



**Assurons
un monde
plus ouvert**

Présentation détaillée du contrat groupe et de ses garanties contrat IRCANTEC N° 3411 H

Contrat d'assurance des collectivités
locales et de leurs établissements
publics à l'égard des agents
titulaires ou stagiaires à temps
non complet et des agents
contractuels affiliés
à l'IRCANTEC

Version 2024

LEXIQUE 2

TITRE I – LA VIE DE VOTRE CONTRAT : LES DISPOSITONS GENERALES 3

ARTICLE	1	Prise d'effet et durée de votre contrat	3
ARTICLE	2	Garanties de votre contrat	3
ARTICLE	3	Admission à votre contrat	3
ARTICLE	4	Prise d'effet de vos garanties	4
ARTICLE	5	Cessation de vos garanties	4
ARTICLE	6	Cessation de vos prestations	4
ARTICLE	7	Base de l'assurance	4
ARTICLE	8	Votre cotisation d'assurance	5
ARTICLE	9	Vos déclarations	6
ARTICLE	10	Exclusions	6
ARTICLE	11	Territorialité	6
ARTICLE	12	Subrogation - Recours	6
ARTICLE	13	Prescription	6
ARTICLE	14	Autorité chargée du contrôle	7
ARTICLE	15	Données à caractère personnel	7
ARTICLE	16	Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme	7
ARTICLE	17	Réclamations - Médiation	8

TITRE II – VOS GARANTIES 8

**VOTRE GARANTIE CONGÉS POUR RAISON DE SANTÉ, DE MATERNITÉ,
LIÉS AUX CHARGES PARENTALES**

ARTICLE	18	Objet de votre garantie	8
ARTICLE	19	Montant de vos prestations – Assiette retenue pour l'indemnisation	8
ARTICLE	20	Prise en charge de vos prestations	8

VOTRE GARANTIE ACCIDENT OU MALADIE IMPUTABLE AU SERVICE

ARTICLE	21	Objet de votre garantie	10
ARTICLE	22	Montant de vos prestations – Assiette retenue pour l'indemnisation	10
ARTICLE	23	Prise en charge de vos prestations	10

**TITRE III – LES MODALITÉS DE DÉCLARATION ET D'INDEMNISATION
COMMUNES À TOUTES LES GARANTIES 11**

ARTICLE	24	Revalorisation de vos prestations	11
ARTICLE	25	Délais de déclaration de vos sinistres	11
ARTICLE	26	Règlement de vos prestations	11
ARTICLE	27	Rechutes	12
ARTICLE	28	Service des prestations après le terme ou après résiliation de votre contrat	12

ANNEXE 1 – DOCUMENTS À FOURNIR À L'APPUI DE LA DÉCLARATION DE SINISTRE 13

ANNEXE 2 – PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES 14

MENTION D'INFORMATION DESTINÉE À VOS AGENTS



LEXIQUE

Accident de trajet : accident survenu à un agent pendant le trajet d'aller et de retour, entre :

1°) la résidence principale, une résidence secondaire présentant un caractère de stabilité ou tout autre lieu où l'agent se rend de façon habituelle pour des motifs d'ordre familial et le lieu du travail. Ce trajet peut ne pas être le plus direct lorsque le détour effectué est rendu nécessaire dans le cadre d'un covoiturage régulier ;

2°) le lieu du travail et le restaurant, la cantine ou, d'une manière plus générale, le lieu où l'agent prend habituellement ses repas, et dans la mesure où le parcours n'a pas été interrompu ou détourné pour un motif dicté par l'intérêt personnel et étranger aux nécessités essentielles de la vie courante ou indépendant de ses fonctions.

Accident du travail : Accident survenu dans le temps et sur les lieux habituels du travail, dans l'exercice des fonctions, ou à l'occasion de l'exercice de celles-ci.

Assureur : désigne CNP Assurances auprès de qui est souscrit le contrat – Siège social : 4 promenade Cœur de Ville 92 130 Issy-les-Moulineaux – Société anonyme au capital de 686 618 477 euros entièrement libéré – 341 737 062 RCS de Nanterre – Entreprise régie par le code des assurances.

Assiette de cotisation et de remboursement : l'assiette est constituée obligatoirement du traitement brut indiciaire majoré le cas échéant de la nouvelle bonification indiciaire et de façon optionnelle du supplément familial de traitement, de l'indemnité de résidence, des indemnités accessoires, du complément de traitement indiciaire, de l'indemnité « vie chère » (uniquement pour les DROM/COM), du RIFSEEP et des charges patronales. Les éléments optionnels sont mentionnés dans le formulaire « Base de l'assurance – Assiette de cotisation » accessible depuis votre espace client dédié.

Base de l'assurance : ensemble des éléments qui constituent l'assiette sur laquelle sont fixés le taux de cotisation d'assurance et le taux de remboursement de la prestation définie par le contrat. Les éléments optionnels constitutifs de cette base retenue lors de la souscription du contrat, ne peuvent être modifiés en cours de contrat.

Bénéficiaire des prestations : vous êtes bénéficiaire des prestations.

Congés pour raison de santé : congé de maladie ordinaire et congé de grave maladie.

Courtier d'assurance : courtier désigné par CNP Assurances pour gérer le présent contrat.

Délai de franchise : période durant laquelle l'assureur ne prend pas en charge le sinistre.

Délai de carence : période durant laquelle vous ne devez d'indemnités journalières à vos agents.

Délai d'attente : période entre la date de prise d'effet de votre adhésion et la date de prise d'effet de vos garanties. Si un sinistre a lieu durant cette période, il n'est pas indemnisé.

Exercice d'assurance : période comprise entre le 1er janvier et le 31 décembre de la même année (le premier exercice d'assurance désignant la période comprise entre la date d'effet du contrat et le 31 décembre de l'année en cours).

Garantie : sous réserve de remplir les conditions propres au contrat d'assurance, vous avez droit à remboursement, ainsi que le cas échéant les prestataires médicaux désignés, en cas de réalisation en cours d'assurance, d'un risque assuré.

Maladies imputables au service :

- désigne les maladies résultant de l'exercice des fonctions et correspondant à l'une des maladies professionnelles reconnues en application de l'article L. 461-2 du code de la sécurité sociale et des tableaux d'affection professionnelle établis en vertu de cet article.

Ainsi que :

- les maladies désignées dans un tableau de maladies professionnelles pour lesquelles une ou plusieurs conditions tenant au délai de prise en charge, à la durée d'exposition ou à la liste limitative des travaux ne sont pas remplies, lorsqu'il est établi qu'elles sont directement causées par le travail habituel de l'agent ;
- les maladies contractées en service, non visées à l'article L.461-2 du code de la sécurité sociale lorsqu'il est établi qu'elles sont essentiellement et directement causées par le travail habituel de l'agent et qu'elles entraînent une incapacité permanente d'un taux évalué dans les conditions mentionnées à l'article L.434-2 du code de la sécurité sociale et au moins égale à un pourcentage déterminé.

Ces maladies devant répondre aux conditions fixées aux articles L.461-2 alinéa 4, R.461-8 du code de la sécurité sociale.

PPR : période de préparation au reclassement visée à l'article L826-2 du code général de la fonction publique.

Rechute : aggravation de la lésion survenue après guérison apparente ou consolidation de la blessure strictement liée à une affection précédente survenue en cours d'assurance.

Sinistre : risque qui se réalise pendant la période d'assurance et qui est sans lien avec un risque survenu antérieurement à la prise d'effet de votre adhésion. Il faut entendre par sinistre un arrêt de travail initial, une prolongation d'un arrêt survenu en cours d'assurance ou un changement de type de congé de maladie.

Support durable : tout instrument vous offrant la possibilité de stocker des informations qui vous sont adressées personnellement, afin de pouvoir s'y reporter ultérieurement pendant un laps de temps adapté aux fins auxquelles les informations sont destinées, et qui permet la reproduction à l'identique des informations conservées.

Taux de cotisation d'assurance : il est fixé par l'assureur et est exprimé en pourcentage de l'assiette de cotisation que vous avez retenue.

Traitement brut indiciaire : il est obtenu en multipliant la valeur du point d'indice à l'indice majoré détenu par l'agent.

Vous : désigne la collectivité contractante qui s'engage, de fait, à payer les cotisations.



TITRE I – LA VIE DE VOTRE CONTRAT : LES DISPOSITIONS GÉNÉRALES

PRÉAMBULE

Le présent document constitue une présentation détaillée du **contrat n°3411 H « Version 2024 »**, souscrit par votre centre de gestion de la Fonction publique territoriale auprès de CNP Assurances, entreprise régie par le code des assurances, auquel, en tant que collectivité, **vous** avez adhéré.

Ce contrat régi par le code des assurances, a pour objet de **vous** garantir le remboursement de tout ou partie des sommes à votre charge, en application des dispositions régissant le statut de vos agents contractuels de droit public et de vos agents titulaires ou stagiaires à temps non complet affiliés à l'IRCANTEC, remplissant les conditions d'admission prévues à l'article 3 du présent document, et dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

Les conditions de votre adhésion et de vos garanties sont explicitées tant à travers les dispositions prévues ci-dessous que les dispositions particulières mentionnées dans votre certificat d'adhésion.

MODE DE GESTION DU CONTRAT

Le contrat est géré sous le régime de la capitalisation. Les engagements pris au titre de ce dernier sont intégralement provisionnés. Ainsi, en cas de résiliation ou au terme du contrat ou de votre adhésion, le paiement des prestations en cours de service, relatives aux **sinistres** survenus en cours d'assurance, se poursuit jusqu'au terme contractuel de la garantie.

ARTICLE 1 – PRISE D'EFFET ET DURÉE DE VOTRE CONTRAT

Votre adhésion prend effet à la date mentionnée dans votre certificat d'adhésion, sous réserve de sa signature et du paiement de votre cotisation.

La durée de votre adhésion, ainsi que les conditions de sa résiliation, sont précisées dans votre certificat d'adhésion.

En tout état de cause, la résiliation du contrat par le souscripteur entraîne automatiquement la résiliation de votre adhésion.

ARTICLE 2 – GARANTIES DE VOTRE CONTRAT

Le certificat d'adhésion précise les **garanties** que **vous** avez effectivement souscrites.

Votre demande de suppression ou de modification de **garantie** ne peut intervenir pendant la durée de votre adhésion qu'avec l'accord de **l'assureur**. Toutes les modifications liées aux **garanties** devront faire l'objet d'un avenant ou d'un nouveau contrat. Elles s'appliqueront alors aux **sinistres** survenus postérieurement à la prise d'effet qui sera le 1er janvier de l'année qui suit l'accord.

L'assureur se réserve le droit de réviser ses conditions de garanties en cas de modification des textes législatifs et réglementaires en vigueur.

ARTICLE 3 – ADMISSION À VOTRE CONTRAT

Sont admis obligatoirement au contrat la totalité des agents suivants :

- agents contractuels de droit public affiliés à l'IRCANTEC,
- agents titulaires et stagiaires affiliés à l'IRCANTEC,
- agents détachés au sein de votre **collectivité**,
- les agents transférés au sein de votre **collectivité** sont admis au bénéfice du contrat, y compris ceux en arrêt de travail à la date de leur transfert,
- agents mis à disposition dès lors que leur traitement est assuré par votre **collectivité**,
- agents bénéficiant d'une période de préparation au reclassement, pour les seuls **sinistres** survenant au cours de la ladite période dès lors que la **garantie** correspondante est souscrite – étant précisé que la période de préparation au reclassement en tant que telle ne peut faire l'objet d'une prise en charge,
Au terme de ladite période : soit l'agent est effectivement reclassé et **vous** bénéficiez de l'intégralité des **garanties** que **vous** avez souscrites. À défaut, seules les **garanties** « maternité - adoption - paternité et accueil de l'enfant - congé de naissance et congé pour l'arrivée d'un enfant placé en vue de son adoption » s'appliquent, le cas échéant. Les **garanties** liées aux droits à congé maladie ou **accident / maladie imputable au service** de l'agent restent de votre seule responsabilité ou de celle de **l'assureur** tenant lors de la survenance initiale du **sinistre**.

Sont admis au contrat les agents mentionnés ci-dessus qui n'ont pas atteint la limite d'âge prévue par les dispositions législatives ou réglementaires pour l'exercice de leur activité, sauf en cas de prolongation légale d'activité.

Ces agents doivent être régulièrement inscrits sur votre registre du personnel.

Tous les agents en arrêt de travail pour raison de santé lors de la date de prise d'effet de votre adhésion seront admis au contrat le jour de la reprise effective de leur activité normale de service.

Les agents en disponibilité, ou en congé parental lors de la prise d'effet de votre adhésion seront admis le jour de la reprise effective de leur activité normale de service.

Les agents recrutés postérieurement à la prise d'effet de votre adhésion sont admis le jour de leur entrée en fonction effective dans votre **collectivité**.

Pour les agents en temps partiel thérapeutique, seules les **garanties**, maternité - adoption - paternité - accueil de l'enfant - congé de

naissance congé pour l'arrivée d'un enfant placé en vue de son adoption et **accident** ou **maladie imputable au service**, si elles sont souscrites, seront garanties dès la date de prise d'effet de votre adhésion.

Pour ces agents, **vous** pourrez bénéficier de vos autres garanties, le jour de leur reprise effective à temps complet.

La garantie maternité - adoption - paternité et accueil de l'enfant, congé de naissance - congé pour l'arrivée d'un enfant placé en vue de son adoption, prend effet après un délai d'attente de 10 mois à compter de la date de prise d'effet de la **garantie**. Cependant, ce délai ne s'applique pas si **vous** aviez souscrit cette **garantie** auprès d'un organisme d'assurance au titre de l'exercice précédent.

Enfin, les agents qui changent de régime de retraite au cours du contrat (radiation du régime CNRACL pour une affiliation au régime IRCANTEC), sont admis au contrat à la date de prise d'effet de leur affiliation au nouveau régime de retraite, sous réserve qu'ils soient en activité normale de service à cette date. Si l'agent nouvellement affilié à l'IRCANTEC est en arrêt de travail pour raison de santé à la date de sa nouvelle affiliation, il sera admis au contrat au jour de la reprise effective de son activité normale de service.

ARTICLE 4 – PRISE D'EFFET DE VOS GARANTIES

Sous réserve des conditions d'admission prévues ci-avant, tous vos agents en activité normale de service sont garantis dès la date de prise d'effet mentionnée dans votre certificat d'adhésion.

ARTICLE 5 – CESSATION DE VOS GARANTIES

Vos **garanties** cessent :

- à la date à laquelle l'agent ne répond plus aux conditions d'admission prévues à l'article 3,
- à la date de liquidation de la pension vieillesse,
- à la date à laquelle l'agent atteint la limite d'âge prévue par les dispositions législatives ou réglementaires pour l'exercice de son activité, sauf en cas de prolongation légale d'activité,
- à la date de radiation de l'agent de votre registre du personnel,
- à la date d'échéance du contrat ou de votre certificat d'adhésion,
- à la date d'effet de la résiliation du contrat ou de votre certificat d'adhésion,
- à la date de mise en disponibilité sur demande de l'agent,
- en cas de défaut de paiement de la cotisation tel que prévu à l'article 8.4 des conditions générales.

ARTICLE 6 – CESSATION DE VOS PRESTATIONS

Le service des prestations en espèces (indemnités journalières) cesse dans tous les cas prévus dans le présent document et en tout état de cause :

- à la date de reprise d'activité de votre agent,
- à la date à laquelle votre agent atteint la limite d'âge prévue par les dispositions législatives ou réglementaires pour l'exercice de son activité, sauf en cas de prolongation légale d'activité,
- à la date de mise à la retraite de votre agent,
- à la date à laquelle votre agent bénéficie d'une période de préparation au reclassement, sauf en cas de **sinistres** survenus au cours de ladite période,
- à la fin du mois du décès de votre agent.

ARTICLE 7 – BASE DE L'ASSURANCE

La base de l'assurance constitue, pendant toute la durée du contrat, l'assiette retenue pour l'application du taux de la cotisation d'assurance et du taux de remboursement défini par le contrat au titre des prestations garanties.

Elle s'applique aux garanties souscrites portées au certificat d'adhésion. Elle comprend obligatoirement :

- le traitement indiciaire brut annuel soumis à retenue pour pension,
- la nouvelle bonification indiciaire dans la limite définie par le statut de la Fonction publique,

Et de façon optionnelle :

- le supplément familial de traitement,
- l'indemnité de résidence,
- les indemnités accessoires, à l'exception de celles qui sont rattachées à l'exercice effectif des fonctions ou qui ont un caractère de remboursement de frais,
- le complément de traitement indiciaire,
- le RIFSEEP défini par l'indemnité de fonctions, de sujétions et d'expertise et le complément indemnitaire annuel (IFSE et CIA),
- tout ou partie des charges patronales dans la limite des charges dont vous êtes redevable.

Ces éléments optionnels peuvent faire l'objet d'une couverture soit en montant soit en % du traitement brut indiciaire majoré de la nouvelle bonification indiciaire.

La base de remboursement des prestations correspond à l'**assiette de cotisation** applicable à la date de survenance du **sinistre**. Cette base reste inchangée pendant toute la durée de la prise en charge liée à ce **sinistre**, y compris en cas de **rechute**.

ARTICLE 8 – VOTRE COTISATION D'ASSURANCE

Les **garanties** sont consenties moyennant le règlement d'une cotisation annuelle.

Pour les adhésions intervenant en cours d'année, les cotisations dues sont calculées au prorata temporis de la période d'assurance courue.

8.1 Taux de cotisation

Le **taux de la cotisation** annuelle fixé par **l'assureur** est exprimé en pourcentage de la **base de l'assurance**. Il est mentionné dans votre certificat d'adhésion.

Tout impôt ou taxe établi postérieurement à la date de prise d'effet de votre adhésion s'ajouterait au taux de cotisation, à la date d'effet de la mesure fiscale.

8.2 Détermination et ajustement de la cotisation

À votre adhésion, l'assureur détermine une cotisation provisionnelle ayant pour assiette la **base de l'assurance** que **vous** avez déclarée et mentionnée sur le formulaire « Base de l'assurance – Assiette de cotisation ».

Au début de chaque nouvel **exercice d'assurance**, **l'assureur** détermine une cotisation provisionnelle ayant pour assiette les éléments constituant la **base de l'assurance** du dernier exercice connu.

À la fin de chaque **exercice d'assurance**, **vous** devez adresser à **l'assureur**, avant le 31 janvier suivant, l'assiette réelle correspondant à la **base de l'assurance** à l'aide du formulaire « Base de l'assurance – Assiette de cotisation ». **L'assureur** détermine alors votre cotisation annuelle définitive.

Cette cotisation définitive donne lieu, après validation du formulaire « Base de l'assurance – Assiette de cotisation », selon le cas, à un appel d'un complément de cotisation ou au remboursement d'un trop perçu. Ce solde est égal à la différence entre la cotisation due au titre de l'exercice d'assurance écoulé et la cotisation provisionnelle versée en début d'exercice.

Cet ajustement de cotisation tient compte des mouvements de personnel (entrées ou sorties) qui interviennent en cours d'exercice.

Les régularisations de cotisation d'un montant inférieur ou égal à 5 euros (trop perçu ou appel complémentaire) n'entraînent pas de réajustement.

Si **vous ne respectez pas les délais de transmission du formulaire « Base de l'assurance – Assiette de cotisation », l'assureur se réserve la possibilité, sans préjudice de ses autres droits et actions, d'appeler une cotisation provisionnelle sur la base des éléments du dernier exercice d'assurance majorée de cinq pour cent (5 %).**

Afin qu'une cotisation définitive soit établie, **vous** devez adresser dans un délai de 30 jours à compter de l'appel de la cotisation provisionnelle les éléments requis.

8.3 Paiement de votre cotisation

À l'adhésion **vous** versez une cotisation provisionnelle, payable d'avance, correspondant au premier exercice d'assurance allant de la date de prise d'effet de votre adhésion jusqu'au dernier jour de l'exercice civil.

Cette cotisation doit être réglée à la date d'exigibilité mentionnée sur l'appel de cotisation.

Pour chaque exercice civil suivant, la cotisation provisionnelle est payable à la date d'exigibilité mentionnée sur l'appel de cotisation.

Son montant est réajusté à la clôture de chaque exercice, selon les modalités fixées au paragraphe 8.2.

L'ajustement résultant du calcul de la cotisation définitive est payable à la date d'exigibilité mentionnée sur l'appel de cotisation complémentaire.

8.4 Défaut de paiement de la cotisation

Conformément aux dispositions de l'article L. 113-3 du code des assurances, à défaut du paiement de la cotisation ou d'une fraction de la cotisation dans les 10 jours à compter de son échéance, et indépendamment du droit pour l'assureur de poursuivre l'exécution du contrat en justice, l'assureur suspend les garanties 30 jours après l'envoi d'une lettre recommandée valant mise en demeure de payer.

Pendant la période de suspension des garanties, aucune prestation liée à un risque survenu pendant cette période ne sera prise en charge.

Si les cotisations ne sont pas régularisées, le contrat est résilié 40 jours après l'envoi de la lettre recommandée.

Toutefois, **l'assureur** renonce à résilier votre adhésion si le retard de paiement des cotisations est dû à l'exécution des formalités administratives auxquelles vous êtes astreint en matière de comptabilité publique, **ce délai de tolérance étant limité à 12 mois.**

8.5 Révision de vos cotisations

Le présent document, et/ou votre certificat d'adhésion le cas échéant, peuvent être modifiées par **l'assureur**, par voie d'avenant.

En cas d'évolution des résultats techniques constatés sur tout ou partie des garanties, d'une aggravation du risque, ou d'une modification législative ou réglementaire, amenant une modification des conditions d'application du contrat ou des engagements de **l'assureur**, ce dernier peut proposer une modification du contrat, y compris concernant les cotisations.

ARTICLE 9 – VOS DÉCLARATIONS

Le certificat d'adhésion est établi par rapport à vos déclarations et la cotisation est fixée en conséquence.

À votre adhésion et en cours d'adhésion, l'**assureur** se réserve le droit de **vous** demander la liste des agents relevant du contrat. Cette liste précisera ceux qui sont effectivement en activité normale de service et ceux qui sont en arrêt de travail pour raison de santé, ainsi que, pour ces derniers, l'historique des droits à maladie déjà octroyés.

Vous devez fournir à l'**assureur** la déclaration de l'ensemble des éléments constituant la **base de l'assurance** du dernier exercice connu, correspondant aux garanties souscrites pour la totalité des agents admis au contrat, en utilisant le formulaire « Base de l'assurance – Assiette de cotisation ».

Vous vous engagez à déclarer vos **sinistres** dans les conditions déterminées à l'article 24 du présent document.

Vous vous engagez à effectuer l'ensemble de vos déclarations en toute bonne foi. Conformément aux dispositions des articles L.113-8 et L.113-9 du code des assurances, toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de votre part entraîne la nullité du présent contrat.

En tout état de cause, l'**assureur** se réserve le droit de vérifier l'exactitude de vos déclarations, à l'adhésion, en cours d'adhésion et après sa résiliation ou à son terme.

ARTICLE 10 – EXCLUSIONS

Sont exclues les conséquences :

- de la guerre civile ou étrangère, d'émeute, d'insurrection, de mouvement populaire, d'acte de terrorisme ou de sabotage, de rixe, quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels qu'en soient les protagonistes, dès lors que l'agent y prend une part active (sauf en cas de légitime défense ou d'assistance à personne en péril), sauf pour la police municipale où seules sont exclues les conséquences de la guerre civile ou étrangère,
- de la désintégration du noyau atomique ou de radiations ionisantes pour autant que la valeur corrigée dépasse 37 giga Becquerel soit 37 G Bq (anciennement 1 curie).

ARTICLE 11 – TERRITORIALITÉ

Les **garanties** s'appliquent dans le monde entier.

Pour la **garantie accident** ou **maladie imputable au service**, **vous** devez produire l'ordre de mission délivré à votre agent.

ARTICLE 12 – SUBROGATION - RECOURS

En application de l'ordonnance n° 59-76 du 7 janvier 1959 modifiée par la loi n° 68-2 du 2 janvier 1968, **vous** êtes subrogée dans les droits et actions de votre agent. Les prestations en cause ayant un caractère indemnitaire et étant versées en réparation du dommage causé à l'agent, l'**assureur** est donc lui-même subrogé dans vos droits contre toute personne responsable du **sinistre**, et cela jusqu'à concurrence des sommes qu'il a versées, par application des dispositions de l'article L. 131-2 du code des assurances et de l'article 29 de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 modifiée.

Les informations obtenues à l'occasion d'un recours peuvent entraîner la régularisation, le cas échéant, des prestations indûment versées.

ARTICLE 13 – 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 fausse 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 les causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un **sinistre**.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription auxquelles l'article L.114-2 du code des assurances fait référence sont :

Article 2240 du code civil

La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.

Article 2241 du code civil

La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion.

Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.

Article 2242 du code civil

L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.

Article 2243 du code civil

L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

Article 2244 du code civil

Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

Article 2245 du code civil

L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers.

Article 2246 du code civil

L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.

La prescription peut également être interrompue par l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec avis de réception, adressés 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 des prestations.

Conformément à l'article L. 114-3 du code des assurances, par dérogation à l'article 2254 du code civil, les parties au **contrat d'assurance** ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

ARTICLE 14 – AUTORITÉ CHARGÉE DU CONTRÔLE

L'autorité chargée du contrôle de CNP Assurances est l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) :
4 place de Budapest – CS 92459 – 75436 PARIS CEDEX 09

ARTICLE 15 – DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Les parties s'engagent à traiter les données à caractère personnel dont elles ont connaissance au titre du **contrat d'assurance** en conformité avec la réglementation en vigueur applicable en matière de protection des données à caractère personnel, notamment le Règlement Général sur la Protection des Données (Règlement (UE) N°2016/679 du 27 avril 2016, ci-après « RGPD ») et la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

L'exécution du contrat nécessite que **vous** communiquiez à l'**assureur** et/ou au courtier gestionnaire des données à caractère personnel relatives à vos agents, y compris des données de santé, notamment dans le cadre des déclarations de sinistres et des demandes successives. Conformément aux articles 13 et 14 du RGPD, il **vous** appartient d'informer les personnes concernées des traitements mis en œuvre à cet égard et notamment du fait que CNP Assurances, assureur, et Relyens SPS, courtier gestionnaire, sont destinataires de données à caractère personnel les concernant.

L'information des agents relative aux traitements dont CNP Assurances et Relyens SPS sont responsables au sens du RGPD est fournie en annexe 2. **Vous devez remettre cette annexe à vos agents.**

Conformément à l'article 19 du RGPD, toute demande d'exercice de droits effectuée par vos agents, auprès de vous, concernant l'accès, la rectification, l'effacement ou la limitation de traitement portant sur des données transmises à CNP Assurances ou à Relyens SPS doivent être notifiées dans les meilleurs délais aux coordonnées suivantes :

Relyens SPS	CNP Assurances
Relyens SPS DPO CS 80006 18 020 Bourges Cedex privacy.sps@relyens.eu	CNP Assurances Délégué à la Protection des Données 4 promenade Cœur de Ville 92 130 Issy-les-Moulineaux dpo@cnp.fr

Afin d'alléger vos travaux déclaratifs et de faciliter l'alimentation de la Banque nationale de données, Relyens SPS se propose de transférer les informations relatives aux **accidents du travail** et aux maladies professionnelles de vos agents (identité et situation professionnelle incluses) qu'elle détient dans le cadre de la gestion du contrat d'assurance statutaire vers l'application PRORISQ, mise à disposition par la Caisse des Dépôts et Consignations.

Ces transferts seront réalisés, sauf opposition de votre part formulée à l'adresse suivante :
Relyens SPS – CS 80006 – 18020 BOURGES Cedex.

ARTICLE 16 – LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

Comme toute compagnie d'assurances, l'**assureur** est soumis au respect de la réglementation relative à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme en application du Code monétaire et financier.

À ce titre, l'**assureur** a l'obligation de recueillir des informations afin d'identifier et de connaître le souscripteur, la personne morale adhérente et les assurés. Les informations recueillies doivent permettre à l'**assureur** de respecter les obligations auxquelles il est soumis.

En outre, l'**assureur** doit pouvoir attester de l'origine des fonds destinés au paiement des primes et des cotisations du contrat.

L'**assureur** s'engage à respecter la réglementation relative à la prévention du blanchiment des capitaux et du financement du terrorisme telle qu'elle résulte des dispositions en vigueur. Conformément à l'article R.561-14-2 et au 3° de l'article R.561-15 du Code monétaire et financier, le **courtier d'assurance** doit **vous** identifier en tant que personne morale ainsi que votre représentant légal, personne physique. Ainsi :

- pour **vous**, l'identification repose sur la collecte de votre forme juridique, dénomination, numéro d'immatriculation, adresse et du nom de votre représentant légal ;
- pour votre représentant légal, l'identification repose sur la collecte des noms patronymiques, prénoms, des dates et lieux de naissance.

Le **courtier d'assurance** collecte également un document probant justifiant la qualité de votre représentant légal (par exemple et sans que cette liste ne soit limitative, le décret de nomination ou la délégation de pouvoir). Le **courtier d'assurance** s'engage à collecter vos éléments d'identification visés ci-dessus et ceux de votre représentant légal à la souscription du contrat, conformément à l'article L.561-8 du Code monétaire et financier. A défaut, le contrat ne produira pas ses effets. Pour la mise en œuvre des mesures de vigilance simplifiées prévues dans les cas visés à l'article L.561-9 du Code monétaire et financier, le **courtier d'assurance** recueille les informations suffisantes pour établir que **vous** et votre représentant légal présentez un faible risque de blanchiment ou de financement du terrorisme.

En application de l'article L.561-8 du Code monétaire et financier et de l'article R113-14 du Code des assurances, l'**assureur** peut être amené à refuser de procéder à l'opération que **vous** demandez, voire à mettre fin au contrat, si les éléments d'identification ou d'informations sollicitées ci-dessus ne lui sont pas communiqués.

ARTICLE 17 – RÉCLAMATIONS – MÉDIATION

Les demandes de renseignements ou les réclamations sur l'interprétation du contrat sont formulées auprès de l'**assureur** :

- par internet : un formulaire est à votre disposition sur le site internet : [http:// www.cnp.fr/assures/contact](http://www.cnp.fr/assures/contact),
- par courrier : CNP Assurances - Business Unit Partenariats France et Réseau Amétis – Direction développement protection sociale – Développement collectivités locale - 4 promenade Cœur de Ville - 92130 Issy-les-Moulineaux.

N'oubliez pas de préciser dans votre correspondance le nom de votre collectivité, votre numéro de contrat et votre numéro d'identification.

En tout état de cause, **vous** ou le(s) **bénéficiaire(s)** pouvez deux mois après l'envoi d'une première réclamation écrite vous adresser à la « Médiation de l'assurance » :

- par voie postale : la Médiation de l'assurance – TSA 50110 – 75 441 Paris Cedex 09
- par voie électronique : <http://www.mediation-assurance.org/saisir+le+mediateur>

Sachant que la saisine du médiateur interrompt la prescription et que son avis ne s'impose pas aux parties en litige, qui conservent le droit de saisir les tribunaux.



TITRE II – VOS GARANTIES

VOTRE GARANTIE CONGÉS POUR RAISON DE SANTÉ, DE MATERNITÉ, LIÉS AUX CHARGES PARENTALES

ARTICLE 18 – OBJET DE VOTRE GARANTIE

La **garantie** a pour objet de **vous** rembourser, dans la limite des dispositions des articles 19 et 20 du présent document, des rémunérations que vous devez à vos agents en cas de réalisation pendant la période de validité de votre adhésion, d'un des risques suivants :

- congé de maladie ordinaire,
- congé de grave maladie,
- congé de maternité - adoption - paternité et accueil de l'enfant,
- congé de naissance, congé pour l'arrivée d'un enfant placé en vue de son adoption.

A l'exception du congé de naissance et du congé pour l'arrivée d'un enfant placé en vue de son adoption, **pour les agents effectuant plus de 150 heures par trimestre, le remboursement de leurs rémunérations est subordonné à la prise en charge par la sécurité sociale ; ce remboursement vient en déduction des prestations en espèces servies par la sécurité sociale.**

ARTICLE 19 – MONTANT DE VOS PRESTATIONS – ASSIETTE RETENUE POUR L'INDEMNISATION

Le **traitement indiciaire brut** majoré auquel s'ajoute le cas échéant la nouvelle bonification indiciaire, retenu pour l'indemnisation, est celui de l'agent au jour de l'arrêt de travail. Pendant son arrêt de travail, le montant de la prestation d'assurance ne peut excéder ce que l'agent aurait perçu s'il avait exercé son activité.

Les éléments optionnels retenus « charges patronales » et/ou « indemnités accessoires et/ou « le complément de traitement indiciaire », et/ou « RIFSEEP » et/ou « indemnité de résidence » et/ou « supplément familial de traitement » sont indemnisés dans la limite des sommes réellement à votre charge.

ARTICLE 20 – PRISE EN CHARGE DE VOS PRESTATIONS

Le montant des indemnités journalières visé ci-après est exprimé en pourcentage de la 30^e partie des éléments mensuels de rémunération en vigueur à la date de l'arrêt de travail, selon la **base de l'assurance** que vous avez retenue et définie dans le formulaire « Base de l'assurance – Assiette de cotisation ».

Pendant la durée de l'indemnisation, l'indemnité de résidence, le supplément familial de traitement, les indemnités accessoires, le complément de traitement indiciaire, le RIFSEEP, et les charges patronales sont payés dans la mesure où ils sont inclus dans la **base de l'assurance** telle que définie dans le formulaire « Base de l'assurance – Assiette de cotisation ».

La prestation est versée après l'expiration d'un délai de franchise tel que précisé dans votre certificat d'adhésion.

À défaut d'un délai de franchise fixé dans votre certificat d'adhésion, l'indemnité journalière est versée en tenant compte du délai de carence prévu par les dispositions législatives et réglementaires applicables.

Le délai de carence n'est pas appliqué :

- au deuxième congé de maladie, lorsque la reprise du travail entre deux congés de maladie accordés au titre de la même cause n'a pas excédé 48 heures ;
- aux congés de maladie accordés postérieurement à un premier congé de maladie au titre d'une même affection de longue durée, au sens de l'article L. 324-1 du code de la sécurité sociale, pour une période de trois ans à compter de ce premier congé de maladie.
- aux congés de maladie accordés postérieurement à la déclaration de grossesse et avant le début du congé de maternité,
- au premier congé de maladie intervenant pendant une période de 13 semaines à compter du décès d'un enfant de l'agent âgé de moins de 25 ans ou d'une personne âgée de moins de 25 ans dont l'agent a la charge effective et permanente.

Pour les agents autorisés à travailler à temps partiel, les prestations sont calculées au prorata du taux de travail effectué sauf pour la garantie maternité - adoption - paternité et accueil de l'enfant, congé de naissance et congé pour l'arrivée d'un enfant placé en vue de son adoption pour laquelle l'agent retrouve ses droits à temps complet.

Si suite à une prise en charge au titre d'un congé de maladie ordinaire le congé est transformé en congé de grave maladie, le point de départ du congé de grave maladie pour la même affection, sera le premier jour d'arrêt de la maladie ordinaire.

Dans le cadre d'une prise en charge au titre d'un congé de maladie ordinaire, si ce congé est requalifié en congé de grave maladie, pour la même affection, la première période du congé de grave maladie part du jour de la première constatation médicale de cette affection.

20.1 Congés pour raison de santé

20.1.1 Congé de maladie ordinaire

Agents titulaires ou stagiaires à temps non complet affiliés à l'IRCANTEC

- jusqu'au 90e jour d'arrêt de travail : 100 % de la **base de l'assurance**,
- du 91e au 365e jour d'arrêt de travail : 50 % de la **base de l'assurance**.

Agents contractuels affiliés à l'IRCANTEC

Après 4 mois de service :

- jusqu'à la fin du 1er mois d'arrêt de travail : 100 % de la **base de l'assurance**,
- pendant le mois suivant : 50 % de la **base de l'assurance**.

Après 2 ans de service :

- jusqu'à la fin du 2e mois d'arrêt de travail : 100 % de la **base de l'assurance**,
- pendant les 2 mois suivants : 50 % de la **base de l'assurance**.

Après 3 ans de service :

- jusqu'à la fin du 3e mois d'arrêt de travail : 100 % de la **base de l'assurance**,
- pendant les 3 mois suivants : 50 % de la **base de l'assurance**.

20.1.2 Congé de grave maladie

Agents titulaires ou stagiaires à temps non complet affiliés à l'IRCANTEC

- jusqu'à la fin du 12e mois d'arrêt de travail : 100 % de la **base de l'assurance**,
- pendant les 24 mois suivants : 50 % de la **base de l'assurance**.

Agents contractuels affiliés à l'IRCANTEC

Les dispositions ci-après concernent l'agent comptant au moins 3 années de service et atteint d'une affection dûment constatée et présentant un caractère invalidant :

- jusqu'à la fin du 12e mois d'arrêt de travail : 100 % de la **base de l'assurance**,
- pendant les 24 mois suivants : 50 % de la **base de l'assurance**.

20.2 Maternité - Adoption - Paternité et accueil de l'enfant, congé de naissance et congé pour l'arrivée d'un enfant placé en vue de son adoption, (agents à temps non complet affiliés à l'IRCANTEC : article 2 et 35 du décret n°91-298 du 20 mars 1991 - agents contractuels de droit public : article 10 du décret n°88-145 du 15 février 1988).

Congé de maternité

Agents contractuels et agents titulaires ou stagiaires à temps non complet affiliés à l'IRCANTEC, pendant les périodes d'indemnisation ci-après : 100 % de la **base de l'assurance**.

L'indemnité est versée pendant la période du congé légal (16 semaines portées à 26 semaines à compter du 3^e enfant).

En cas de naissances multiples la période de congé légal est respectivement portée à :

- grossesse gémellaire : 34 semaines. Cette période commence 12 semaines avant la date présumée de l'accouchement et se termine 22 semaines après. La période d'indemnisation antérieure à la date présumée de l'accouchement peut être augmentée d'une durée maximale de 4 semaines, la période d'indemnisation de 22 semaines postérieure à l'accouchement est alors réduite d'autant.
- grossesse de triplés ou plus : 46 semaines. Cette période commence 24 semaines avant la date présumée de l'accouchement et se termine 22 semaines après ; si l'accouchement a lieu avant la date présumée, la durée d'indemnisation n'est pas réduite pour autant.

En cas d'état pathologique :

- résultant de la grossesse, la durée de la période prénatale du congé maternité peut être augmentée de la durée de cet état pathologique dans la limite de 2 semaines,
- résultant de l'accouchement, la durée de la période post-natale du congé de maternité peut être augmentée dans la limite de 4 semaines. Ce congé supplémentaire devra suivre immédiatement le congé maternité.

Pour bénéficier de ces périodes de congés supplémentaires un certificat, établi par le professionnel de santé qui suit la grossesse, devra attester de l'état pathologique et en préciser la durée prévisible.

Congé d'adoption

L'indemnité journalière prévue ci-dessus sera servie par l'assureur pendant une période constituant le congé légal d'adoption : 16 semaines

Toutefois si l'adoption porte à trois ou plus le nombre d'enfants à charge, la période de remboursement est portée à 18 semaines. En cas d'adoptions multiples, la période légale est portée à 22 semaines.

Congé de paternité et d'accueil de l'enfant

L'indemnité est versée pendant la période du congé légal soit 25 jours calendaires jours portés à 32 jours calendaires en cas de naissance multiple.

En cas d'hospitalisation de l'enfant immédiatement après sa naissance dans une unité de soins spécialisés visée par l'arrêté du 24 juin 2019, l'indemnité est versée pendant la durée légale du congé de paternité supplémentaire soit 30 jours au maximum (sous réserve du respect des conditions d'attributions fixées aux articles L. 331-8 et D. 331-3 et suivants du code de la sécurité sociale).

Cette indemnité complète dans la limite du traitement dû à l'agent, les sommes versées par la Caisse nationale d'allocation familiale par l'intermédiaire de la Caisse primaire d'assurance maladie.

Congé de naissance

L'indemnité est versée pendant la période du congé légal soit 3 jours calendaires.

Congé pour l'arrivée d'un enfant placé en vue de son adoption

L'indemnité est versée pendant la période du congé légal soit 3 jours calendaires.

VOTRE GARANTIE ACCIDENT OU MALADIE IMPUTABLE AU SERVICE

ARTICLE 21 – OBJET DE VOTRE GARANTIE

La **garantie** a pour objet de **vous** rembourser, dans la limite des dispositions des articles 22 et 23 du présent document, des rémunérations dues à vos agents en cas de réalisation en période d'assurance d'un des risques suivants :

- **accident ou maladie imputable au service** survenu en cours d'assurance, et répondant aux définitions précisées dans le lexique et à la jurisprudence en vigueur, sous réserve que :
 - cette maladie ou cet **accident** soit reconnu imputable par la Caisse Primaire d'assurance Maladie,
 - Et
 - que la première constatation médicale de la pathologie en cause (fixant la date d'origine de la **maladie imputable au service**) intervienne en cours d'assurance.

Pour les agents titulaires et contractuels, le remboursement de leurs rémunérations est subordonné à la prise en charge par la sécurité sociale. Celui-ci vient en déduction des prestations en espèces servies par la sécurité sociale.

Les **garanties** souscrites sont également accordées en cas de télétravail sous réserve que vous nous présentiez l'autorisation correspondante.

ARTICLE 22 – MONTANT DE VOS PRESTATIONS – ASSIETTE RETENUE POUR L'INDEMNISATION

Le traitement brut retenu pour l'indemnisation est celui de l'agent au jour de la prise en charge par l'**assureur**.

Pendant son arrêt de travail le montant de la prestation d'assurance ne peut excéder ce que l'agent aurait perçu s'il avait exercé son activité.

Le montant de l'indemnité journalière visé ci-après est exprimé en pourcentage de la 30^e partie des éléments mensuels de rémunération en vigueur à la date de l'arrêt de travail majoré éventuellement des éléments optionnels figurant sur le formulaire « Base de l'assurance – Assiette de cotisation ».

Ce montant est pris en charge à l'expiration d'une période de franchise éventuelle fixée dans votre certificat d'adhésion.

L'indemnisation par l'**assureur** débute à compter du lendemain de l'accident imputable au service ou le cas échéant à l'expiration de la période de franchise fixée dans le certificat d'adhésion.

ARTICLE 23 - PRISE EN CHARGE DE VOS PRESTATIONS

Agents titulaires ou stagiaires à temps non complet affiliés à l'IRCANTEC

- jusqu'à la guérison, la consolidation de la blessure ou le décès : 100 % de la **base de l'assurance**.

Agents contractuels affiliés à l'IRCANTEC

Pour un agent ayant une ancienneté inférieure à 1 an :

- jusqu'à la fin du 1^{er} mois d'arrêt de travail : 100 % de la **base de l'assurance**.

Pour un agent ayant entre 1 an et 3 ans d'ancienneté :

- jusqu'à la fin du 2^e mois d'arrêt de travail : 100 % de la **base de l'assurance**.

Pour un agent ayant une ancienneté supérieure à 3 ans :

- jusqu'à la fin du 3^e mois d'arrêt de travail : 100 % de la **base de l'assurance**.



TITRE III – LES MODALITÉS DE DÉCLARATION ET D'INDEMNISATION COMMUNES À TOUTES LES GARANTIES

ARTICLE 24 - REVALORISATION DE VOS PRESTATIONS

Les prestations versées par l'**assureur** sont revalorisées en fonction des événements suivants :

- augmentation générale des traitements de la Fonction publique,
- avancements de l'agent,

à leur date de prise d'effet.

Après la résiliation ou le terme du contrat, les revalorisations cessent. Les prestations sont servies au niveau atteint à la date de la résiliation ou du terme du contrat.

ARTICLE 25 – DÉLAI DE DÉCLARATION DE VOS SINISTRES (CF. ANNEXE 1)

Afin de **vous** indemniser, **vous** devez constituer un dossier et l'adresser à l'**assureur** dans les délais fixés ci-après. Ces délais sont exprimés en jours calendaires. Le respect de ces délais lui permettra de remplir les obligations réglementaires de sa profession, notamment en établissant des comptes de résultats qui intègrent l'ensemble de ses engagements.

Pour ce faire, l'**assureur** doit avoir connaissance des déclarations de sinistres et des demandes successives dans des délais satisfaisants et, dans tous les cas, dans les délais précisés ci-après.

En mesurant régulièrement la sinistralité, l'**assureur** peut ainsi constituer les provisions que la réglementation lui impose. L'assureur n'est en mesure de remplir totalement ses obligations que dans la mesure où vous lui communiquez les informations requises dans les délais impartis.

Le non-respect de ces délais entraînera en cas de :

- déclaration de **sinistre** : la non prise en charge du **sinistre** (ainsi que l'ensemble des périodes successives se rattachant à l'évènement déclencheur),
- prolongation d'arrêt de travail et de **rechutes** (dans la mesure où la déclaration initiale a donné lieu à remboursement) : le non- paiement des prestations afférentes à cette prolongation/ rechute.

25.1 La garantie congés pour raison de santé, maternité - adoption - paternité et accueil de l'enfant - congé de naissance et congé pour l'arrivée d'un enfant placé en vue de son adoption

Dans tous les cas, le **sinistre** et les diverses périodes d'arrêt successives doivent être motivés et portés à la connaissance de l'**assureur** dans un **délai de 90 JOURS** à compter du début de chacune des périodes présentées.

Les justificatifs parviendront à l'**assureur** en un ou plusieurs envois dans le **même délai de 90 JOURS** en accompagnement d'une demande de remboursement établie au moyen du formulaire « Déclaration de la collectivité ».

Plus particulièrement, lorsque l'avis du conseil médical réuni en formation restreinte est requis, le procès-verbal du conseil portant l'avis devra parvenir à l'assureur dans un **même délai de 90 JOURS** à compter de la date de séance dudit conseil.

25.2 La garantie accident ou maladie imputable au service ou maladie professionnelle

La déclaration de l'**accident** ou **maladie imputable au service** établie au moyen du formulaire « Déclaration de la collectivité » doit être motivée et portée à la connaissance de l'assureur dans un **délai de 30 JOURS** à compter du début de la période présentée.

Le certificat médical initial et l'enquête administrative doivent parvenir à l'assureur dans un **délai de 90 JOURS** à compter du début de la période présentée.

Les autres justificatifs listés en annexe 1 parviendront à l'assureur dans le **délai de 90 JOURS** en accompagnement d'une demande de remboursement établie au moyen du formulaire « Déclaration de la collectivité ».

25.3 Modalités particulières de déclarations des sinistres après résiliation ou après le terme du contrat

Tous les délais précisés aux articles 26.1 et 26.2 **sont fixés à 30 JOURS**.

ARTICLE 26 – RÉGLEMENT DE VOS PRESTATIONS

Sous réserve du respect du délai de déclaration des **sinistres** fixé à l'article 26 du présent document, l'**assureur** rembourse les sommes dues à réception de votre déclaration accompagnée de l'ensemble des pièces justificatives décrites en annexe 1.

Le service des prestations cesse en tout état de cause à la date de reprise d'activité de l'agent, à la date de sa mise à la retraite, à la date à laquelle il atteint la limite d'âge prévue par les dispositions législatives ou réglementaires pour l'exercice de son activité, sauf en cas de prolongation légale d'activité ou à la fin du mois du décès de l'agent.

Les pièces justificatives seront conservées par l'**assureur** ou son délégataire. Celui-ci se réserve le droit de demander toutes les justifications nécessaires à l'exacte appréciation de la dépense.

Les prestations dues au titre du contrat vous sont réglées. Les versements effectués ont un caractère libératoire pour l'**assureur**.

Dans le cas où la prestation aurait été maintenue à tort les sommes indûment perçues vous devrez les rembourser à l'**assureur** ou au **courtier d'assurance** dans les 30 jours suivant la demande écrite de l'**assureur**.

ARTICLE 27 – RECHUTES

27.1 Définition

Seules les **garanties** congé grave maladie, **accident** ou **maladie imputable au service** peuvent donner lieu à **rechute**.

Les **rechutes** liées à un sinistre dont l'origine est survenue en cours d'assurance sont prises en charge, même après la résiliation du contrat, dans la limite de la prescription applicable au contrat.

Les **rechutes** liées à un **sinistre** dont l'origine est survenue avant la date de prise d'effet du contrat ne sont pas prises en charge, sauf si elles ont fait l'objet d'un accord entre **vous** et l'**assureur** sur les conditions de leur reprise mentionnée dans votre certificat d'adhésion. Dans ce cas, **vous** vous engagez à communiquer les conditions générales et particulières de votre ancien contrat, ainsi que les déclarations de **sinistres**, de **rechutes** et toutes autres pièces nécessaires.

27.2 Montant de votre prestation

Le montant des indemnités journalières est exprimé en pourcentage de la 30^e partie des éléments mensuels de rémunération en vigueur à la date de la rechute, selon la **base de l'assurance** que vous avez retenue et dans les conditions énoncées au Titre II en cours lors de l'arrêt initial.

ARTICLE 28 – SERVICE DES PRESTATIONS APRÈS LE TERME OU APRÈS RÉSILIATION DE VOTRE CONTRAT

Le contrat est géré en capitalisation. Les engagements pris au titre du présent contrat sont intégralement provisionnés.

En conséquence, au terme ou en cas de résiliation du contrat ou d'une ou des garantie(s) visée(s) au Titre II, les indemnités journalières afférentes aux **sinistres** survenus avant la date de fin de terme ou de résiliation du contrat et en cours de service à la date de fin de terme ou de résiliation continuent à être versées selon les conditions prévues au contrat.

Rechutes

Les **rechutes** liées à un **sinistre** survenu pendant la période d'assurance sont prises en charge dans les mêmes conditions que celles exposées au paragraphe 27.2.



ANNEXE 1 - DOCUMENTS À FOURNIR

Afin de respecter les délais prévus par le contrat, **vous** devez déclarer les arrêts de travail sur le formulaire « Déclaration de la collectivité » et l'adresser à l'**assureur** sans attendre le décompte de la CPAM, qui devra être transmis dès sa réception.

Les pièces justificatives à joindre au formulaire « Déclaration de la collectivité » sont les suivantes :

I. CONGÉS POUR RAISON DE SANTÉ, MATERNITÉ - ADOPTION - PATERNITÉ ET ACCUEIL DE L'ENFANT – CONGÉ DE NAISSANCE ET CONGÉ POUR L'ARRIVÉE D'UN ENFANT PLACÉ EN VUE DE SON ADOPTION

- votre déclaration,
- le certificat médical initial plaçant l'agent en arrêt et les certificats de prolongation,
- la copie de l'avis favorable du conseil médical réuni en formation restreinte pour le congé de grave maladie lorsqu'il doit être saisi, ou dans les autres cas le certificat médical du médecin,
- la visite de contrôle une fois par an en cas de congé grave maladie après épuisement des droits à plein traitement de l'agent effectuée par vos soins auprès d'un médecin agréé,
- les décomptes de remboursement émis par la sécurité sociale,
- l'attestation certifiant la couverture du risque maternité auprès de l'ancien assureur les 10 premiers mois de la souscription du contrat,
- l'attestation d'adoption,
- la copie du dernier bulletin de paie du mois correspondant à la date de survenance du sinistre,
- l'attestation du nombre d'enfant.

Pour le congé de paternité et accueil de l'enfant :

- l'attestation de la Caisse nationale d'allocation familiale par l'intermédiaire de la Caisse primaire d'assurance maladie,
- un document justifiant du lien entre le bénéficiaire du congé d'accueil de l'enfant et la mère de l'enfant au regard de l'arrêté du 3 mai 2013.

Pour le congé de paternité en cas d'hospitalisation de l'enfant :

- le bulletin d'hospitalisation de l'enfant auprès d'une unité de soins spécialisée visée par l'arrêté du 24 juin 2019 et le bulletin de sortie à la fin de l'hospitalisation de l'enfant.

Pour le congé de naissance :

- la copie du certificat établi par le professionnel de santé qui suit la grossesse attestant de la grossesse ou tout document justifiant de la naissance de l'enfant
- le cas échéant tout document justifiant que l'agent est le conjoint de la mère enceinte ou la personne liée à elle par un PACS ou vivant maritalement avec elle.

Pour le congé d'adoption et le congé pour l'arrivée d'un enfant placé en vue de son adoption

- un document attestant que l'agent s'est vu confier un enfant par le service départemental d'aide sociale à l'enfance, l'agence Française de l'adoption, ou tout autre organisme autorisé pour l'adoption et précisant la date de son arrivée.
- le cas échéant une déclaration du conjoint adoptant attestant qu'il ne bénéficie pas d'un congé d'adoption au titre de l'enfant adopté ou, le cas échéant, que le congé est réparti entre les deux fonctionnaires adoptants devra être fournie.

II. ACCIDENT OU MALADIE IMPUTABLE AU SERVICE

- votre déclaration,
- le certificat médical initial plaçant l'agent en congé pour accident ou maladie imputable au service, les certificats de prolongation et le certificat médical final,
- les décomptes de remboursement émis par la sécurité sociale,
- la copie du dernier bulletin de paie du mois correspondant à la date de survenance du sinistre,
- l'enquête administrative et la déclaration écrite des témoins et de l'agent, en cas d'accident imputable au service (événement initial et rechute),
- le rapport de gendarmerie ou procès-verbal de police.

EN CAS DE SINISTRE(S) SURVENU(S) PENDANT UNE PÉRIODE DE PRÉPARATION AU RECLASSEMENT, les pièces justificatives complémentaires suivantes devront être jointes :

- le procès-verbal du conseil médical réuni en formation restreinte,
- la convention relative au projet de période de préparation au reclassement,

L'assureur se réserve la possibilité de solliciter toute pièce complémentaire en cas de besoin.



ANNEXE 2 – PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

MENTION D'INFORMATION DESTINÉE AUX AGENTS DES COLLECTIVITÉS AYANT SOUSCRIT UN CONTRAT D'ASSURANCE STATUTAIRE

Votre employeur bénéficie d'un contrat d'assurance statutaire souscrit auprès de CNP Assurances. Dans le cadre de l'exécution de ce contrat, des traitements de données à caractère personnel vous concernant sont susceptibles d'être mis en œuvre. Le présent document a vocation à vous informer sur ces traitements ainsi que sur les droits dont vous disposez.

CNP Assurances, **assureur**, d'une part, et Relyens SPS, courtier gestionnaire, d'autre part, sont chacun sur leur propre périmètre responsable au sens du Règlement Général sur la Protection des Données (Règlement (UE) N°2016/679 du 27 avril 2016) de traitements de données à caractère personnel vous concernant.

Les traitements mis en œuvre ont pour finalités et pour bases juridiques :

- la passation, la gestion et l'exécution du contrat souscrit par votre employeur, sur la base de l'exécution du contrat d'assurance, qui incluent les traitements suivants :
 - examen, acceptation, contrôle et surveillance du risque,
 - exécution des garanties des contrats,
 - gestion des contrats,
 - gestion des réclamations et contentieux,
 - exercice des recours,
 - gestion du tiers-payant ;
- le respect des obligations prudentielles prévues par la législation européenne et la législation nationale, sur la base des intérêts légitimes des responsables de traitements ;
- la réalisation d'études statistiques et actuarielles, sur la base des intérêts légitimes des responsables de traitements ;
- la mise en place d'actions de prévention, sur la base des intérêts légitimes des responsables de traitements ;
- la conduite d'activités de recherche et développement, sur la base des intérêts légitimes des responsables de traitements ;
- la lutte contre la fraude, sur la base des intérêts légitimes des responsables de traitements ;
- l'exécution des dispositions légales et administratives en vigueur (notamment la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme), sur la base du respect d'obligations légales auxquelles les responsables de traitements sont soumis.

Les catégories de données à caractère personnel collectées sont les suivantes :

- données d'identification,
- données relatives à la détermination ou à l'évaluation des préjudices et des prestations,
- données relatives à votre situation familiale,
- données relatives à votre situation économique, patrimoniale et financière,
- données relatives à votre situation professionnelle,
- données nécessaires à l'appréciation du risque,
- données de santé vous concernant (au sens du RGPD) strictement nécessaires aux fins de l'exécution des obligations et de l'exercice des droits propres aux responsables de traitements en matière de droit de la protection sociale.

Ces données sont collectées par votre employeur, qui les transmet à Relyens SPS et, le cas échéant, à l'assureur CNP Assurances.

Elles sont destinées :

- aux personnels habilités de Relyens SPS, notamment les équipes en charge de la gestion des sinistres et, le cas échéant, les équipes en charge des services associés au contrat d'assurance (relation clients, contrôles médicaux, recours contre tiers responsable, prévention...) ainsi qu'aux professionnels impliqués dans ces services (médecins, avocats...),
- aux services de CNP Assurances en charge de l'assurance statutaire,
- à votre employeur,
- à la Caisse des Dépôts et Consignation pour l'alimentation de la Banque Nationale de Données,
- ainsi que, et uniquement pour les données qui les concernent, aux sous-traitants ou prestataires impliqués dans la mise en œuvre des traitements susmentionnés.

Vos données sont conservées pendant la durée de gestion des sinistres vous concernant, augmentée de la durée des prescriptions légales applicables.

En application de la législation en vigueur, vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement, la portabilité des données vous concernant, demander une limitation du traitement ou vous y opposer, et définir des directives relatives au sort de vos données après votre décès en écrivant à :

Relyens SPS	CNP Assurances
Relyens SPS DPO CS 80006 18 020 Bourges Cedex privacy.sps@relyens.eu	CNP Assurances Délégué à la Protection des Données 4 promenade Cœur de Ville 92 130 Issy-les-Moulineaux dpo@cnp.fr

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL :
CNIL – 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

**Assurons
un monde
plus ouvert**



FR085-24A-01/2024

CNP Assurances - Siège social : 4 promenade Coeur de Ville 92130 Issy-les-Moulineaux - 01 42 18 88 88 - www.cnp.fr

Société anonyme au capital de 686 618 477 euros entièrement libéré - 341 737 062 RCS Nanterre

Entreprise régie par le code des assurances - IDU REP Papiers FR231782_03IAIS