

COMMUNE DE BEAUSSAIS-SUR-MER

LOT UNIQUE

ASSURANCE RISQUES STATUTAIRES DU PERSONNEL

CAHIER DES CLAUSES TECHNIQUES PARTICULIERES

Le présent cahier des clauses techniques particulières comporte :

- ⇒ les conditions particulières,
- ⇒ les conditions générales.

ASSURANCE

RISQUES STATUTAIRES DU PERSONNEL

DE LA COMMUNE DE BEAUSSAIS-SUR-MER

CONDITIONS PARTICULIERES

Contrat compagnie :

Numéro :

Le présent contrat est régi par le Code des assurances.

© PROTECTAS 2021 – Ce document est la propriété exclusive de la société PROTECTAS et est protégé par la législation française et internationale en vigueur au titre de la propriété intellectuelle (notamment mais sans s'y limiter, droits d'auteur et marques). Toute reproduction ou utilisation même partielle effectuée sans l'autorisation préalable des représentants légaux de la société PROTECTAS est constitutive d'un acte de contrefaçon susceptible d'engager la responsabilité civile et pénale de son auteur.

CONDITIONS PARTICULIERES

ASSURANCE RISQUES STATUTAIRES DU PERSONNEL

En complément des conditions générales « assurance risques statutaires du personnel » PROTECTAS jointes, les présentes conditions particulières ont pour objet de définir les garanties, montants de garantie et franchises du contrat, ses modalités de gestion ainsi que celles des sinistres, et ce par dérogation à toute autre stipulation moins favorable.

IDENTIFICATION DU CONTRAT

SOUSCRIPTEUR - ASSURÉ

Ce contrat est conclu entre :

Assureur

Mentionné à l'acte d'engagement

et

Souscripteur assuré

Commune de Beaussais-sur-Mer
5 bis, rue Ernest Rouxel
Ploubalay
22650 BEAUSSAIS-SUR-MER

Le souscripteur est représenté par le maire en exercice.

PRISE D'EFFET ET DURÉE DU CONTRAT, PRÉAVIS DE RÉSILIATION

Ces informations sont mentionnées à l'acte d'engagement.

GARANTIES SOUSCRITES ET FRANCHISES

Le détail des garanties retenues ainsi que des franchises applicables est indiqué à l'acte d'engagement.

Si aucune mention de franchise n'est portée à l'acte d'engagement, alors la garantie est réputée s'appliquer sans franchise.

Par ailleurs, quelle que soit la garantie, aucun délai de carence n'est applicable à compter de la prise d'effet du contrat.

ASSIETTE DE COTISATION

L'assiette de cotisation comporte le traitement brut indiciaire soumis à retenue pour pension, et au choix de l'assuré :

- la nouvelle bonification indiciaire,
- le supplément familial de traitement,
- les primes, indemnités ou gratifications versées à l'exclusion de celles affectées à des remboursements de frais,

PRESTATIONS DE GESTION OBLIGATOIRES

DÉCLARATION DE SINISTRE

La déclaration de sinistre pourra être transmise par téléphone (avec confirmation écrite), par courrier ou par mail.

Toute déclaration de sinistre fera l'objet sous 72h ouvrées d'un accusé de réception donnant les références du sinistre et les coordonnées de l'interlocuteur chargé du suivi.

Les dossiers sinistres seront tous suivis par le même interlocuteur. La gestion du contrat sera également effectuée par un interlocuteur unique. La compagnie ou l'intermédiaire d'assurance s'engage à communiquer à l'assuré les coordonnées des référents en charge de la gestion du contrat et des sinistres et de leurs remplaçants.

Par dérogation à toute stipulation moins favorable, l'assuré devra déclarer les sinistres dans un délai de 90 jours après qu'il en aura eu connaissance, sauf impossibilité par suite de cas fortuit ou de force majeure.

TIERS PAYANT

La compagnie ou l'intermédiaire d'assurance devra procéder au paiement direct des frais médicaux consécutifs à un accident ou une maladie imputable au service auprès de l'ensemble des prestataires médicaux ou paramédicaux (médecins, pharmaciens, dentistes, cliniques, hôpitaux, etc.).

Ce paiement devra être effectué dans un délai maximum de 15 jours après réception des justificatifs des frais médicaux ou pharmaceutiques.

En tout état de cause, le tiers payant sera maintenu après la résiliation ou la fin du contrat.

CONTRÔLE MÉDICAL ET EXPERTISE MÉDICALE

Dans la limite des dispositions légales et réglementaires, la compagnie ou l'intermédiaire d'assurance devra pouvoir, à la demande de l'assuré, faire procéder à une expertise ou faire contrôler sur les risques garantis, les agents en arrêt de travail, soit par un médecin assermenté, soit par un médecin expert de l'assureur (au choix de l'assuré).

Les contrôles médicaux et les expertises médicales sont obligatoirement effectués à la demande et/ou avec l'accord préalable de l'assuré.

Les contrôles médicaux et les expertises médicales sont réalisés dans un délai maximum de 2 jours à compter de la demande de l'assuré.

RECOURS

La compagnie ou l'intermédiaire d'assurance s'engage à effectuer systématiquement les recours amiables ou judiciaires auprès des tiers responsables sur les risques garantis.

Ces recours porteront sur les éléments de rémunération remboursés, et les éléments de rémunération non remboursés.

La compagnie ou l'intermédiaire d'assurance informera l'assuré tous les 6 mois de l'évolution de ces recours.

ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE

La compagnie ou l'intermédiaire d'assurance prend en charge les suivis psychologiques et psychiatriques individuels pour tous les agents, et ce quel que soit leur statut.

ACCOMPAGNEMENT AU RETOUR À L'EMPLOI

La compagnie ou l'intermédiaire d'assurance proposera gratuitement à l'assuré un accompagnement au retour à l'emploi pour les agents en arrêt de plus de 6 mois pour un risque assuré.

BILAN DE SINISTRALITÉ

La compagnie ou l'intermédiaire d'assurance s'engage à fournir, chaque année, les éléments statistiques nécessaires à apprécier l'absentéisme et l'équilibre financier du contrat.

Il devra ainsi remettre, au minimum, à la fin du premier trimestre suivant l'échéance du contrat :

- le nombre d'arrêts de travail.
- la durée de chaque arrêt de travail.
- le nombre de jours d'arrêts de travail.
- le nombre de jours d'arrêts de travail indemnisés.
- le nombre de jours d'arrêts de travail provisionnés.
- le montant des prestations versées, en détaillant les indemnités versées au titre des risques garantis.
- le montant des prestations provisionnées,
- le montant des prestations en nature (frais médicaux),
- le rapport Sinistres/Prime.

Ces éléments de sinistralité seront communiqués obligatoirement sous format numérique (fichier tableur).

La compagnie ou l'intermédiaire d'assurance s'engage à transmettre la sinistralité de l'année en cours à la demande de l'assuré.

La compagnie ou l'intermédiaire d'assurance proposera une rencontre annuelle, sur site ou par visioconférence, pour faire un bilan de la sinistralité.

PRÉSENTATION DES QUITTANCES

La quittance présentée à l'échéance par la compagnie ou l'intermédiaire d'assurance devra faire apparaître :

- l'assiette de prime retenue,
- le taux de prime,
- la prime TTC.

La quittance présentée le cas échéant pour la régularisation de prime après déclaration de l'assiette de prime définitive devra rappeler l'ancienne assiette de prime prise en compte ainsi que la prime déjà appelée, et comporter la nouvelle assiette de prime, le rappel du taux de prime applicable ainsi que la prime de régularisation.

Le souscripteur,
COMMUNE DE BEAUSSAIS-SUR-MER

L'assureur,

CONDITIONS GENERALES

ASSURANCE RISQUES STATUTAIRES DU PERSONNEL

© PROTECTAS 2021 – Ce document est la propriété exclusive de la société PROTECTAS et est protégé par la législation française et internationale en vigueur au titre de la propriété intellectuelle (notamment mais sans s'y limiter, droits d'auteur et marques). Toute reproduction ou utilisation même partielle effectuée sans l'autorisation préalable des représentants légaux de la société PROTECTAS est constitutive d'un acte de contrefaçon susceptible d'engager la responsabilité civile et pénale de son auteur.

SOMMAIRE

TITRE 1 - DÉFINITIONS	3
TITRE 2 - OBJET DE LA GARANTIE ET NATURE DES PRESTATIONS.....	3
Chapitre 1 - Pour les agents CNRACL.....	4
Chapitre 2 - Pour les agents titulaires ou stagiaires non affiliés à la CNRACL ou agents non titulaires	7
TITRE 3 - GESTION DU CONTRAT ET DES SINISTRES	9
Chapitre 1 - Formation et résiliation	9
Chapitre 2 - Déclaration du risque	10
Chapitre 3 - Primes	10
Chapitre 4 - Sinistres et indemnités	11
Chapitre 5 - Effet, durée, cessation des garanties	12
Chapitre 6 - Stipulations diverses	13

TITRE 1 - DÉFINITIONS

Pour l'application du contrat, on entend par :

ACCIDENT IMPUTABLE AU SERVICE

Les accidents de travail ou de trajet, définis conformément à la législation, réglementation et/ou jurisprudence en vigueur.

ASSIETTE DE COTISATION

L'assiette à laquelle le taux de cotisation est appliqué. Les éléments possibles composant cette assiette sont mentionnés aux conditions particulières, et les éléments retenus à l'acte d'engagement.

BASE DE REMBOURSEMENT

La base de remboursement des prestations, y compris le capital décès, correspond à l'assiette de cotisation applicable à la date de la survenance du sinistre.

FRANCHISE CUMULÉE

Une franchise appréciée en décomptant tous les arrêts intervenus en cours d'assurance et dans les 12 mois, date à date, précédant l'arrêt de travail.

FRANCHISE FERME

Une franchise qui s'applique à compter du début de chaque arrêt pour toute la durée de l'arrêt inférieur à la durée de franchise retenue.

MALADIE IMPUTABLE AU SERVICE

Maladie figurant dans les tableaux des maladies professionnelles et contractée dans les conditions mentionnées dans ces tableaux, maladie figurant dans les tableaux des maladies professionnelles mais dont 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, à condition qu'elle soit directement causée par l'exercice des fonctions, ou maladie ne figurant pas dans les tableaux des maladies professionnelles mais contractée en service.

PASSÉ CONNU

Toutes les prestations (indemnités, frais médicaux, pharmaceutiques etc.) en cours au moment de l'adhésion de l'assuré et résultant de faits antérieurs à celle-ci.

PASSÉ INCONNU

Toutes les prestations (indemnités, frais médicaux, pharmaceutiques etc.) dont l'assuré n'avait pas connaissance lors de son adhésion mais qui peuvent trouver leur origine dans des faits antérieurs à celle-ci. Il s'agit en particulier des rechutes.

TITRE 2 - OBJET DE LA GARANTIE ET NATURE DES PRESTATIONS

L'assureur garantit à l'assuré le remboursement des prestations qui lui incombent en application des textes législatifs ou réglementaires, en cas de décès, d'accident ou de maladie imputable au service, ou d'incapacité temporaire de travail de ses agents.

L'objet du contrat étant de garantir à l'assuré ses obligations statutaires vis-à-vis de ses agents, l'assuré est donc le souscripteur et non les agents.

En conséquence, les assureurs acceptent de ne pas opposer à l'assuré les exclusions prévues au Code des assurances (notamment suicide) si elles devaient être contraires aux engagements statutaires de l'assuré vis-à-vis de ses agents.

Les garanties du contrat seront automatiquement adaptées pour tenir compte des évolutions éventuelles du statut. Si ces évolutions entraînent une augmentation ou une diminution du risque, les deux parties conviennent de se rapprocher pour s'entendre sur les adaptations tarifaires correspondantes.

En tout état de cause, les garanties détaillées ci-après ne peuvent prévaloir sur le principe général de garantie prévu ci-avant.

Il est convenu que par agent CNRACL, on entend également les agents relevant du régime de retraite des pensions civiles.

CHAPITRE 1 - POUR LES AGENTS CNRACL

Section 1 - Décès

La garantie a pour objet le remboursement à l'assuré des capitaux versés en cas de décès d'un agent titulaire ou stagiaire ou d'un agent détaché.

Le montant du capital assuré et les majorations éventuelles sont ceux prévus par le statut et rappelés à titre indicatif ci-après.

§ 1 - Décès toutes causes

Pour les agents titulaires n'atteignant pas l'âge légal de départ à la retraite, le capital versé correspond à leur dernière rémunération brute annuelle (traitement correspondant à l'indice détenu au jour du décès), indemnités accessoires comprises, augmenté le cas échéant de la majoration pour enfant à charge.

Pour les agents titulaires atteignant l'âge légal de départ à la retraite et les agents stagiaires, le capital versé correspond au quart de la dernière rémunération brute annuelle.

§ 2 - Cas spécifiques

En cas de décès d'un agent titulaire à la suite d'un attentat, d'une lutte dans l'exercice de ses fonctions ou d'un acte de dévouement dans un intérêt public ou pour sauver la vie d'une ou plusieurs personnes, le capital décès est égal à douze fois le montant du dernier traitement indiciaire brut mensuel perçu, augmenté le cas échéant, pour les agents n'ayant pas atteint l'âge légal de départ à la retraite, de la majoration pour enfant à charge.

Il est versé trois années de suite dans les conditions ci-après : le premier versement au décès du fonctionnaire et les deux autres au jour anniversaire de cet événement.

Pour les agents à temps partiel, le montant du capital est calculé sur l'intégralité du traitement afférent à leurs emploi, grade, classe et échelon.

Pour les agents à temps non complet, le montant du capital est calculé au prorata du nombre d'heures effectuées.

La prestation décès est maintenue pour les agents en position de disponibilité d'office pour maladie. Elle est également maintenue pendant une période de trois mois suivant la mise à la retraite de l'agent.

Section 2 - Accident ou maladie imputable au service

La garantie a pour objet, en cas d'accident ou de maladie imputable au service ou ayant une cause exceptionnelle (c'est-à-dire subi ou contractée soit en accomplissant un acte de dévouement dans un intérêt public, soit en exposant ses jours pour sauver la vie d'une ou plusieurs personnes) :

- le remboursement d'indemnités journalières (Congé pour Invalidité Temporaire Imputable au Service),
- le remboursement des prestations en nature (frais médicaux),
- le remboursement des frais funéraires en cas de décès de l'agent.

§ 1 - Indemnités journalières (CITIS)

Le montant de l'indemnité journalière est de 1/30^e de la rémunération mensuelle.

Il est rappelé que l'indemnisation débute au premier jour d'arrêt prévu sur le certificat médical initial.

La garantie est également acquise en cas de temps partiel thérapeutique suite à un accident de service ou une maladie imputable au service.

Le montant de l'indemnité journalière est déterminé dans ce cas, pendant une période d'un à trois mois renouvelable dans la limite d'un an, sur la base du traitement au prorata du temps de travail non effectué.

§ 2 - Frais médicaux

La garantie a pour objet le remboursement des frais médicaux directement entraînés par les accidents ou maladies survenus pendant la période d'assurance et imputables au service ou ayant une cause exceptionnelle.

Le montant des remboursements est fixé selon les modalités du Code de la fonction publique et sur les bases définies par l'annexe 2 de la circulaire FP 3/2006 n° 012808 du 13 mars 2006 pour la Fonction publique territoriale ou l'annexe 5 du guide relatif à la protection sociale des fonctionnaires hospitaliers remplaçant celui qui figurait en annexe de l'instruction n°DGOS/RH3/DGCS/4B/2012/70 du 9 février 2012.

§ 3 - Frais funéraires

Le décès de l'agent à la suite d'une maladie ou d'un accident imputable au service ou ayant une cause exceptionnelle ouvre droit, dans la limite des frais réellement exposés, sur présentation d'un acte de décès, à une indemnité forfaitaire fixée à 50 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au jour du décès.

Section 3 - Incapacité de travail - invalidité - maternité - paternité - adoption

La garantie a pour objet le remboursement des rémunérations dues aux agents pendant les périodes de congés d'origine non professionnelle correspondant aux risques énoncés ci-après.

§ 1 - Incapacité de travail

Le montant des indemnités journalières est exprimé ci-après en pourcentage d'1/30^e des éléments mensuels de rémunération de l'agent. Si un élément de rémunération n'est pas versé mensuellement, la fraction d'indemnité journalière correspondant à cet élément sera calculée au prorata du nombre de jours d'arrêt par rapport au nombre de jours composant la période de versement de cet élément.

Dans tous les cas où le montant des indemnités journalières est prévu à 50 %, l'assureur verse pour les éléments de rémunération (autres que le traitement brut indiciaire) retenus dans l'assiette de prime le montant réellement à la charge de l'assuré.

Les agents ayant épuisé leurs droits à prestations au titre des garanties « congé de maladie ordinaire », « congé de longue maladie », « congé de longue durée » sont maintenus à demi-traitement 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.

Les garanties faisant l'objet des paragraphes IV, V, VI et VII sont acquises en complément de celles prévues aux paragraphes I, II et III.

I - Congé de maladie ordinaire

Le montant de l'indemnité journalière est fixé comme suit :

- jusqu'au 90^e jour d'arrêt de travail : 100 %,
- du 91^e au 365^e jour d'arrêt de travail : 50 %.

II - Congé de longue maladie

Le montant de l'indemnité journalière est fixé comme suit :

- jusqu'à la fin de la 1^{re} année de congé : 100 %,
- pendant les deux années suivantes : 50 %.

III - Congé de longue durée

Le montant de l'indemnité journalière est fixé comme suit :

- jusqu'à la fin de la 3^e année : 100 %,
- pendant les deux années suivantes : 50 %.

IV - Mise en disponibilité

Pour l'agent remplissant les conditions de mise en disponibilité pour raison de santé, le montant de l'indemnité journalière est fixé à 50 % pendant trois ans maximum.

L'agent placé en disponibilité dans l'attente de l'avis du conseil médical continue à percevoir un demi-traitement jusqu'à la date de la décision de reprise de service, de reclassement, de mise en disponibilité ou d'admission à la retraite.

V - Infirmité de guerre

Pour l'agent mis en congé spécial pour une indisponibilité résultant d'infirmité de guerre en application de l'article 57 9° de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984, le montant de l'indemnité journalière est de 100 % pendant deux ans maximum.

VI - Temps partiel thérapeutique

En cas de reprise à temps partiel pour raison médicale à la suite d'un congé de maladie ordinaire, de longue maladie ou de longue durée, l'assureur indemnise, pendant une période d'un à trois mois renouvelable dans la limite d'un an, le pourcentage de l'indemnité journalière équivalent au pourcentage du temps de travail non effectué.

La garantie s'applique également aux agents en activité, sans arrêt préalable, lorsque l'exercice des fonctions à temps partiel permet le maintien dans l'emploi de l'intéressé, à condition toutefois que la garantie « maladie ordinaire » soit souscrite.

VII - Invalidité

Lorsque l'agent est atteint d'une invalidité reconnue par le médecin conseil de la Sécurité Sociale, l'assureur rembourse l'indemnité servie par l'assuré à celui-ci en application de l'article 6 du décret n°60-58 du 11 janvier 1960.

Le montant de l'indemnité journalière est fixé comme suit, selon la catégorie d'invalidité dans laquelle l'agent a été classé :

- 1^{re} catégorie (invalide capable d'exercer une activité rémunérée) : 30 %,
- 2^e catégorie (invalide absolument incapable d'exercer une profession quelconque) : 50 %,
- 3^e catégorie (invalide qui, étant absolument incapable d'exercer une profession quelconque, est en outre dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie) : indemnité définie ci-dessus pour l'invalidité de 2^e catégorie, majorée de 40 % des éléments de rémunération sans pouvoir être inférieure à l'indemnité prévue par le régime général de la Sécurité sociale pour assistance d'une tierce personne. Il est par ailleurs précisé que la majoration n'est pas due pendant une période d'hospitalisation.

§ 2 - Maternité - Paternité - Adoption

Pour ces garanties, les agents autorisés à travailler à temps partiel retrouvent leur droit à temps complet.

L'assureur verse 100 % de l'indemnité journalière pendant la période du congé légal (16 semaines portées à 26 semaines à compter du 3^e enfant, à 34 semaines en cas de grossesse gémellaire et à 46 semaines en cas de grossesse de triplés ou plus) augmentée, le cas échéant, du congé spécial pour grossesse ou couches pathologiques.

L'indemnité est également versée pendant la période du congé légal d'adoption (16 semaines à compter de l'arrivée de l'enfant au foyer, portées à 18 semaines si l'adoption porte à trois ou plus le nombre d'enfants à charge et à 22 semaines en cas d'adoptions multiples).

Pour le congé de paternité, l'indemnité est versée pendant la période du congé légal soit 25 jours, portés à 32 jours en cas de naissances multiples.

L'assureur rembourse la différence entre le montant de l'indemnité journalière et le montant servi par la Caisse nationale d'allocations familiales par l'intermédiaire de la Caisse des dépôts et consignations.

CHAPITRE 2 - POUR LES AGENTS TITULAIRES OU STAGIAIRES NON AFFILIÉS À LA CNRACL OU AGENTS NON TITULAIRES

Section 1 - Accident ou maladie imputable au service

La garantie a pour objet le remboursement des rémunérations dues aux agents en cas d'accident ou de maladie imputable au service ou ayant une cause exceptionnelle (acte de dévouement ou de sauvetage).

Le montant de l'indemnité journalière garantie est égal à la différence entre les obligations de l'assuré rappelées ci-dessous et le montant des prestations servies par la Sécurité sociale pour la même période.

Le montant des indemnités journalières est exprimé ci-après en pourcentage d'1/30^e des éléments mensuels de rémunération de l'agent :

- pour les agents non titulaires ayant une ancienneté inférieure à 1 an : 100 % jusqu'à la fin du 1^{er} mois d'arrêt de travail,
- pour les agents non titulaires ayant entre 1 et 3 ans d'ancienneté : 100 % jusqu'à la fin du 2^e mois d'arrêt de travail,
- pour les agents non titulaires ayant une ancienneté supérieure à 3 ans : 100 % jusqu'à la fin du 3^e mois d'arrêt de travail,
- pour les agents titulaires ou stagiaires non affiliés à la CNRACL : 100 % jusqu'à la reprise du travail.

Section 2 - Incapacité de travail - maternité - paternité - adoption

La garantie a pour objet le remboursement des rémunérations dues aux agents pendant les périodes de congés d'origine non professionnelle correspondant aux risques énoncés ci-après :

- incapacité de travail : congé de maladie ordinaire et congé de maladie grave,
- maternité, paternité, adoption.

Le montant des indemnités journalières garanties est égal à la différence entre les obligations de l'assuré rappelées ci-dessous et le montant des prestations servies par la Sécurité sociale pour la même période.

Le montant des indemnités journalières visées ci-après est exprimé en pourcentage d'1/30^e des éléments mensuels de rémunération de l'agent.

Dans tous les cas où le montant des indemnités journalières est prévu à 50 %, l'assureur verse pour les éléments de rémunération (autres que le traitement brut indiciaire) retenus dans l'assiette de prime le montant réellement à la charge de l'assuré.

§ 1 - Congé de maladie

I - Agents non titulaires

Après 4 mois de service, l'indemnisation est de 100 % jusqu'à la fin du premier mois d'arrêt de travail et de 50 % pendant le mois suivant.

Après 2 ans de service, l'indemnisation est de 100 % jusqu'à la fin du deuxième mois d'arrêt de travail et de 50 % pendant les deux mois suivants.

Après 3 ans de service, l'indemnisation est de 100 % jusqu'à la fin du troisième mois d'arrêt de travail et de 50 % pendant les trois mois suivants.

II - Agents titulaires ou stagiaires non affiliés à la CNRACL

L'indemnisation est de 100 % jusqu'au 90^e jour d'arrêt de travail et de 50 % du 91^e au 365^e jour.

§ 2 - Congé de grave maladie

Pour les agents non titulaires comptabilisant au moins trois années de service et les agents titulaires ou stagiaires non affiliés à la CNRACL atteints d'une affection dûment constatée et présentant un caractère invalidant, les indemnités journalières sont versées pendant 12 mois à 100 % puis pendant 24 mois à 50 %.

§ 3 - Maternité - Paternité - Adoption

Pour les agents non titulaires et les agents titulaires ou stagiaires non affiliés à la CNRACL, l'assureur verse 100 % de l'indemnité journalière pendant la période du congé légal (16 semaines portées à 26 semaines à compter du 3^e enfant, à 34 semaines en cas de grossesse gémellaire et à 46 semaines en cas de grossesse de triplés ou plus) augmentée, le cas échéant, du congé spécial pour grossesse ou couches pathologiques.

L'indemnité est également versée pendant la période du congé légal d'adoption (16 semaines à compter de l'arrivée de l'enfant au foyer, portées à 18 semaines si l'adoption porte à trois ou plus le nombre d'enfants à charge et à 22 semaines en cas d'adoptions multiples).

Pour le congé paternité, l'indemnité est versée pendant la période du congé légal soit 25 jours, portés à 32 jours en cas de naissances multiples.

L'assureur rembourse la différence entre le montant de l'indemnité journalière et le montant servi par la Caisse nationale d'allocations familiales par l'intermédiaire de la Caisse primaire d'assurance maladie.

TITRE 3 - GESTION DU CONTRAT ET DES SINISTRES

CHAPITRE 1 -FORMATION ET RÉSILIATION

Section 1 - Formation et prise d'effet du contrat

Le contrat d'assurance est formé dès l'accord des parties. La police signée par elles constate leurs engagements réciproques. La garantie est acquise à compter de la date d'effet indiquée à l'acte d'engagement, sauf si elles prévoient que la prise d'effet est subordonnée au paiement de la première prime. Ces mêmes stipulations s'appliquent à tout avenant au contrat.

Section 2 - Résiliation du contrat

§ 1 - Cas de résiliation

Le contrat peut être résilié avant sa date d'expiration normale dans les cas et conditions ci-après :

- par l'assuré ou l'assureur dans les délais et selon les modalités prévus à l'acte d'engagement,
- par les assureurs :
 - en cas de non-paiement des primes (article L. 113-3 du Code des assurances),
 - en cas d'aggravation du risque (article L. 113-4 du Code des assurances),
 - en cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration du risque à la souscription ou en cours de contrat (article L. 113-9 du Code des assurances),
 - après sinistre, l'assuré ayant alors le droit de résilier les autres contrats souscrits par lui auprès de l'assureur (article R. 113-10 du Code des assurances),
- par l'assuré :
 - en cas de disparition des circonstances aggravantes mentionnées dans la police si l'assureur ne consent pas la diminution de prime correspondante (article L. 113-7 du Code des assurances),
 - en cas de résiliation par l'assureur d'un autre contrat de l'assuré après sinistre (article R. 113-10 du Code des assurances),
- de plein droit, en cas de retrait de l'agrément de l'assureur (article L. 326-12 du Code des assurances).

Il est convenu que l'assureur ne pourra utiliser la faculté de résiliation après sinistre prévue à l'article R. 113-10 du Code des assurances que dans les conditions suivantes :

- pour autant que le montant des sinistres réglés et raisonnablement provisionnés sur l'exercice en cours est égal ou supérieur au montant de la prime TTC annuelle de l'exercice en cours,
- la résiliation prend effet à l'expiration du délai de préavis prévu à l'acte d'engagement, à compter de sa notification au souscripteur.

§ 2 - Ristourne de prime, indemnité de résiliation

Dans les cas de résiliation au cours d'une période d'assurance, la portion de prime afférente à la partie de cette période postérieure à la résiliation n'est pas acquise à l'assureur. Elle doit être remboursée à l'assuré si elle a été perçue d'avance.

§ 3 - Modalités de résiliation

Lorsque l'assuré a la faculté de résilier le contrat, il peut le faire, à son choix, soit par lettre ou tout autre support durable, soit par une déclaration faite contre récépissé au siège social ou chez le représentant de l'assureur, soit par acte extrajudiciaire. La résiliation par l'assureur doit être notifiée à l'assuré par lettre recommandée.

CHAPITRE 2 - DÉCLARATION DU RISQUE

Le tarif du contrat a été fixé sur la base des déclarations de l'assuré à la souscription. L'assuré s'engage à transmettre la liste nominative des agents, comportant pour chacun leur position actuelle d'activité et précisant ceux qui se trouvent en arrêt de travail.

CHAPITRE 3 - PRIMES

Section 1 - Calcul des primes

Nonobstant toute autre stipulation, les modalités de calcul des primes sont définies ci-après. Il sera perçu une cotisation provisionnelle calculée par application du taux de cotisation indiqué à l'acte d'engagement sur l'assiette de cotisation retenue par l'assuré. La cotisation définitive sera calculée sur la base de l'assiette de cotisation de l'exercice concerné dès que l'assuré pourra fournir les chiffres définitifs (compte administratif). Il est rappelé que ce type de contrat est exonéré de la taxe d'assurance.

Section 2 - Paiement des primes

La prime, ou dans le cas de fractionnement de celle-ci les fractions de prime, et les accessoires de prime dont le montant est stipulé au contrat, ainsi que les impôts et taxes sont payables au siège de la société ou au domicile de son mandataire éventuellement désigné par elle à cet effet.

Les dates d'échéance sont fixées à l'acte d'engagement. A défaut de paiement d'une prime (ou d'une fraction de prime) dans les dix jours de son échéance, la société, indépendamment de son droit de poursuivre l'exécution du contrat en justice, peut, par lettre recommandée valant mise en demeure adressée à l'assuré ou à la personne chargée du paiement des primes à leur dernier domicile connu, suspendre la garantie trente jours après l'envoi de cette lettre (ou sa remise au destinataire justifiée par l'avis de réception si celui-ci est domicilié hors de France métropolitaine).

Le non-paiement d'une fraction de prime entraîne l'exigibilité de la totalité de la prime restant due. Dans ce cas, la suspension de la garantie produit ses effets jusqu'à son entier paiement. La société a le droit de résilier le contrat dix jours après l'expiration du délai de trente jours, visé ci-dessus, par notification faite à l'assuré, soit dans la lettre recommandée de mise en demeure, soit par une nouvelle lettre recommandée.

Les primes du présent contrat devant être payées dans les formes prescrites, selon les règlements et normes en vigueur, les compagnies renoncent à suspendre leurs garanties ou à résilier le contrat si le retard de paiement des primes est dû à la seule exécution des formalités nécessaires (y compris vote des dépenses).

CHAPITRE 4 - SINISTRES ET INDEMNITÉS

Section 1 - Pièces justificatives à transmettre

§ 1 - Pour le versement du capital décès

L'assuré doit remettre à l'assureur toutes pièces justificatives comprenant notamment :

- copie de l'acte de décès de l'agent,
- pièces justificatives de la qualité des personnes susceptibles d'être prises en considération pour le calcul du capital (livret de famille, etc.),
- pièces justificatives de la qualité et des droits des bénéficiaires,
- le cas échéant, une décision administrative attestant que le décès est consécutif à un attentat, à une lutte dans l'exercice des fonctions ou à un acte de dévouement dans un intérêt public ou pour sauver la vie d'une ou plusieurs personnes,
- l'attestation de l'assuré précisant le montant du capital dû au décès de l'agent.

§ 2 - Pour le versement d'indemnités journalières

L'assuré doit remettre à l'assureur toutes pièces justificatives comprenant notamment :

- déclaration d'arrêt de travail,
- certificat du médecin traitant,
- décompte de traitement pour la période concernée ou double des bulletins de salaire des mois pendant lesquels le sinistre est pris en charge,
- le cas échéant, une décision administrative attestant de l'imputabilité au service ou à une cause exceptionnelle de la maladie ou de l'accident,
- le cas échéant, un duplicata de l'avis du conseil médical à propos de l'attribution des congés de longue maladie, de maladie de longue durée, de la disponibilité, du congé pour maladie ou fait de guerre, ou d'une reprise à temps partiel pour réadaptation ou pour raisons thérapeutiques, et de la décision afférente de l'assuré,
- de la décision du médecin conseil de la CPAM concernant l'allocation d'invalidité,
- pour les agents titulaires ou stagiaires non affiliés à la CNRACL ou agents non titulaires, décomptes et notifications de la Sécurité sociale justifiant la prise en charge de l'incapacité ainsi le cas échéant que la poursuite du service des prestations pour les agents justifiant du nombre d'heures nécessaires à l'ouverture des droits auprès de cet organisme.

§ 3 - Pour le versement des prestations en nature (frais médicaux)

Les frais réels exposés doivent être justifiés par la production de notes d'honoraires, de clinique ou d'hôpital, de pharmacie, etc. ou des factures correspondantes, établies en bonne et due forme et portant les nom et prénom du malade.

Toute demande de remboursement devra en outre, être justifiée par une attestation de reconnaissance d'imputabilité au service des frais en cause.

A défaut des notes ou factures, les frais réels pourront être attestés par un bordereau nominatif comportant la date et le détail des frais, certifié conforme et exact par l'assuré.

Les pièces justificatives seront conservées par l'assureur. Celui-ci se réserve le droit, dans tous les cas, de demander toutes justifications nécessaires à l'exacte appréciation de sa garantie.

Il est précisé que les remboursements de frais médicaux se poursuivent, le cas échéant, à la mise en retraite d'un agent.

Section 2 - Constatation du sinistre - organismes de contrôle

Les assureurs s'engagent à respecter les décisions des autorités administratives reconnues par les textes législatifs et réglementaires et plus particulièrement la décision de l'assuré.

Conformément aux dispositions réglementaires, l'assureur ne pourra procéder à un contrôle médical qu'à la demande formelle de l'assuré ou avec son accord exprès.

Ce contrôle sera réalisé par un médecin agréé et ses conclusions s'imposeront aux parties.

En cas de contradiction entre l'avis du médecin agréé et celui émis par le conseil médical, les deux parties pourront solliciter une tierce expertise (expert agréé) qui statuera.

Les conclusions de cette tierce expertise détermineront la prise en charge ou non des prestations pour la période d'arrêt soumise à ce contrôle, nonobstant tout autre avis émanant du conseil médical ou de l'assuré.

Section 3 - Gestion du sinistre

L'assuré devra fournir la description exacte du sinistre ainsi que tous les éléments d'identification de la victime et nécessaires à l'évaluation du sinistre et aux recours éventuels.

Tout retard dans la déclaration ou la transmission des pièces ci-avant n'aura pour seul effet de réduire l'indemnité à laquelle l'assuré a droit que dans la limite du préjudice subi par l'assureur en raison de ce retard.

Par dérogation à toute stipulation moins favorable, les demandes de remboursements des frais médicaux devront parvenir à l'assureur dans un délai de 2 ans à compter de la date des soins, sauf impossibilité par suite de cas fortuit ou de force majeure.

Section 4 - Règlement des indemnités

Les indemnités sont revalorisées en fonction de l'augmentation générale des rémunérations de la Fonction Publique à laquelle appartient l'agent et des avancements et avantages éventuels de ce dernier.

CHAPITRE 5 - EFFET, DURÉE, CESSATION DES GARANTIES

Section 1 - Admission à l'assurance

Toute personne régulièrement admise par l'assuré dans la catégorie du personnel assuré bénéficie automatiquement et immédiatement, sans déclaration préalable, de l'ensemble des garanties du présent contrat, y compris les agents recrutés postérieurement à la prise d'effet du contrat et les agents qui changent de régime de retraite en cours de contrat.

Les agents en arrêt de travail ou en temps partiel thérapeutique à la souscription du contrat bénéficient de la garantie « décès ». Ils peuvent également bénéficier des autres garanties dès lors que le nouvel arrêt est sans lien avec l'arrêt de travail initial, même si l'agent n'a pas repris son activité ou son activité normale.

Ils bénéficient sans restriction de toutes les garanties le jour de la reprise effective de leur activité normale de service.

Section 2 - Maintien des garanties

Les garanties du présent contrat sont gérées en capitalisation.

En cas de résiliation du contrat ou à son terme, l'assureur s'engage donc à garantir toutes les prestations (indemnités, frais médicaux, pharmaceutiques, etc.) mises à la charge de l'assuré pour tous les sinistres survenus pendant la période de validité du contrat y compris celles dues postérieurement à la résiliation du contrat ou à son terme.

La capitalisation s'applique notamment :

- aux rechutes,

- aux frais médicaux et pharmaceutiques, quelle que soit la situation des agents concernés, notamment en cas de mise à la retraite (anticipée ou non),
- au fractionnement et à la portabilité du temps partiel thérapeutique et du congé de longue maladie ou de longue durée,
- à la reconnaissance postérieure à la résiliation du contrat ou à son terme d'un accident ou d'une maladie imputable au service dont le fait générateur se situait pendant la période de validité du contrat d'assurance,
- à la reconnaissance postérieure à la résiliation du contrat ou à son terme d'un congé de longue maladie ou de longue durée avec effet rétroactif à une date se situant pendant la période de validité du contrat d'assurance.

Section 3 - Reprise du passé

Le passé connu n'est jamais repris.

En revanche, l'assureur s'engage à accorder automatiquement la garantie de reprise du passé inconnu sans surprime en cas de refus de l'assureur au moment du fait générateur (ou de l'arrêt d'origine). L'assureur sera mandaté par le souscripteur et les assurés pour effectuer auprès de l'ancien assureur toutes les démarches susceptibles de lui faire supporter ces sinistres. Cette garantie est gérée en répartition.

CHAPITRE 6 - STIPULATIONS DIVERSES

Section 1 - Subrogation

L'assureur est subrogé, dans les termes de l'article L. 121-12 du Code des assurances, jusqu'à concurrence de l'indemnité payée par lui dans les droits et actions de l'assuré contre tout responsable du sinistre. Si la subrogation ne peut plus, du fait de l'assuré, s'opérer en faveur de l'assureur, la garantie de celui-ci cesse d'être engagée dans la même mesure où aurait pu s'exercer la subrogation.

Section 2 - Prescription

Toute action dérivant du présent contrat est prescrite par deux ans. Ce délai commence à courir du jour de l'événement qui donne naissance à cette action, dans les conditions déterminées par les articles L. 114-1 et L. 114-2 du Code des assurances.

Toutefois, pour les contrats souscrits dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, il ne commence à courir qu'à compter du 31 décembre suivant cet événement.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription (citation en justice, commandement ou saisie, citation en conciliation devant le bureau de paix lorsqu'elle est suivie d'une assignation en justice, citation en justice, même devant un juge incompétent, l'interruption étant nulle et non avenue si l'assignation est nulle par défaut de forme, si le demandeur se désiste de sa demande, s'il laisse périmer l'instance ou si sa demande est rejetée, reconnaissance par le débiteur du droit du créancier) et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressés par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Section 3 - Étendue territoriale des garanties

Les garanties du contrat sont acquises dans le monde entier.