail,

Vu l'avenant n° 9 aux conditions particulières du contrat n° 4537 G, et notamment son article 2 « durée du contrat »,

Vu les conditions générales 2017CG19168 du contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative décès, perte totale et irréversible d'autonomie, incapacité temporaire totale de travail, invalidité permanente, perte de retraite, rente éducation et rente conjoint de la société CNP ASSURANCES,

Vu la notice d'information relative au contrat de prévoyance complémentaire du personnel de la fonction publique et aux conditions générales 2017CG19168,

Vu les conditions particulières relatives aux conditions générales CNP ASSURANCES 2017CG19168,

Vu l'avis favorable de la commission « Finances, travaux, Ressources humaines, tranquillité publique, commerce » en date du 10 novembre 2021,

Vu l'avis favorable du Comité technique en date du 10 novembre 2021,

Considérant que la loi transformation de la fonction publique susvisée oblige les collectivités à prendre en charge la complémentaire santé et la complémentaire prévoyance,

Que la ville verse une participation aux agents titulaire d'un contrat de mutuelle labellisé,

Que la caisse de solidarité de la ville de Maubeuge est le souscripteur du contrat de prévoyance,

Considérant que la caisse de solidarité des employés et ouvriers de la ville de Maubeuge propose depuis 1985 aux agents municipaux intéressés la possibilité de souscrire à un contrat d'assurance collective complémentaire en cas de décès, d'invalidité permanente ou absolue et d'incapacité temporaire de travail,

Qu'un avenant a été signé auprès de la CNP le 5 janvier 2021 prorogeant le contrat jusqu'au 31 décembre 2021,

Considérant que chaque mois le montant des cotisations prélevées sur le salaire des agents concernés est versé à la caisse de solidarité des employés et ouvriers de la ville de Maubeuge qui effectue un règlement mensuel au courtier,

Que la collectivité ne prend pas en charge le montant des cotisations qui est réglé dans son entièreté par l'agent,

Considérant qu'à la suite d'un échange entre la société d'assurance et la caisse de solidarité des employés et ouvriers de la ville de Maubeuge afin de prévoir la reconduction du contrat pour 2022, le courtier a indiqué qu'il se trouvait devant une difficulté juridique car la loi n° 2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique oblige les collectivités à être porteur de ce contrat,

Que l'article 40 de la loi n° 2019-828 du 6 août 2019 habilite le gouvernement à redéfinir la participation des employeurs au financement des garanties de protection sociale complémentaire de leurs personnels,

Que le gouvernement est venu modifier l'article 22 bis de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 par l'ordonnance n° 2021-175 du 17 février 2021, en obligeant les personnes publiques à participer au financement des garanties de protection sociale complémentaire,

Considérant que l'article 4 de l'ordonnance n° 2021-175 du 17 février 2021 prévoit par principe une entrée en vigueur des dispositions le 1^{er} janvier 2022, et par dérogation au plus tard le 1^{er} janvier 2026 pour la complémentaire santé et le 1^{er} janvier 2025 pour la complémentaire prévoyance,

Considérant que face à ces nouvelles règles il convient de prendre une disposition transitoire consistant à maintenir et apporter aux agents inscrits auprès de la caisse de solidarité des employés et ouvriers de la ville de Maubeuge une offre de couverture assurantielle pertinente en garantissant, dans les mêmes conditions que le contrat en cours, d'être mieux protégés en cas d'accident de la vie au titre de l'année civile 2022,

Considérant que les conditions particulières relatives aux conditions générales CNP ASSURANCES n°2017CG19168 dérogent aux conditions générales du contrat d'assurance,

Que notamment l'article 2 « *prise d'effet, durée et renouvellement du contrat d'assurance de groupe* » des conditions particulières déroge à l'article 4 « *prise d'effet, durée et renouvellement du contrat d'assurance de groupe* » des conditions générales,

Que l'article 2 des conditions particulières prévoit que le contrat, sous réserve de signature, prend effet le 1^{er} janvier 2022 pour une durée d'un an soit jusqu'au 31 décembre 2022,

Que par conséquent de façon transitoire, en vue de se conformer à la nouvelle législation, la collectivité peut prendre en charge le contrat de prévoyance.

Ayant entendu l'exposé de son rapporteur,

Après en avoir délibéré,

Le Conseil Municipal,

A l'unanimité,

- **Autorise** Monsieur le Maire, ou son délégataire à conclure le contrat de prévoyance avec la société CNP ASSURANCES pour une durée d'un an soit du 1^{er} janvier au 31 décembre 2022.
- **Autorise** Monsieur le Maire, ou son délégataire à signer le contrat ainsi que tous les documents afférents audit contrat.

Fait en séance les jour, mois et an que dessus

Pour extrait conforme,

Conformément aux dispositions des articles L.2131-1 et L 2131-2 du CGCT, cette délibération ne sera exécutoire qu'à compter de sa publication et sa transmission en Sous-Préfecture.

Le Maire de Maubeuge,

Arnaud DECAGNY

Transmis en Sous-Préfecture le :

Affiché le :

Notifié le :



**Assurons
un monde
plus ouvert**

DEPARTEMENT COLLECTIVITES LOCALES, ENTREPRISES ET COURTAGES
SERVICE DEVELOPPEMENT COLLECTIVITES LOCALES

BULLETIN D'ADHESION INDIVIDUELLE

Valant certificat d'adhésion

PREVOYANCE COMPLEMENTAIRE DU PERSONNEL TERRITORIAL

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE COLLECTIVITE

MAIRIE
Place du Docteur Pierre Forest
59600 MAUBEUGE
SIRET : 21590392300013

RENSEIGNEMENTS VOUS CONCERNANT

Madame Monsieur

Nom Prénom

Nom de naissance

Né(e) le à CP Pays

Situation de famille Nombre d'enfants à charge

Adresse

Code postal Ville

Téléphone* E-mail**@.....

* Conformément au code de la consommation, nous vous informons que vous avez le droit de vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique, ce qui vous permet de ne pas être démarché par des professionnels avec lesquels vous n'avez pas de contrats en cours (modalités sur le site www.bloctel.gouv.fr).

**Cet e-mail est utilisé pour accuser réception de votre adhésion et pour vous informer du règlement des indemnités

CNRACL IRCANTEC Agent de droit privé Titulaire Stagiaire Contractuel Catégorie hiérarchique C B A

Agent détaché Assistant maternel/familial

N° matricule Filière

Traitement brut annuel Date d'embauche dans la collectivité

Exercez-vous ou avez-vous exercé au cours des 2 dernières années, des fonctions politiques, juridictionnelles ou administratives de premier plan (ou un membre direct de votre famille ou toute autre personne à laquelle vous êtes étroitement associé(e)) ?

Non Oui, précisez la fonction exacte occupée : Précisez le pays :

Situation de l'agent au jour de ma demande d'adhésion

Temps complet Temps partiel Temps non complet +150h par trimestre Temps non complet -150h par
 Temps partiel thérapeutique Arrêt de travail pour raisons de santé

Date d'effet de l'adhésion :

Au 1er jour du mois suivant la signature du bulletin d'adhésion individuelle, sous réserve des conditions prévues au contrat.
 Au 1^{er} jour suivant la date de résiliation de votre contrat individuel si vous en êtes bénéficiaire à la date de prise d'effet du présent contrat-

L'entrée dans l'assurance s'effectue selon les conditions suivantes :

*Les anciens adhérents en activité du contrat n°4535G de la Caisse des Employés de Maubeuge à la date d'effet du contrat, pour les agents déjà présents dans les effectifs, l'adhésion est sans formalités dans un délai de 6 mois.

*Les anciens adhérents du contrat n°4535G de la Caisse des Employés de Maubeuge, qui sont en arrêt de travail pour raisons de santé ou temps partiel thérapeutique au 01/01/2022, l'adhésion est sans formalités médicales dans un délai d'un mois suivant la reprise d'activité et au-delà l'adhésion est subordonnée à l'acceptation de l'assureur selon l'article 3 de la notice d'information.

*Les anciens adhérents du contrat n°4535G de la Caisse des Employés de Maubeuge, qui sont en congés parental ou disponibilité autres que raisons de santé au 01/01/2022, l'adhésion est sans formalités dans un délai de 6 mois et au-delà l'adhésion est subordonnée à l'acceptation de l'assureur selon l'article 3 de la notice d'information

*Les nouveaux adhérents, qui sont en activité au 01/01/2022, l'adhésion est subordonnée à l'acceptation de l'assureur selon l'article 3 de la notice d'information.

*Les nouveaux adhérents, qui sont en arrêt de travail pour raisons de santé ou temps partiel thérapeutique au 01/01/2022, l'adhésion est subordonnée à l'acceptation de l'assureur selon l'article 3 de la notice d'information.

*Les nouveaux adhérents, qui sont en congés parental ou disponibilité autres que raisons de santé au 01/01/2022, l'adhésion est subordonnée à l'acceptation de l'assureur selon l'article 3 de la notice d'information.

Toute demande d'adhésion au Contrat qui ne répond pas aux conditions ci-dessus du présent article ne sera pas prise en considération.

Envoyé en préfecture le 08/12/2021

Reçu en préfecture le 08/12/2021

Affiché le

1 exemplaire à conserver par l'agent
1 exemplaire à renvoyer par la collectivité à :

Sofaxis ID : 059-215903923-20211125-D_167-DE

Service Contrats Adhésions
CS 80006 - 18020 BOURGES Cedex

SANTÉ - PRÉVOYANCE



L'EXPERT EN ASSURANCE
DU MONDE TERRITORIAL

1 - ASSIETTE DE COTISATIONTBI + NBI
Traitement de base + Nouvelle bonification indiciaire**2 - GARANTIES DE BASE**

Formule	Niveau d'indemnisation en pourcentage	Taux de cotisation en pourcentage de l'assiette de cotisation souscrite
Incapacité temporaire totale	40 % du traitement brut de référence	2.06 %
Décès toutes causes – Décès accidentel et perte totale et irréversible d'autonomie	1 an de traitement brut de référence doublé en cas d'accident	

Bénéficiaire en cas de décès

En cas d'adhésion à une garantie décès, sauf stipulation contraire de la part de l'Assuré, la prestation de la garantie en cas de décès est attribuée selon la clause type suivante : à son conjoint survivant non séparé de corps par un jugement définitif, non divorcé, à défaut à son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, non séparé ; à défaut à ses enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales entre eux, la totalité revenant au(x) survivant(s) par parts égales entre eux en cas de décès de l'un d'eux sans descendant ; à défaut à ses ascendants par parts égales entre eux, la totalité revenant au(x) survivant(s) par parts égales entre eux en cas de décès de l'un d'eux ; à défaut aux héritiers de l'Assuré par parts égales entre eux.

Déclarations de l'adhérent :

Je soussigné(e)

- Déclare demander l'adhésion au contrat souscrit par mon employeur auprès de CNP Assurances ;
- Déclare avoir pris connaissance et reçu un exemplaire de la notice d'information ;
- Déclare avoir lu et compris chacune des déclarations et ci-dessous et certifie complets et exacts les renseignements portés sur ce document. Je déclare être informé(e) que toute réticence ou déclaration fautive ou inexacte peut entraîner la nullité de mon adhésion, conformément aux articles L.113-8 et L.113-9 du code des assurances ;
- Déclare être à jour du paiement des cotisations dues au titre des régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse et le justifie en produisant une attestation délivrée par les caisses d'assurance maladie et d'assurance vieillesse concernées ;
- Reconnais être informé(e) que, conformément au code de la consommation, j'ai le droit de m'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique, ce qui me permet de ne pas être démarché(e) par des professionnels avec lesquels je n'ai pas de contrats en cours (modalités sur www.bloctel.gouv.fr) ;
- Accepte par avance de fournir tout renseignement et pièce justificatives sur l'origine des fonds destinés au paiement des cotisations dans le cadre des obligations auxquelles est soumis tout assureur en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme ;
- Reconnais avoir reçu et pris connaissance des informations relatives à la vente à distance contenues dans la Notice d'information, comportant notamment les conditions d'exercice de la faculté de renonciation et un modèle de lettre de renonciation. J'ai noté que j'ai la possibilité de renoncer au contrat dans les 30 jours calendaires révolus à compter de la date de conclusion de l'adhésion au Contrat. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception, envoyée à l'adresse suivante : Sofaxis Santé Prévoyance – Service Contrats Adhésions – CS 80006 – 18020 Bourges cedex. Je donne expressément mon accord pour une prise d'effet immédiate des garanties à la date de conclusion de l'adhésion au contrat ;
- Donne mon accord pour l'utilisation de la langue française pour toute la durée du contrat. Les relations précontractuelles et contractuelles entre l'Assureur, le Souscripteur et l'Assuré sont régies par le droit français ;
- Autorise les services compétents de mon employeur à fournir à Sofaxis les informations nécessaires à la gestion du contrat et à prélever les cotisations dues sur mon salaire ;

CNP Assurances, Assureur, et Sofaxis, gestionnaire, sont chacun responsables sur leur périmètre respectif, 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 Sofaxis et/ou l'assureur ont pour finalités :

- La gestion des contrats de prévoyance complémentaire et des appels de cotisations,
- L'exécution des garanties des contrats (gestion des prestations de prévoyance complémentaire)
- La gestion des réclamations clients
- L'exercice des recours et la gestion des contentieux
- L'évaluation par l'Assureur des engagements pris à l'égard des assurés
- L'élaboration des statistiques et études actuarielles
- L'exécution des obligations légales auxquelles sont soumis CNP Assurances et Sofaxis (type LCB-FT, loi Eckert...)
- La gestion du dispositif de lutte contre la fraude de l'Assureur
- La gestion des services annexes au contrat d'assurance le cas échéant (type contrôle médical)

La licéité des traitements mis en œuvre repose sur :

- l'exécution du contrat d'assurance "prévoyance complémentaire du personnel territorial CNP Assurances" souscrit par votre employeur et auquel vous avez choisi d'adhérer, ainsi que, s'agissant du traitement de vos données de santé, sur les exceptions prévues à l'article 9 §2 b) du RGPD (gestion de services de protection sociale) ;
- le respect d'obligations légales incombant à CNP Assurances et Sofaxis (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, s'agissant notamment de la mise en œuvre du dispositif de lutte contre la fraude de l'assureur.

Vos réponses à l'ensemble des rubriques sont obligatoires ; à défaut Sofaxis serait dans l'impossibilité de procéder à votre adhésion au contrat d'assurance ou le temps de traitement pourrait être retardé.

Certaines des données collectées et traitées par Sofaxis lui sont transmises par votre employeur.

Vos données ainsi que, le cas échéant, celles des bénéficiaires désignés, sont destinées aux équipes de Sofaxis en charge de la gestion des contrats de prévoyance et autres personnels habilités, aux personnels habilités de CNP Assurances, à votre employeur, ainsi que, pour les données qui les concernent, au Centre de Gestion auquel est rattachée votre collectivité employeur, aux sous-traitants ou prestataires éventuels impliqués dans la mise en œuvre du traitement.

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 à la portabilité de vos données, ainsi que du droit de vous opposer audit traitement.

Vous pouvez exercer ces différents droits en justifiant de votre identité :

- sur les traitements pour lesquels Sofaxis est responsable en contactant son Délégué à la protection des données par courrier postal (Sofaxis – DPO – CS 80006 – 18020 Bourges Cedex) ou par courrier électronique (privacy.sofaxis@relyens.eu).

- sur les traitements dont CNP Assurances est responsable (i) en vous rendant sur www.cnp.fr/particulier/deja-assure, ou (ii) en contactant directement le service Délégué à la Protection des Données par courrier (CNP Assurances - Délégué à la Protection des Données, Place Raoul Dautry, 75716 Paris Cedex 15) ou par courriel (ci@cnp.fr).

Les réclamations touchant au traitement de vos données à caractère personnel pourront également être adressées au service Délégué à la Protection des Données.

En cas de désaccord persistant concernant vos données, vous avez le droit de saisir la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenoy 75007 Paris, <https://www.cnil.fr/fr/vous-souhaitez-contacter-la-cnil>, 01 53 73 22 22.

Si vous acceptez de recevoir de propositions de la part des autres filiales du Groupe, veuillez cocher cette case

Fait à
Le
Signature de l'agent

Signature de la collectivité



Adhésion :
Adhésion : Par mail : adhesionprev.sofaxis@relyens.eu
Par téléphone : 02 48 48 21 00

Indemnisation :
Par mail : indemnisationsprevoyance.sofaxis@relyens.eu
Par téléphone : 02 48 48 20 90



DEPARTEMENT COLLECTIVITES LOCALES, ENTREPRISES ET COURTAGE
SERVICE DEVELOPPEMENT COLLECTIVITES LOCALES

Envoyé en préfecture le 08/12/2021

Reçu en préfecture le 08/12/2021

Affiché le

SLOW

ID : 059-215903923-20211125-D_167-DE

CONDITIONS PARTICULIÈRES
relatives aux conditions générales « CNP ASSURANCES N°2017CG19168 »

Contrat de prévoyance complémentaire des personnels de la fonction publique

- **Personnel affilié à la CNRACL**
- **Personnel affilié à l'IRCANTEC**
- **Agents de droit public**

Numéro de contrat / numéro d'identification de la collectivité contractante : 3145T - 97200

La collectivité contractante :

MAIRIE
Place du Docteur Pierre Forest
59600 MAUBEUGE
SIRET : 21590392300013

Représentée par son Maire

Déclare souscrire le contrat **3145 T** auprès de :

L'assureur : **CNP Assurances**
Société Anonyme au capital de 686 618 477 € entièrement libéré 341 737 062 RCS Paris
Entreprise régie par le code des assurances
Siège social : 4 place Raoul Dautry 75716 PARIS Cedex 15

Représenté par Sophie WITTMER, en qualité de directrice du département collectivités locales, entreprises et courtage

Par dérogation aux conditions générales, article « préambule », les présentes conditions particulières ne résultent pas d'une convention de participation.

[Article 1 - Objet du contrat d'assurance de groupe](#)

Le contrat a pour objet de garantir aux agents de la collectivité contractante définis à l'article 4 des présentes, le versement de prestations en cas :

- D'incapacité temporaire totale de travail,
- De décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA).

[Article 2 - Prise d'effet, durée et renouvellement du contrat d'assurance](#)

Le présent contrat prend effet à compter du **premier janvier deux mille vingt-deux**, sous réserve de la signature des présentes conditions particulières et du paiement de la cotisation à la date d'exigibilité. Il est conclu pour une durée de **1 an** et prend fin sans autre avis le **trente et un décembre deux mille vingt-deux**.

[Article 3 - Fausse déclaration intentionnelle ou non](#)

Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission ou déclaration inexacte de la part du souscripteur entraîne la nullité de la souscription ou la réduction des garanties conformément aux articles L 113-8 et L 113-9 du code des assurances.

Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission ou déclaration inexacte de la part de l'assuré et/ou d'un assuré de la réduction des garanties conformément aux articles L 113-8 et L 113-9 du code des assurances.

Article 4 - Population assurable

Peuvent être assurés au titre du contrat, les agents des collectivités en activité de service et appartenant à une des catégories de personnels suivantes :

- les agents titulaires et stagiaires, affiliés à la CNRACL, détachés d'une administration d'Etat, ou mis à disposition,
- les agents titulaires, stagiaires et non titulaires affiliés au régime général de la Sécurité sociale et à l'IRCANTEC,
- les agents de droit public,
- Les agents détachés auprès de la collectivité.
- Les agents mis à disposition de la collectivité peuvent être assurés par le contrat pour autant que la collectivité dont ils dépendent l'autorise.

Toute demande d'adhésion au contrat qui ne répond pas aux conditions ci-dessus du présent article ne sera pas prise en compte.

Article 5 - Adhésion au contrat

Par dérogation l'article 6 des conditions générales est modifié comme suit :

L'adhésion est individuelle et facultative. Elle est ouverte aux personnes, appartenant à la population assurable visée à l'article 4, en activité au sein de la collectivité contractante.

L'entrée dans l'assurance s'effectue selon les conditions suivantes :

- Les anciens adhérents en activité du contrat n°4535G de la Caisse des Employés de Maubeuge à la date d'effet du contrat, pour les agents déjà présents dans les effectifs, l'adhésion est sans formalités dans un délai de 6 mois.
- Les anciens adhérents du contrat n°4535G de la Caisse des Employés de Maubeuge, qui sont en arrêt de travail pour raisons de santé ou temps partiel thérapeutique au 01/01/2022, l'adhésion est sans formalités médicales dans un délai d'un mois suivant la reprise d'activité et au-delà l'adhésion est subordonnée à l'acceptation de l'assureur selon l'article 3 de la notice d'information.
- Les anciens adhérents du contrat n°4535G de la Caisse des Employés de Maubeuge, qui sont en congés parental ou disponibilité autres que raisons de santé au 01/01/2022, l'adhésion est sans formalités dans un délai de 6 mois et au-delà l'adhésion est subordonnée à l'acceptation de l'assureur selon l'article 3 de la notice d'information
- Les nouveaux adhérents, qui sont en activité au 01/01/2022, l'adhésion est subordonnée à l'acceptation de l'assureur selon l'article 3 de la notice d'information.
- Les nouveaux adhérents, qui sont en arrêt de travail pour raisons de santé ou temps partiel thérapeutique au 01/01/2022, l'adhésion est subordonnée à l'acceptation de l'assureur selon l'article 3 de la notice d'information.
- Les nouveaux adhérents, qui sont en en congés parental ou disponibilité autres que raisons de santé au 01/01/2022, l'adhésion est subordonnée à l'acceptation de l'assureur selon l'article 3 de la notice d'information.

Toute demande d'adhésion au Contrat qui ne répond pas aux conditions ci-dessus du présent article ne sera pas prise en considération.

Article 6 - Cessation de l'adhésion

L'adhésion cesse dans l'un des cas suivants :

- soit en cas de renonciation. Cette renonciation s'exerce selon les modalités fixées à l'Article 14 de la notice d'information.
- à la date à laquelle l'Assuré ne remplit plus les conditions visées à l'article 4 du présent contrat,
- en cas de non-paiement des primes, dans les conditions prévues à l'article 13 de la notice d'information,
- en cas de cessation d'activité pour les Assurés admis à faire valoir leurs droits à la retraite,
- à l'âge minimum légal de départ à la retraite pour les garanties PTIA,
- à l'âge minimum légal auquel l'Assuré peut liquider une retraite à taux plein auprès d'un régime vieillesse de base ou équivalent pour les garanties Incapacité Temporaire Totale de Travail et Décès,
- au décès de l'Assuré,
- à la date d'effet de la radiation de l'Assuré des effectifs de la collectivité,
- à la date d'effet de la résiliation du présent Contrat,
- à la date d'effet de la dénonciation de l'adhésion par l'agent.

- les garanties sont suspendues de plein droit en cas de cessation d'activité pour les demandeurs pour convenances personnelles ou en congé parental pour les garants. Les garanties reprennent le jour qui suit la date de reprise d'activité sous réserve que l'assuré acquitte à nouveau ses cotisations,

En application de l'article 6 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, après l'expiration d'un délai de deux ans suivant l'adhésion de l'assuré au contrat, l'assureur ne peut refuser de maintenir à l'assuré qui en fait la demande les garanties définies aux présentes, à condition qu'il n'ait pas atteint l'âge minimum légal de départ à la retraite pour les garanties Invalidité Permanente, Perte de Retraite et PTIA, ou l'âge minimum légal auquel l'assuré peut liquider une retraite à taux plein auprès d'un régime vieillesse de base ou équivalent pour les garanties Incapacité Temporaire Totale de Travail et Décès. Et ce, sous réserve du paiement des primes en vigueur et des sanctions prévues en cas de fausse déclaration.

Article 7 - Assiette de cotisation et de prestation

Base de garantie : la base de garantie est définie comme étant :

- Pour les assurés agents titulaires et contractuels de droit public, le traitement indiciaire, augmenté le cas échéant, de la N.B.I. (Nouvelle Bonification Indiciaire), brut annuel.

Le traitement indiciaire

Le traitement indiciaire brut annuel est donné par la formule IT x VP.

IT : Indice de Traitement majoré de l'assuré.

VP : Valeur du Point de l'indice.

NBI (nouvelle bonification indiciaire)

Par N.B.I., il faut entendre la majoration indiciaire octroyée par l'employeur lorsque l'agent occupe une fonction ouvrant droit à ladite N.B.I.

Lorsque la base de garantie est exprimée en montant net, on entend la base de garantie exprimée en montant brut diminué des cotisations sociales obligatoires (retraite CNRACL, IRCANTEC, Sécurité sociale, CSG, CRDS).

La prise en compte par l'assureur de la perte de la N.B.I. cesse dès que ces avantages sortent du cadre d'une quelconque obligation par la collectivité de maintien partiel ou total de ceux-ci en application du statut de la Fonction Publique Territoriale.

Article 8 - Cotisations et niveaux d'indemnisation

Les cotisations dues sont fixées en pourcentage de la rémunération de la base de garanties servant au calcul des cotisations.

Le plafond et la base de garanties sont choisis par l'adhérent et sont précisés sur le bulletin d'adhésion individuelle.

Assiette de cotisation :

TBI + NBI
Traitement de base + Nouvelle bonification indiciaire

Formule :

Formules	Niveau d'indemnisation en pourcentage	Taux de cotisation en pourcentage de l'assiette de cotisation souscrite
Incapacité temporaire totale	40 % du traitement brut de référence	2.06%
Décès toutes causes	1 an de traitement brut de référence doublé en cas d'accident	
Perte totale et irréversible d'autonomie Décès accidentel		

Article 9 - Risques exclus

Par dérogation aux articles 38 (Garanties Incapacité Temporaire Totale de travail), et article 62 (Garantie Décès / Perte Totale et Irréversible d'Autonomie toutes causes) des conditions générales, les seules exclusions applicables aux garanties sont les conséquences :

- de faits de guerres étrangères lorsque la France est partie belligérante,
- de guerre civile ou étrangère, d'attentat, d'acte de terrorisme, d'émeute, d'insurrection quel que soit le lieu où se déroulent ces événements, et quels qu'en soient les protagonistes, dès lors que l'assuré y prend une part active,
- du fait intentionnellement causé ou provoqué par l'assuré,
- de tentative de suicide et de suicide survenus au cours de la première année d'adhésion. Cette exclusion ne s'applique pas dans le cas où l'assuré était précédemment garanti par un contrat de même nature depuis plus d'un an,
- Pour les garanties autres que les garanties décès et PTIA, du fait intentionnellement causé par l'assuré,
- De mutilation volontaire, du refus de se soigner au sens du Code de la Sécurité Sociale.
- Des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de la transmutation de noyaux d'atome.

Article 10 - Contrôle médical

L'assureur n'est pas tenu de suivre les décisions de la Sécurité sociale ou d'un organisme assimilé (notamment celles du Comité médical et de la Commission de réforme).

L'assureur peut réserver sa décision dans l'attente des conclusions d'un contrôle médical de l'assuré, effectué à la demande l'assureur. Ce contrôle médical peut éventuellement être opéré auprès d'un médecin mandaté par l'assureur et à ses frais.

Ce contrôle médical a pour but de vérifier que l'assuré est bien en état d'incapacité temporaire totale, d'invalidité permanente ou de perte totale et irréversible d'autonomie.

En outre, l'assureur se réserve le droit d'effectuer pendant toute la durée de l'ITT ou de l'invalidité, des contrôles médicaux auprès d'un médecin désigné par lui et à ses frais. Les conclusions de ces contrôles peuvent conduire à une cessation de prise en charge par l'assureur. Si après l'un de ces contrôles, la décision de l'assureur est contestée par l'assuré, une procédure de conciliation peut être demandée par l'assuré selon les modalités prévues à l'article 16.2 des présentes conditions générales.

Au vu des conclusions du rapport de contrôle médical, l'assureur notifie sa décision à l'assuré.

Article 11 - Revalorisation

Les prestations « Incapacité Temporaire Totale de travail », en cours de service, sont revalorisées en fonction de l'évolution de la valeur du point d'indice de la Fonction Publique Territoriale.

Article 12 - Territorialité des garanties

Les garanties ne sont acquises qu'aux assurés exerçant leur activité professionnelle en France métropolitaine et DROM.

Article 13 - Garantie incapacité

La garantie a pour objet le versement d'indemnités journalières en cas de baisse du (de la) traitement indiciaire / rémunération consécutive à une Incapacité Temporaire Totale de Travail d'un assuré, survenant pendant la période de garantie.

L'indemnité journalière est calculée en 30ème de mois, tous les mois étant réputés être de 30 jours, dans les conditions définies ci-dessous.

Pour les agents recrutés à temps complet et non complet

Le montant de l'indemnité journalière est au plus égal au produit de :

- 40 % selon le plafond retenu au bulletin d'adhésion individuelle, par 1/365ème de **la totalité ou de la fraction** du (de la) traitement indiciaire / rémunération augmenté(e) le cas échéant de la N.B.I., nets annuels de l'assuré définis à l'article 12 des conditions générales du contrat correspondant au pourcentage de temps de travail effectué, évalués à la date de prise en charge de l'Incapacité Temporaire de Totale Travail par l'assureur au titre de la présente garantie.

Pour les agents travaillant à temps partiel :

Le montant de l'indemnité journalière est au plus égal au produit de :

- 40 %, selon le plafond retenu au bulletin d'adhésion individuelle, par 1/365ème de la fraction du (de la) traitement indiciaire / rémunération augmenté(e) le cas échéant, de la N.B.I., nets annuels de l'assuré défini à l'article 12 des conditions générales du contrat correspondant au pourcentage de temps de travail effectué, évalués à la date de prise en charge de l'Incapacité Temporaire de Totale Travail par l'assureur au titre de la présente garantie.

A l'issue de la période de temps partiel autorisée, si l'assuré demeure en congé de maladie, il recouvre les mêmes droits que les agents exerçant leur activité à temps plein.

Article 14 - Garantie Décès/Perte Totale et Irréversible d'Autonomie toutes causes

La garantie a pour objet le versement d'un capital en cas de :

- de décès d'un assuré survenant avant l'âge minimum légal auquel l'assuré peut liquider une retraite à taux plein auprès d'un régime vieillesse de base ou équivalent,
- PTIA d'un assuré survenant avant l'âge minimum légal de départ à la retraite, survenant pendant la période de garantie.

Le montant du capital garanti est égal à 100 % du traitement indiciaire de la rémunération brute annuelle de l'assuré, défini à l'article 12 des conditions générales du contrat, évalué à la date du sinistre.

Article 15 - Garantie Décès/Perte Totale et Irréversible d'Autonomie accidentel

La garantie a pour objet le doublement du capital défini à l'article 67 des conditions générales du contrat en cas de décès ou PTIA d'un assuré consécutif à un accident, survenant pendant la période de garantie.

Article 16 - Délais de déclaration des sinistres

Les demandes de prestations doivent être adressées au gestionnaire dans les jours qui suivent la survenance des sinistres et au plus tard dans un délai de 3 mois.

En complément des articles 39, 48 et 56 des conditions générales, en cas de dépassement de ce délai, il sera fait application des dispositions de l'article 113 – 2 du Code des Assurances.

Article 17 - Intervenants au contrat

Le contrat est assuré par CNP Assurances, Société Anonyme au capital de 686 618 477 € entièrement libéré -341 737 062 RCS Paris ; entreprise régie par le code de assurances dont le siège social est situé 4, place Raoul Dautry - 75716 Paris Cedex 15.

Le contrat est géré pour le compte de l'assureur par :

SOFAxis, Société en Nom Collectif au capital de 47 355 euros, 335 171 096 RCS Bourges, immatriculée à l'ORIAS sous le n° 07 000 814, dont le siège social est situé Route de Creton - 18110 Vasselay.

La collectivité contractante reconnaît avoir reçu et pris connaissance des conditions générales n° 2017CG19168 qui forment, avec les présentes conditions particulières, le contrat d'assurance.

Fait à Paris, en trois exemplaires, le 2 novembre 2021

A....., le

L'assureur,
Sophie WITTMER
Directrice du département collectivités locales,
entreprises et courtage

La collectivité contractante,
Signature du représentant
et cachet de la collectivité



**Assurons
un monde
plus ouvert**

Envoyé en préfecture le 08/12/2021

Reçu en préfecture le 08/12/2021

Affiché le

SLOW

ID : 059-215903923-20211125-D_167-DE

DEPARTEMENT ECONOMIE SOCIALE ET LOCALE
SERVICE COLLECTIVITES LOCALES

NOTICE D'INFORMATION

**relative au contrat de prévoyance complémentaire du personnel de la fonction publique
et aux conditions générales 2017CG19168**

Numéro de contrat : 3145T - 97200

DECES – INCAPACITE DE TRAVAIL

La collectivité contractante :

**MAIRIE
Place du Docteur Pierre Forest
59600 MAUBEUGE
SIRET : 21590392300013**

***PERSONNEL AFFILIE A LA C.N.R.A.C.L.
PERSONNEL AFFILIE A L'I.R.C.A.N.T.E.C.
AGENTS DE DROIT PUBLIC***

NOTICE EMISE EN DATE 02/11/2021

SOMMAIRE**TITRE I – DISPOSITIONS GÉNÉRALES**

I – DISPOSITIONS AFFÉRENTES AU CONTRAT	4
Article 1. - Objet du Contrat d'assurance de groupe	4
Article 2. - Adhésion au Contrat	4
Article 3. - Sélection de risque et formalités d'adhésion	5
Article 4. - Date de conclusion de l'adhésion	5
Article 5. - Date de cessation de l'adhésion	6
II - DISPOSITIONS GÉNÉRALES AFFÉRENTES AUX GARANTIES	6
Article 6. - Date de prise d'effet des garanties	6
Article 7. - Cessation des garanties	6
Article 8. - Base des garanties.	6
Article 9. - Plafond des garanties	7
Article 10. - Mise en œuvre des garanties.....	7
Article 11. - Revalorisation	7
III - DISPOSITIONS GÉNÉRALES AFFÉRENTES AUX PRIMES	8
Article 12. - Montant, taux et assiette de la prime	8
Article 13. - Paiement et défaut de paiement de la prime	8
IV - ÉLÉMENTS D'INFORMATIONS	8
Article 14. - Faculté de renonciation	8
Article 14.1 - Délai de renonciation	8
Article 14.2 - Modalités de renonciation.....	8
Article 14.3 - Effets de la renonciation	9
Article 15. - Renseignements - Réclamations - Médiation	9
Article 16. - Informatique et libertés	9
Article 17 - Prescription	9
TITRE II – DISPOSITIONS PROPRES À CHAQUE GARANTIE	10
GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL	10
Article 18. - Objet et montant	10
Article 19. - Définition	10
Article 20 - Règle de cumul	11
Article 21. - Revalorisation de la prestation	11
Article 22. - Service et durée maximale de la prestation	11
Article 23. - Cessation du versement de la prestation	12
Article 24. - Maintien des prestations	12
Article 25. - Risques exclus	13
Article 26. - Formalités en cas de sinistre	13
GARANTIE DÉCÈS/PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE TOUTES CAUSES	14
Article 27. - Objet et montant	14
Article 28. - Définition	14
Article 29. - Bénéficiaires	15
Article 30 - Prestations	15
Article 31. - Revalorisation post-mortem du Capital décès	15
Article 32. - Risques exclus	16
Article 33. - Formalités en cas de sinistre	17
GARANTIE DÉCÈS/PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE ACCIDENTELS	18
Article 34. - Objet et montant	18
Article 35. - Définitions	18
Article 36. - Bénéficiaires	18
Article 37. - Service de la prestation	18
Article 38 - Risques exclus	19
Article 39. - Formalités en cas de sinistre	19
ANNEXE 1	20
TITRE I – DISPOSITIONS GÉNÉRALES	

[Article 1. - Objet du Contrat d'assurance de groupe](#)

Le Contrat a pour objet de garantir aux agents du Souscripteur, définis à l'Article 5 des conditions générales, le versement de prestations en cas :

- d'Incapacité Temporaire Totale de Travail,
- de Décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA).

Garantie obligatoire :

La garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail doit être obligatoirement souscrite par l'Adhérent, en application de l'article 30 du décret 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.

- la garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail,
- la garantie Décès/PTIA toutes causes ne peut être souscrite qu'en étant associée à la garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail,
- la garantie Décès/PTIA accidentels ne peut être souscrite qu'en étant associée à la garantie Décès/PTIA toutes causes,

I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES AFFÉRENTES À L'ADHÉSION

Article 2. - Adhésion au Contrat

L'entrée dans l'assurance s'effectue sans formalités médicales, sous réserve que l'adhésion des agents appartenant à la population assurable définie à l'article 5 des conditions générales, intervienne dans un délai de 6 mois suivant :

- la date de leur embauche, pour les nouveaux agents,
- la date d'effet du Contrat signé par leur collectivité, pour les agents déjà présents à l'effectif.

Passé ce délai de 6 mois, l'entrée dans l'assurance s'effectue selon les conditions définies à l'article 3 du présent Contrat.

L'adhésion au Contrat est réalisée au moyen d'une demande d'adhésion remplie et signée par l'agent appelé Bulletin d'Adhésion Individuelle.

Il comporte notamment :

- l'identité de l'agent,
- la déclaration de l'agent certifiant ne pas être en arrêt de travail ou en temps partiel thérapeutique,
- l'affiliation de l'agent à la CNRACL ou à l'IRCANTEC,
- les taux de cotisation et le détail des garanties obligatoires souscrites ainsi que les niveaux d'indemnisation.

L'agent peut également désigner, au moyen d'un document spécifique remis par son employeur, le ou le(s) bénéficiaire(s) en cas de décès.

L'entrée dans l'assurance s'effectue selon les conditions suivantes :

- Les anciens adhérents en activité du contrat n°4535G de la Caisse des Employés de Maubeuge à la date d'effet du contrat, pour les agents déjà présents dans les effectifs, l'adhésion est sans formalités dans un délai de 6 mois.
- Les anciens adhérents du contrat n°4535G de la Caisse des Employés de Maubeuge, qui sont en arrêt de travail pour raisons de santé ou temps partiel thérapeutique au 01/01/2022, l'adhésion est sans formalités médicales dans un délai d'un mois suivant la reprise d'activité et au-delà l'adhésion est subordonnée à l'acceptation de l'assureur selon l'article 3 de la notice d'information.
- Les anciens adhérents du contrat n°4535G de la Caisse des Employés de Maubeuge, qui sont en congés parental ou disponibilité autres que raisons de santé au 01/01/2022, l'adhésion est sans formalités dans un délai de 6 mois et au-delà l'adhésion est subordonnée à l'acceptation de l'assureur selon l'article 3 de la notice d'information
- Les nouveaux adhérents, qui sont en activité au 01/01/2022, l'adhésion est subordonnée à l'acceptation de l'assureur selon l'article 3 de la notice d'information.
- Les nouveaux adhérents, qui sont en arrêt de travail pour raisons de santé ou temps partiel thérapeutique au 01/01/2022, l'adhésion est subordonnée à l'acceptation de l'assureur selon l'article 3 de la notice d'information.
- Les nouveaux adhérents, qui sont en en congés parental ou disponibilité autres que raisons de santé au 01/01/2022, l'adhésion est subordonnée à l'acceptation de l'assureur selon l'article 3 de la notice d'information.

Toute demande d'adhésion au Contrat qui ne répond pas aux conditions ci-dessus du présent article ne sera pas prise en considération.

Article 3. - Sélection de risque et formalités d'adhésion

L'adhésion au présent Contrat est subordonnée à l'acceptation de l'Assureur lorsque les agents adhèrent au Contrat postérieurement à un délai de 6 mois :

Dans ce cas, les formalités médicales d'adhésion sont obligatoires pour tous les agents qui doivent remplir un bulletin d'adhésion ainsi qu'une Déclaration d'Etat de Santé (DES) ou un Questionnaire de Santé (QS).

Si l'agent répond « NON » à toutes les questions de la DES, il est admis dans l'assurance.

S'il répond « OUI » à l'une des questions, il doit remplir un QS. La décision d'accepter ou de refuser le risque est prise par l'Assureur, après examen de ce questionnaire, complété éventuellement par les renseignements médicaux ou, si nécessaire, par un examen médical auprès d'un médecin désigné par l'Assureur qui en supporte les frais.

La décision de l'Assureur est notifiée à l'agent.

La décision d'acceptation peut comporter une tarification différente fondée sur le questionnaire de santé. L'assureur peut aussi refuser de couvrir les suites d'une ou plusieurs maladies survenues avant l'adhésion ; en ce cas, la proposition de l'Assureur délivré à l'agent indique la ou les maladies exclues.

Un questionnaire de santé soumis à l'Assureur est valable 3 mois à compter de la date de signature. Passé ce délai, il devient caduc, et doit être remplacé par un questionnaire actualisé et adressé à l'Assureur pour un nouvel examen.

Toute modification de l'état de santé de l'agent qui surviendrait avant la date de conclusion de l'adhésion au Contrat doit être signalée à l'Assureur sous peine de nullité de l'assurance.

Ainsi qu'il est indiqué ci-dessus, les conditions d'acceptation à l'assurance donnent lieu à délivrance d'une proposition à l'agent.

Article 4. - Date de conclusion de l'adhésion

L'adhésion est conclue pour l'agent, ci-après dénommé « Assuré » :

Lorsque l'agent effectue sa demande dans les six (6) mois de la date de prise d'effet du Contrat, ou de la date de son embauche lorsqu'il s'agit d'un nouvel agent :

- au 1^{er} jour du mois suivant la date de signature du bulletin d'adhésion par l'agent.

Lorsque l'agent a rempli un questionnaire de santé :

- au 1^{er} jour du mois suivant l'acceptation de l'Assureur, ou suivant l'acceptation par l'agent des conditions d'assurance proposées par l'Assureur.

La date de conclusion de l'adhésion est mentionnée sur le bulletin d'adhésion individuelle.

En cas de défaut du paiement de la cotisation par l'Assuré, la date de prise d'effet de l'assurance est reportée au premier jour du mois suivant la date effective du paiement de celle-ci.

Modification des garanties :

Dans un délai de 6 mois suivant :

- la date de leur embauche, pour les nouveaux agents,
- la date d'effet du Contrat signé par leur collectivité, pour les agents déjà présents à l'effectif, l'Assuré peut demander à changer de formule de garanties sans formalité médicale. L'adhésion prendra effet au 1^{er} jour du mois suivant la date de signature du bulletin d'adhésion par l'agent.

Au-delà de ce délai, les nouvelles garanties ne seront acquises qu'après acceptation par l'assureur et sous réserve que l'Assuré ait satisfait aux formalités médicales prévues à l'article 3. L'adhésion prendra effet au 1^{er} jour du mois suivant l'acceptation de l'Assureur.

Article 5. - Date de cessation de l'adhésion

L'adhésion cesse dans l'un des cas suivants :

- soit en cas de renonciation. Cette renonciation s'exerce selon les modalités fixées à l'article 14 de la présente notice d'information,
- à la date à laquelle l'Assuré ne remplit plus les conditions visées à l'article 4
- en cas de non-paiement des primes, dans les conditions prévues à l'article 13 de la présente notice d'information,
- en cas de cessation d'activité pour les Assurés admis à faire valoir leurs droits à la retraite,
- à l'âge minimum légal de départ à la retraite pour les garanties PTIA,
- à l'âge minimum légal auquel l'Assuré peut liquider une retraite à taux plein auprès d'un régime vieillesse de base ou équivalent pour les garanties Incapacité Temporaire Totale de Travail et Décès,
- au décès de l'Assuré,
- à la date d'effet de la radiation de l'Assuré des effectifs de la collectivité,
- à la date d'effet de la résiliation du présent Contrat,
- à la date d'effet de la dénonciation de l'adhésion par l'agent.

- les garanties sont suspendues de plein droit en cas de cessation d'activité pour les Assurés placés en disponibilité à leur demande pour convenances personnelles ou en congé parental pour les garanties Incapacité Temporaire Totale de Travail. Les garanties reprennent le jour qui suit la date de reprise d'activité sous réserve que l'assuré acquitte à nouveau ses cotisations,

En application de l'article 6 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, après l'expiration d'un délai de deux ans suivant l'adhésion de l'Assuré au Contrat, l'Assureur ne peut refuser de maintenir à l'Assuré qui en fait la demande les garanties définies aux présentes, à condition qu'il n'ait pas atteint l'âge minimum légal de départ à la retraite pour les garanties Invalidité Permanente, Perte de Retraite et PTIA, ou l'âge minimum légal auquel l'Assuré peut liquider une retraite à taux plein auprès d'un régime vieillesse de base ou équivalent pour les garanties Incapacité Temporaire Totale de Travail et Décès. Et ce, sous réserve du paiement des primes en vigueur et des sanctions prévues en cas de fausse déclaration.

II - DISPOSITIONS GÉNÉRALES AFFÉRENTES AUX GARANTIES

Article 6. - Date de prise d'effet des garanties

Les garanties prennent effet à la date de conclusion de l'adhésion.

Article 7. - Cessation des garanties

Les garanties cessent à la date de cessation de l'adhésion.

Article 8. – Base des garanties :

Les prestations sont calculées à partir d'une base, dénommée base de garantie, définie comme suit :

Base de garantie : la base de garantie est définie comme étant :

- Pour les assurés agents titulaires et contractuels de droit public, le traitement indiciaire, augmenté le cas échéant, de la N.B.I. (Nouvelle Bonification Indiciaire), brut annuel.

Le traitement indiciaire

Le traitement indiciaire brut annuel est donné par la formule IT x VP.

IT : Indice de Traitement majoré de l'assuré.

VP : Valeur du Point de l'indice.

NBI (nouvelle bonification indiciaire)

Par N.B.I., il faut entendre la majoration indiciaire octroyée par l'employeur lorsque l'agent occupe une fonction ouvrant droit à ladite N.B.I.

Lorsque la base de garantie est exprimée en montant net, on entend la base de garantie exprimée en montant brut diminué des cotisations sociales obligatoires (retraite CNRACL, IRCANTEC, Sécurité sociale, CSG, CRDS).

La prise en compte par l'assureur de la perte de la N.B.I. cesse dès que ces avantages sortent du cadre d'une quelconque obligation par la collectivité de maintien partiel ou total de ceux-ci en application du statut de la Fonction Publique Territoriale.

Article 9. - Plafond des garanties :

Les prestations servies par l'Assureur sont plafonnées dans les conditions définies à l'article 12 des conditions générales :

Plafond de garantie : pour les garanties :

- Incapacité Temporaire Totale de Travail,

Le montant des prestations servies par l'Assureur est le cas échéant plafonné selon l'option retenue à : 40 % de la totalité du traitement indiciaire / de la rémunération net(te) d'activité évalué(e) à la date prévue pour chaque garantie.

Pour la garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail, et uniquement pour cette garantie, le traitement indiciaire/ la rémunération net(te) d'activité est augmenté(e), le cas échéant, de la N.B.I., évalué(e)s à la date prévue pour cette garantie.

L'éventuel plafond de prestation choisi par le Souscripteur ou par l'Assuré est précisé dans le bulletin d'adhésion individuelle.

Article 10. - Mise en œuvre des garanties

Les garanties sont mises en œuvre à l'initiative du Souscripteur, de l'Assuré ou des bénéficiaires qui présentent à l'appui de leur demande les justificatifs nécessaires.

Le prestataire de l'Assureur assure la réception des demandes de prestation et centralise les pièces justificatives.

Le prestataire de l'Assureur tient à la disposition de l'Assuré qui le souhaiterait une enveloppe lui permettant d'adresser sous pli confidentiel ses pièces médicales à son Médecin-Conseil.

L'Assuré et les bénéficiaires du présent Contrat peuvent transmettre tout document à caractère médical, sous pli fermé, à l'attention du Médecin-Conseil du prestataire :

SOFAXIS - Prévoyance
CS 80006
18020 Bourges Cedex

Cette enveloppe fermée doit être remise au prestataire qui la transmettra sans l'ouvrir à l'attention de son Médecin-Conseil.

L'Assureur se réserve la faculté de faire examiner l'Assuré par un médecin désigné et rétribué par ses soins afin de s'assurer du bien-fondé de la mise en œuvre des garanties et de la poursuite du service des prestations.

Si l'Assuré se refuse à un contrôle médical ou s'il ne peut être joint par défaut de notification de changement d'adresse, la garantie de l'assurance et le cas échéant, le service des prestations est suspendu 10 jours après l'envoi d'une mise en demeure, par lettre recommandée, adressée au dernier domicile connu de l'Assuré et dont une copie sera transmise au Souscripteur.

Article 11. - Revalorisation

Les prestations « Incapacité Temporaire Totale de travail », en cours de service, sont revalorisées en fonction de l'évolution de la valeur du point d'indice de la Fonction Publique Territoriale.

III - DISPOSITIONS GÉNÉRALES AFFÉRENTES AUX PRIMES

Article 12 – Montant, taux et assiette de la prime

En cas d'adhésion en cours d'exercice de l'Assuré, la prime n'est due qu'à effet du 1er jour du mois qui suit la date de signature du bulletin d'adhésion individuelle.

Pour les dénonciations d'adhésion, les primes sont dues jusqu'à la fin de l'année civile au cours de laquelle l'Assuré demande la dénonciation de son adhésion dans les conditions prévues à l'Article 14, soit jusqu'au 31 décembre de cette année.

L'assiette des primes est déterminée comme suit :

- garantie Incapacité Temporaire Totale de travail :
 - o pour les agents recrutés à temps complet, travaillant à temps complet : 100 % de la base de garantie exprimée en brut et définie à l'article 9 de la notice d'information.
 - o pour les agents recrutés à temps non complet, pour les agents travaillant à temps partiel sur un poste à temps complet : fraction de la base de garantie exprimée en brut et définie à l'article 9 de la notice d'information correspondant à la quotité de travail effectuée.
 - o Pour les agents recrutés à temps non complet, l'assiette des primes doit tenir compte du prorata d'heures effectuées.
 - o Pour les agents travaillant à temps partiel sur un poste à temps complet, l'assiette des primes doit tenir compte des coefficients affectés au traitement indiciaire / à la rémunération : 32/35ème pour un agent qui travaille à 90 % ; 6/7ème pour un agent qui travaille à 80 %. Pour les autres cas, il convient de retenir le pourcentage du temps partiel.
- garanties, Décès/PTIA toutes causes, Décès/PTIA accidentels :
 - o 100 % de la base de garantie exprimée en brut et définie à l'article 9 de la notice d'information.

Article 13 - Paiement et défaut de paiement de la prime

Un agent détaché ou mis à disposition ne peut pas cumuler l'aide financière de sa Collectivité d'origine et celle de sa Collectivité d'accueil.

IV - ÉLÉMENTS D'INFORMATIONS

Article 14.- Faculté de renonciation

Article 14.1 - Délai de renonciation

L'Assuré bénéficie à titre contractuel d'un délai de renonciation de 30 jours calendaires révolus à compter de la date de conclusion de l'Affiliation.

Pendant cette période de 30 jours, aucune cotisation n'est due, et les garanties ne prennent pas effet. Un sinistre survenant pendant cette période ne donne donc pas lieu à prise en charge.

L'Assuré a toutefois la possibilité de demander, lors de son Adhésion, la mise en œuvre immédiate de la garantie. Dans cette hypothèse, et sous réserve du paiement de la cotisation correspondante, la garantie prend effet à la date de conclusion de l'Adhésion, l'Assuré conservant malgré tout et sauf survenance d'un sinistre couvert pendant le délai de 30 jours, la possibilité de renoncer à son Adhésion dans le délai et les conditions prévus au présent article.

Article 14.2 - Modalités de renonciation

Pour exercer son droit à renonciation, l'Adhérent doit adresser à l'Assureur une lettre recommandée avec avis de réception rédigée selon le modèle suivant :

« Je soussigné(e) M (Mme)..... (nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon adhésion n°..... (de contrat) que j'ai signé le à (Lieu d'affiliation). Le (Date et signature) ».

Article 14.3 - Effets de la renonciation

L'Assureur procède alors au remboursement de l'intégralité des cotisations versées dans un délai de 30 jours calendaires à compter de la date de réception de la lettre recommandée avec avis de réception. Les effets sur l'Adhésion au Contrat d'assurance varient en fonction de son mode de commercialisation :

- si l'assurance a fait l'objet d'une vente à distance ou d'une vente en face à face, l'Adhésion est réputée n'avoir jamais existé et les garanties ne jouent pas, et ce dès réception par l'Assureur de la lettre de renonciation en recommandé avec avis de réception.

- si l'assurance a fait l'objet d'une vente par démarchage, l'Adhésion est dénoncée à compter de la réception de la lettre de renonciation en recommandé avec avis de réception. L'Adhérent reste cependant tenu au paiement intégral.

Article 15. - Renseignements - Réclamations - Médiation

Les demandes de renseignements ou les réclamations sur l'interprétation du Contrat doivent être formulées par l'Adhérent auprès de son interlocuteur habituel ou bien auprès de l'Assureur.

En cas de désaccord avec une décision de l'Assureur et après qu'il aura épuisé les voies de recours auprès de ce dernier, l'Assuré ou ses ayants droit pourront s'adresser à la Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09.

L'avis du Médiateur ne s'impose pas aux parties en litige qui conservent le droit de saisir les tribunaux.

Attention : le Médiateur n'est pas habilité à se prononcer sur les conditions d'admission dans l'assurance.

Article 16. - Informatique et libertés

Les informations collectées concernant l'Assuré sont nécessaires au traitement de sa demande et à la gestion de son adhésion.

Ces informations sont à destination de l'Assureur, de ses délégataires, prestataires ou réassureurs.

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'Informatique, aux Fichiers et aux Libertés, l'Assuré dispose d'un droit d'accès, de rectification voire d'opposition pour motif légitime. Pour ce faire, l'Assuré peut adresser une demande écrite à CNP Assurances - Correspondant Informatique et Libertés - 4, place Raoul Dautry 75716 Paris Cedex 15.

Article 17 - Prescription

Conformément à l'article L.114-1 du code des assurances, toutes actions dérivant du contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

1°) en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance ;

2°) en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là ; Quand l'action de l'Assuré contre l'Assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du Souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'Assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'Assuré.

En vertu de l'article L. 114-2 du code des assurances, la prescription peut être interrompue par la citation en justice, le commandement, la saisie, l'acte du débiteur par lequel celui-ci reconnaît le droit de celui contre lequel il prescrivait, la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ou l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par l'Assureur à l'Assuré, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

TITRE II - DISPOSITIONS PROPRES À CHAQUE GARANTIE

GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL

Le contrat doit comporter au moins l'assurance du risque Incapacité Temporaire Totale de Travail en vertu de l'article 30 du décret 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents.

Article 18. - Objet et montant

La garantie a pour objet le versement d'indemnités journalières en cas de baisse du (de la) traitement indiciaire / rémunération consécutive à une Incapacité Temporaire Totale de Travail d'un Assuré, survenant pendant la période de garantie.

L'indemnité journalière est calculée en 30^{ème} de mois, tous les mois étant réputés être de 30 jours, dans les conditions définies ci-dessous.

Pour les agents recrutés à temps complet et non complet

Le montant de l'indemnité journalière est au plus égal au produit de :

- 40 %, selon le plafond retenu par le Souscripteur et précisé aux conditions particulières du Contrat et au bulletin d'adhésion individuelle, par 1/365^{ème} de la totalité ou de la fraction du (de la) traitement indiciaire / rémunération augmenté(e) le cas échéant de la N.B.I., nets annuels de l'Assuré définis à l'article 12 des conditions générales du contrat correspondant au pourcentage de temps de travail effectué, évalués à la date de prise en charge de l'Incapacité Temporaire de Totale Travail par l'Assureur au titre de la présente garantie.

Pour les agents travaillant à temps partiel :

Le montant de l'indemnité journalière est au plus égal au produit de :

- 40 %, selon le plafond retenu par le Souscripteur et précisé aux conditions particulières du contrat et au bulletin d'adhésion individuelle, par 1/365^{ème} de la fraction du (de la) traitement indiciaire / rémunération augmenté(e) le cas échéant, de la N.B.I., nets annuels de l'Assuré défini à l'article 12 des conditions générales du contrat correspondant au pourcentage de temps de travail effectué, évalués à la date de prise en charge de l'Incapacité Temporaire de Totale Travail par l'Assureur au titre de la présente garantie.

A l'issue de la période de temps partiel autorisée, si l'Assuré demeure en congé de maladie, il recouvre les mêmes droits que les agents exerçant leur activité à temps plein.

Aucun avancement ou reclassement à un grade ou à un échelon supérieur susceptible d'intervenir postérieurement à la date de prise en charge par l'Assureur de la baisse de traitement / rémunération et, le cas échéant de la N.B.I. consécutive à une Incapacité Temporaire Totale de travail, même à effet rétroactif, ne sera pris en considération ; le grade, l'échelon et l'indice de l'Assuré sont figés à cette date.

Article 19. - Définition

Est considéré en état d'Incapacité Temporaire Totale de Travail l'Assuré, dont l'âge est inférieur au minimum légal auquel il peut liquider une retraite à taux plein auprès d'un régime vieillesse de base ou équivalent, réunissant simultanément, pendant la période de garantie, les deux conditions suivantes :

- être temporairement inapte, en raison d'un handicap physique ou psychique résultant d'une maladie non Professionnelle ou d'un accident de la vie privée, à exercer une activité professionnelle,
- percevoir à ce titre des prestations de sa Collectivité en application du statut de la Fonction Publique dont il dépend ou du régime général d'assurance maladie de la Sécurité sociale, ou percevoir à ce titre des prestations d'un régime social obligatoire au titre de l'assurance maladie.

La garantie est due si l'Assuré :

- est reconnu en état d'Incapacité Temporaire Totale de Travail,
- et ne perçoit plus son plein traitement avant la date de résiliation du Contrat.

L'Assureur se réserve le droit d'apprécier la réalisation du risque dans les conditions définies à l'article 16 des conditions générales.

Article 20 - Règle de cumul

Le montant de l'indemnité journalière versée par l'Assureur, augmenté des prestations versées par la collectivité ou de toute autre indemnité, ne peut en aucun moment excéder, selon le plafond de garantie choisi par le Souscripteur, et précisé aux conditions particulières : 100% de la totalité ou de la fraction du (de la) traitement indiciaire / rémunération selon le régime de travail de l'Assuré, augmenté(e) le cas échéant, de la N.B.I. nets annuels définis à l'article 12 des dispositions générales du présent Contrat, pris en compte par l'Assureur au titre de la présente garantie et revalorisé dans les conditions définies à l'article 18 des conditions générales du présent contrat.

Toutefois, la prise en charge par l'Assureur de la perte de la N.B.I. cesse dès que ces avantages sortent du cadre d'une quelconque obligation par la collectivité de maintien partiel ou total de ceux-ci en application du statut de la Fonction Publique Territoriale.

En cas de dépassement de cette limite, les indemnités versées par l'Assureur sont réduites à due concurrence de ce montant.

Article 21. - Revalorisation de la prestation

En cours de service, la prestation versée par l'Assureur est revalorisée dans les conditions définies à l'article 18 des conditions générales du contrat.

Article 22. - Service et durée maximale de la prestation

La prestation est servie mensuellement, à terme échu, à la date de reconnaissance de l'état d'Incapacité Temporaire Totale de Travail et à l'expiration d'un délai de franchise.

Délai de franchise :

Le délai de franchise est la période pendant laquelle aucune prestation n'est versée. Ce délai est décompté à partir du 1^{er} jour d'arrêt de travail.

Il est constitué de jours continus ou discontinus d'arrêt de travail pour ouvrir droit aux prestations versées sous forme d'indemnités journalières. La durée du délai de franchise varie selon le régime et le statut de l'agent.

Service de la prestation :

La prestation est versée :

- ❖ pour les agents titulaires et stagiaires affiliés à la CNRACL ou détachés d'une administration d'Etat :
 - en cas de maladie ordinaire, au plus tôt à partir du 91^{ème} jour d'arrêt de travail jusqu'au 365^{ème} jour,
 - en cas de congé de longue maladie, à partir du début de la 2^{ème} année jusqu'à la fin de la 3^{ème} année,
 - en cas de congé de longue durée, à partir du début de la 4^{ème} année jusqu'à la fin de la 5^{ème} année,
 - en cas de mise en disponibilité d'office consécutif à l'épuisement des droits statutaires à congé de maladie ordinaire.
 - afin de couvrir les dispositions des décrets n°87-602 du 30 juillet 1987 et n°2011-1245 du 5 octobre 2011, les prestations sont maintenues jusqu'à la date de la décision de reprise de service ou de réintégration, de reclassement, de mise en disponibilité ou d'admission à la retraite.

- ❖ pour les agents titulaires et stagiaires à temps non complet affiliés au régime général de la Sécurité sociale et à l'IRCANTEC:
 - en cas de maladie ordinaire, au plus tôt à partir du 91^{ème} jour d'arrêt de travail jusqu'au 365^{ème} jour,
 - en cas de congé de grave maladie, à partir du début de la 2^{ème} année jusqu'à la fin de la 3^{ème} année.

- ❖ pour les agents contractuels de droit public affiliés au régime général de la Sécurité sociale et à l'IRCANTEC :
 - en cas de maladie ordinaire :
 - pour les agents ayant une ancienneté comprise entre 4 mois et 2 ans : à compter du 31^{ème} jour d'arrêt de travail continu ou discontinu et lorsque l'Assuré subit une perte de salaire,
 - pour les agents ayant une ancienneté comprise entre 2 ans et 3 ans : à compter du 61^{ème} jour d'arrêt de travail continu ou discontinu,
 - pour les agents ayant une ancienneté égale ou supérieure à 3 ans : au plus tôt à compter du 91^{ème} jour d'arrêt de travail continu ou discontinu.
 - en cas de congé de grave maladie pour les agents ayant une ancienneté égale ou supérieure à 3 ans :
 - à partir du début de la 2^{ème} année jusqu'à la fin de la 3^{ème} année.
 - en cas de congé sans traitement si l'agent bénéficie d'indemnités journalières versées par la Sécurité sociale, dans la limite de 1 095 jours d'arrêt de travail.

Durée maximale de la prestation :

Pour tous les Assurés, la durée maximale du service des indemnités journalières ne peut excéder en tout état de cause 1095 jours continus.

En cas de rétablissement du plein traitement par la collectivité, à effet rétroactif, pour la période indemnisée au titre de la présente garantie, lorsque l'Assuré est placé en congé de longue maladie (CLM), en congé de maladie de longue durée (CLD) ou en congé de grave maladie, les indemnités versées par l'Assureur doivent être remboursées par l'Assuré au Souscripteur, à charge pour lui de reverser la somme par virement à l'Assureur.

Article 23. - Cessation du versement de la prestation

L'indemnisation cesse :

- dès la reprise d'activité, même partielle de l'Assuré, y compris en cas de temps partiel thérapeutique,
- dès la fin de l'indemnisation par la collectivité au titre du statut de la Fonction Publique Territoriale ou par l'assurance maladie au titre du régime général de la Sécurité sociale,
- à la liquidation d'une pension d'Invalidité par le régime de base de l'Assuré,
- à la date de la cessation d'activité pour l'Assuré admis à faire valoir ses droits à la retraite, et au plus tard à l'âge minimum légal auquel l'Assuré peut liquider une retraite à taux plein auprès d'un régime vieillesse de base ou équivalent,
- à la fin du mois qui suit le décès ou la PTIA de l'Assuré,
- à l'expiration du délai de 1095 jours visé à l'article 35 des conditions générales du contrat,
- en cas de résultat défavorable d'un contrôle médical de l'Assuré,
- en cas de démission ou de radiation des effectifs du Souscripteur,
- en cas de mise en disponibilité d'office, au 1095^{ème} jour d'interruption de travail incluant les arrêts au titre de la maladie ordinaire, du congé de longue maladie et du congé de maladie de longue durée, y compris les périodes prises en charge à 100 % par la collectivité.

La prise en charge par l'Assureur de la perte de la N.B.I. et/ou des indemnités accessoires cesse dès que ces avantages sortent du cadre d'une quelconque obligation par la collectivité de maintien partiel ou total de ceux-ci en application du statut de la Fonction Publique Territoriale.

Article 24. - Maintien des prestations

La résiliation du présent Contrat est sans effet sur le service des prestations qui se poursuit jusqu'au terme contractuel prévu par le présent Contrat.

Article 25. - Risques exclus

Sont exclus et n'entraînent aucun paiement à la charge de l'Assureur :

- les conséquences de tentative de suicide de l'Assuré,
- les conséquences des faits intentionnellement causés ou provoqués par l'Assuré ou les bénéficiaires,
- les conséquences de guerre civile et étrangère, d'attentat, d'émeute, d'insurrection, d'acte de terrorisme, quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels que soient les protagonistes, dès lors que l'Assuré y prend une part active,
- les conséquences de la participation volontaire et violente de l'Assuré à des rassemblements, manifestations sur la voie publique, à des mouvements populaires,
- les conséquences de démonstrations, acrobaties, courses, compétitions nécessitant l'utilisation d'engins à moteurs,
- les conséquences des rixes, jeux et paris,
- les conséquences de l'usage de stupéfiants, lorsqu'ils n'entrent pas dans le cadre d'un traitement médicalement prescrit,
- le sinistre qui survient alors que l'Assuré présente un taux d'alcoolémie supérieur au taux prévu par l'article L 234-1 du code de la route et relevant des délits,
- les conséquences de vols sur appareils non munis d'un certificat de navigabilité ou pour lesquels le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valide,
- les conséquences de vols sur aile volante, sur ULM, de la pratique de parapente, de saut à l'élastique ou en parachute,
- les conséquences des effets directs et indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de la transmutation des noyaux d'atome.

Article 26. - Formalités en cas de sinistre

Les demandes de prestations comportant les éléments nécessaires à la détermination des indemnités journalières garanties doivent être adressées par le Souscripteur ou par l'Assuré à l'Assureur ou à son gestionnaire, dans les jours qui suivent la survenance de l'Incapacité Temporaire Totale de Travail et au plus tard dans un délai de 3 mois, accompagnées des pièces suivantes :

- l'attestation de la prise en charge à demi-traitement au titre du Statut de la Fonction Publique Territoriale ou les décomptes de la Sécurité sociale,
- une attestation émanant de la collectivité qui indique : la nature du congé accordé (maladie ordinaire, longue maladie, congé de longue durée, disponibilité),
- les avis du Comité médical ou de la Commission de réforme,
- les certificats médicaux d'arrêt,
- le bulletin de paie pour la période à demi-traitement demandée,
- le dernier bulletin de paie à plein traitement,
- une attestation de la collectivité indiquant les périodes d'arrêt de travail au cours des 365 jours précédant l'arrêt au titre duquel la prestation est demandée,
- pour les contractuels, une attestation de la collectivité précisant la date d'embauche de l'Assuré,
- un Relevé d'Identité Bancaire de l'Assuré,
- et pour bénéficier le cas échéant du maintien des indemnités accessoires :
 - o les 3 derniers bulletins de paie,
 - o ainsi que ceux mentionnant les indemnités accessoires si celles-ci ne sont pas mensuelles,

GARANTIE DÉCÈS/PORTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE TOUTES CAUSES

Cette garantie ne peut être souscrite qu'en étant associée à la garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail.

Article 27. - Objet et montant

La garantie a pour objet le versement d'un capital en cas de :

- de décès d'un Assuré survenant avant l'âge minimum légal auquel l'Assuré peut liquider une retraite à taux plein auprès d'un régime vieillesse de base ou équivalent,
- PTIA d'un Assuré survenant avant l'âge minimum légal de départ à la retraite, survenant pendant la période de garantie.

Le montant du capital garanti est égal à 100 % du traitement indiciaire / de la rémunération brut(e) annuel(le) de l'Assuré, défini à l'article 12 des conditions générales du contrat, évalué à la date du sinistre.

Article 28. - Définition

Est considéré en état de PTIA, l'Assuré, dont l'âge est inférieur à l'âge minimum légal de départ à la retraite, réunissant simultanément les deux conditions suivantes :

- être dans l'impossibilité définitive d'exercer une profession quelconque et/ou une autre activité pouvant lui procurer gain ou profit,
- être dans l'obligation de recourir définitivement et de façon permanente à l'assistance totale d'une tierce personne pour accomplir les 4 actes ordinaires de la vie (s'habiller, se nourrir, se laver, se déplacer).

L'Assureur se réserve le droit d'apprécier la réalisation du risque dans les conditions définies aux articles 16.

Article 29. - Bénéficiaires

En cas de décès :

Sauf stipulation contraire, le capital décès garanti est attribué selon la clause type suivante :

- à son conjoint survivant non séparé de corps par un jugement définitif, non divorcé, à défaut à son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, non séparé,
- à défaut à ses enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales entre eux, la totalité revenant au(x) survivant(s) par parts égales entre eux en cas de décès de l'un d'eux sans descendant,
- à défaut à ses ascendants par parts égales entre eux, la totalité revenant au(x) survivant(s) par parts égales entre eux en cas de décès de l'un d'eux, à défaut aux héritiers de l'Assuré par parts égales entre eux.

Si l'Assuré désire que le capital garanti ne soit pas attribué selon la clause ci-dessus, il doit désigner expressément les bénéficiaires de son choix.

Pour ce faire, le Souscripteur remet à l'Assuré un document établi par l'Assureur et relatif à la désignation de bénéficiaire(s) dans lequel celui-ci désigne le(s) bénéficiaire(s) de son choix. Dans ce dernier cas, le Souscripteur s'engage, s'il en a eu connaissance, à transmettre à l'Assureur, dans les plus brefs délais, les désignations de bénéficiaires.

La désignation du bénéficiaire peut être effectuée notamment par acte sous seing privé ou par acte authentique. L'Assuré conserve un exemplaire de ce document, un autre étant envoyé par le Souscripteur, dans les plus brefs délais, à l'Assureur. Lorsque le bénéficiaire est nommément désigné, l'Assuré est invité à renseigner au moins les nom de naissance, prénoms, date et lieu de naissance du bénéficiaire, ainsi que les coordonnées de ce dernier qui seront utilisés par CNP Assurances en cas de décès de l'Assuré.

L'Assuré peut modifier sa clause bénéficiaire lorsque celle-ci n'est plus appropriée, sauf acceptation du ou des bénéficiaire(s). Ceci s'effectue dans les mêmes conditions que celles exposées ci-dessus.

Le bénéficiaire peut accepter le bénéfice de l'adhésion à tout moment. Il devient bénéficiaire acceptant.

Cette acceptation peut prendre la forme d'un avenant signé de l'Assuré, du bénéficiaire et de l'Assureur.

L'acceptation peut également prendre la forme d'un acte authentique ou sous seing privé signé de l'Assuré et du bénéficiaire et n'aura alors d'effet à l'égard de l'Assureur que lorsqu'elle aura été notifiée par écrit à l'Assureur.

Cette acceptation rend la désignation du bénéficiaire irrévocable.

Ainsi, la modification de la clause bénéficiaire ne sera possible qu'avec son accord écrit, sauf cas particulier prévu par le code des assurances et le Code civil.

Le bénéficiaire acceptant pourra notamment être révoqué, si la clause bénéficiaire le prévoit, en cas de survenance du premier enfant de l'Assuré.

Si au jour du décès de l'Assuré, le bénéficiaire n'est pas déterminé ou déterminable, la clause-type ci-dessus s'applique.

En cas de PTIA :

Le bénéficiaire de la prestation est l'Assuré.

Article 30 - Prestations

En cas de décès :

Le montant du capital garanti est précisé aux conditions particulières.

Le capital décès est versé sur un compte bancaire ouvert au nom du ou des bénéficiaire(s).

En cas de PTIA :

Le montant du capital garanti est précisé aux conditions particulières.

Le capital PTIA est versé sur un compte bancaire ouvert au nom de l'Assuré.

Le capital garanti fixé aux conditions particulières est exigible après la date à laquelle la preuve de l'existence de la PTIA aura été apportée. Dans le cas où l'Assuré décède après la reconnaissance de la PTIA mais avant son règlement, le versement du capital garanti en cas de PTIA s'effectue au bénéfice de la succession de l'Assuré. L'assurance en cas de décès prend fin lors du règlement du capital PTIA.

Article 31. - Revalorisation post-mortem du Capital décès

Le capital garanti en cas de décès au profit d'un bénéficiaire personne physique, dont le montant figure au bulletin d'adhésion individuelle produit intérêt de plein droit, net de frais et pour chaque année civile, dès la date du décès de l'Assuré et jusqu'à réception par l'Assureur de l'ensemble des pièces justificatives nécessaires au règlement, ou au plus tard jusqu'à la date de versement des sommes non réglées à la Caisse des Dépôts et Consignations, à un taux égal au moins élevé des deux taux suivants :

- la moyenne sur les douze derniers mois du taux moyen des emprunts de l'Etat français, disponible au 1^{er} novembre de l'année précédente,
 - le dernier taux moyen des emprunts de l'Etat français, disponible au 1^{er} novembre de l'année précédente.
- La revalorisation post-mortem telle que décrite ci-avant s'applique également à la garantie Décès accidentel.

Article 32. - Risques exclus

Sont exclus et n'entraînent aucun paiement à la charge de l'Assureur :

- le suicide de l'Assuré qui survient dans la première année d'assurance à compter de la prise d'effet des garanties sauf si le Souscripteur peut justifier que l'Assuré était couvert pour les mêmes risques pendant les 12 mois qui ont précédé son suicide.
- le fait intentionnellement causé ou provoqué par l'Assuré.

Article 33. - Formalités en cas de sinistre

Les demandes de prestations comportant les éléments nécessaires à la détermination du capital garanti doivent être adressées à l'Assureur accompagnées des pièces suivantes :

En cas de décès :

Les bénéficiaires doivent fournir à l'Assureur, dans les jours qui suivent la survenance du décès, les pièces suivantes :

- un extrait d'acte de décès ou un bulletin de décès,
- le certificat médical attestant du décès, disponible auprès de l'Assureur,
- les pièces justificatives de la qualité du ou des bénéficiaire(s) ainsi que la désignation de bénéficiaire(s) éventuelle. Selon la qualité du (des) bénéficiaire(s), les pièces suivantes doivent accompagner la demande de prestation :

✓ **Conjoint :**

conjoint né en France : un extrait d'acte de naissance ou de mariage avec mentions marginales,
conjoint né hors de France : une photocopie du livret de famille, tenu à jour, certifiée conforme par le conjoint ainsi qu'une attestation sur l'honneur du conjoint indiquant qu'il n'est ni séparé de corps, ni divorcé.

✓ **Bénéficiaire ayant conclu un Pacte civil de solidarité avec l'Assuré :**

une attestation du pacte civil de solidarité établie par le tribunal d'instance, ainsi qu'une attestation sur l'honneur du partenaire indiquant qu'il n'est pas séparé.

✓ **Concubin :**

une attestation de concubinage si elle est délivrée par la mairie, ou à défaut, une attestation avec des témoins du concubinage et une facture aux deux noms.

✓ **Enfants :**

- un extrait d'acte de naissance ou un acte de notoriété.

✓ **Bénéficiaire nommément désigné :**

- un extrait d'acte de naissance ou une photocopie de la carte d'identité.

En cas de PTIA :

L'Assuré doit fournir à l'Assureur, dans les jours qui suivent la survenance du sinistre, les pièces suivantes :

- la notification de la décision de Sécurité sociale le classant en 3^{ème} catégorie d'invalidité ou en incapacité permanente à 100 % au titre de la réglementation des accidents de travail et maladies professionnelles, ou l'avis de la Commission de réforme,
- un certificat médical de son médecin traitant précisant si possible la cause de la PTIA ou l'attestation médicale d'Incapacité-Invalidité, disponible auprès de l'Assureur.

Dans tous les cas :

- une copie des 12 derniers bulletins de paie précédant le décès ou l'arrêt de travail initial de l'Assuré,
- un relevé d'identité bancaire au nom du ou des bénéficiaire(s),
- une photocopie recto-verso, datée et signée, de la pièce d'identité du ou des bénéficiaire(s) en cours de validité et, le cas échéant, de celle de son (ou ses) représentant(s),
- et le cas échéant, toute pièce médicale ou administrative, notamment des Procès-verbaux de gendarmerie ou des rapports de police, précisant de manière circonstanciée la cause du décès.

Lorsque le montant du capital dépend de la situation familiale de l'Assuré :

✓ **Assuré marié :**

- conjoint né en France : un extrait d'acte de naissance ou de mariage avec mentions marginales,
- conjoint né hors de France : une photocopie du livret de famille, tenu à jour, certifiée conforme par le conjoint ainsi qu'une attestation sur l'honneur du conjoint indiquant qu'il n'est ni séparé de corps, ni divorcé.

✓ **Assuré ayant conclu un Pacte civil de solidarité :**

- une attestation du pacte civil de solidarité établie par le tribunal d'instance, ainsi qu'une attestation sur l'honneur du partenaire indiquant qu'il n'est pas séparé.

✓ **Assuré vivant en concubinage :**

- une attestation de concubinage si elle est délivrée par la mairie, ou à défaut, une attestation avec des témoins du concubinage et une facture aux deux noms.

✓ **Assuré ayant des enfants à charge :**

- un extrait d'acte de naissance ou un acte de notoriété,
- une copie de l'avis d'imposition ou de non-imposition de l'Assuré, et le cas échéant de celui de son partenaire de Pacs, de son concubin et de ses enfants bénéficiaires au titre de l'exercice précédant l'événement,
- pour les enfants de plus de 21 ans, un certificat de scolarité délivré par l'établissement scolaire et mentionnant leur appartenance à un régime de Sécurité sociale étudiante,
- pour les enfants infirmes : une copie de la carte d'invalidé civil.

✓ **Assuré ayant des ascendants à charge :**

- une copie du livret de famille,
- une copie de l'avis d'imposition ou de non-imposition de l'Assuré.

L'Assureur peut indiquer à l'Assuré les pièces justificatives destinées à étayer la demande de prise en charge conformément à l'article 1315 du Code civil (article 1353 à compter du 1er octobre 2016).

Le versement de la prestation est subordonné à la complétude du dossier. Les pièces justificatives nécessaires à l'étude du dossier n'engagent pas l'Assureur sur l'appréciation de la réalisation du sinistre.

Le dossier complet de demande de prise en charge doit être transmis dans les jours qui suivent la survenance du décès ou de la PTIA. Le versement du capital s'effectuera au jour de la réception du dossier complet par l'Assureur.

GARANTIE DÉCÈS/PORTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE ACCIDENTELS

La garantie Décès/Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) accidentels ne peut être souscrite qu'en étant associée à la garantie Décès/PTIA toutes causes.

Article 34. - Objet et montant

La garantie a pour objet le doublement du capital défini à l'article 67 des conditions générales du contrat en cas de décès ou PTIA d'un Assuré consécutif à un accident, survenant pendant la période de garantie.

Article 35. - Définitions

On entend par « accident » toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré provenant exclusivement et directement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

La Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) est définie à l'Article 58 des conditions générales.

La preuve de la relation directe de cause à effet entre l'accident et le décès ou la PTIA, ainsi que la preuve de la nature de l'accident incombent au(x) bénéficiaire(s).

Le décès ou la PTIA est considéré(e) comme accidentel(le) lorsqu'il (elle) survient soit immédiatement, soit dans les 365 jours qui suivent la date de l'accident pour des causes cliniques qui ont affecté la santé de l'Assuré et qui résultent de l'accident.

L'Assureur se réserve le droit d'apprécier la réalisation du risque dans les conditions définies à l'article 16 des conditions générales.

Article 36. - Bénéficiaires

Le règlement est effectué dans les mêmes conditions que celles précisées à l'Article 59 des présentes conditions générales.

Article 37. - Service de la prestation

Le capital garanti est exigible à la date à laquelle la preuve de l'existence du décès accidentel ou de la PTIA accidentelle, au sens de l'article 65, aura été apportée.

Le règlement au titre du décès met fin à la garantie PTIA.

L'assurance en cas de décès prend fin lors du règlement du capital PTIA. Si l'Assuré décède après la reconnaissance de la PTIA et avant son règlement, c'est le capital garanti en cas de décès qui sera versé.

Article 38 - Risques exclus

Sont exclus et n'entraînent aucun paiement à la charge de l'Assureur :

- les faits intentionnellement causés ou provoqués par l'Assuré ou les bénéficiaires,
- les conséquences de guerre civile et étrangère, d'attentat, d'émeute, d'insurrection, d'acte de terrorisme, quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels que soient les protagonistes, dès lors que l'Assuré y prend une part active,
- les conséquences de la participation volontaire et violente de l'Assuré à des rassemblements, manifestations sur la voie publique, à des mouvements populaires,
- les conséquences de démonstrations, acrobaties, courses, compétitions nécessitant l'utilisation d'engins à moteurs,
- les conséquences des rixes, jeux et paris,
- les conséquences de l'usage de stupéfiants, lorsqu'ils n'entrent pas dans le cadre d'un traitement médicalement prescrit,
- le sinistre qui survient alors que l'Assuré présente un taux d'alcoolémie supérieur au taux prévu par l'article L 234-1 du code de la route et relevant des délits,
- les conséquences de vols sur appareils non munis d'un certificat de navigabilité ou pour lesquels le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valides,
- les conséquences de vols sur aile volante, sur ULM, de la pratique de parapente, de saut à l'élastique ou en parachute,
- les conséquences des effets directs et indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de la transmutation des noyaux d'atome.

Article 39. - Formalités en cas de sinistre

Les demandes de prestations comportant les éléments nécessaires à la détermination du capital garanti doivent être adressées à l'Assureur, dans les jours qui suivent la survenance du sinistre, accompagnées des pièces suivantes :

- les pièces suivantes définies à l'article 63 des conditions générales du contrat,
- toute pièce médicale ou administrative prouvant le lien de cause à effet entre l'accident au sens de l'article 65 et le décès ou la PTIA.

ANNEXE 1**MODÈLE DE DÉCLARATION SUR L'HONNEUR VALANT CERTIFICAT DE VIE****à remplir en lettres capitales**

Je soussigné (e) Mme, M. (Nom)
 Nom de jeune fille (pour les femmes mariées, divorcées et veuves)
 Prénoms (selon l'ordre de l'état civil)

Né (e) le à

Demeurant (adresse complète)

Déclare remplir les conditions pour recevoir (prestation à préciser) Conformément aux dispositions fixées par le Contrat d'assurance de groupe :

N° du Contrat :

Collectivité :

N° Dossier :

Je reconnais avoir été informé (e) que la présente déclaration engage ma responsabilité en cas de faux ou usage de faux selon l'article 441-7 ¹ du code pénal et en cas d'escroquerie ou tentative d'escroquerie selon les articles 313-1 ² et 313-3 ³ du code pénal.

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, je reconnais disposer d'un droit d'accès et de rectification des données qui me concernent. Je peux exercer ce droit à tout moment en adressant un courrier à CNP Assurances - Correspondant Informatique et Libertés - 4, place Raoul Dautry - 75716 PARIS cedex 15. Ces données sont nécessaires au traitement de l'adhésion et à la gestion de mon Contrat et sont destinées, à cette fin à CNP Assurances et à ses partenaires.

Fait à, le

Signature (précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »)

¹ Article 441-7 : « Indépendamment des cas prévus au présent chapitre, est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende le fait : 1° d'établir une attestation ou un certificat faisant état de faits matériellement inexacts ; 2° de falsifier une attestation ou un certificat originellement sincère ; 3° de faire usage d'une attestation ou d'un certificat inexact ou falsifié. Les peines sont portées à 3 ans d'emprisonnement et à 45 000 euros d'amende lorsque l'infraction est commise en vue de porter préjudice au Trésor public ou au patrimoine d'autrui. »

² Article 313-1 : « L'escroquerie est le fait, soit par l'usage d'un faux nom ou d'une fausse qualité, soit par l'abus d'une qualité vraie, soit par l'emploi de manœuvres frauduleuses, de tromper une personne physique ou morale et de la déterminer ainsi, à son préjudice ou au préjudice d'un tiers, à remettre des fonds, des valeurs ou un bien quelconque, à fournir un service ou à consentir un acte opérant obligation ou décharge. L'escroquerie est punie de cinq ans d'emprisonnement et de 375 000 euros d'amende. »

³ Article 313-3 : « La tentative des infractions prévues par la présente section est punie des mêmes peines. Les dispositions de l'article 311-12 sont applicables au délit d'escroquerie.