

version 2016

Conditions générales

Contrat n° 1406D

**Contrat d'assurance
des collectivités locales
et de leurs établissements
publics à l'égard des agents
permanents affiliés
à la CNRACL**

CONDITIONS GÉNÉRALES

Contrat 1406D Version 2016

SOMMAIRE

TITRE I – DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 1	:	Objet du contrat
ARTICLE 2	:	Prise d'effet et durée du contrat
ARTICLE 3	:	Garanties du contrat
ARTICLE 4	:	Admission au contrat
ARTICLE 5	:	Prise d'effet des garanties
ARTICLE 6	:	Cessation des garanties
ARTICLE 7	:	Cessation des prestations
ARTICLE 8	:	Base de l'assurance
ARTICLE 9	:	Cotisation d'assurance
ARTICLE 10	:	Déclarations de la collectivité contractante
ARTICLE 11	:	Contrôles médicaux et expertises médicales
ARTICLE 12	:	Exclusions
ARTICLE 13	:	Territorialité
ARTICLE 14	:	Subrogation - Recours
ARTICLE 15	:	Prescription
ARTICLE 16	:	Autorité chargée du contrôle
ARTICLE 17	:	Informatique et libertés
ARTICLE 18	:	Réclamations - Médiation

TITRE II – GARANTIE DÉCÈS

ARTICLE 19	:	Objet et montant de la garantie
ARTICLE 20	:	Modalités du règlement du capital décès

TITRE III – GARANTIE MALADIE OU ACCIDENT DE VIE PRIVÉE - MATERNITÉ - ADOPTION - PATERNITÉ ET ACCUEIL DE L'ENFANT

ARTICLE 21	:	Objet de la garantie
ARTICLE 22	:	Montant des prestations – Assiette retenue pour l'indemnisation
ARTICLE 23	:	Prise en charge des prestations

TITRE IV – GARANTIE ACCIDENT OU MALADIE IMPUTABLE AU SERVICE OU MALADIE PROFESSIONNELLE

ARTICLE 24	:	Objet de la garantie
ARTICLE 25	:	Prestations en espèces (indemnités journalières)
ARTICLE 26	:	Prestations en nature (frais médicaux et frais funéraires)

TITRE V – DISPOSITIONS COMMUNES AUX PRESTATIONS DES TITRES II, III ET IV

ARTICLE 27	:	Revalorisation des prestations
ARTICLE 28	:	Délai de déclaration des sinistres
ARTICLE 29	:	Règlement des prestations
ARTICLE 30	:	Rechutes
ARTICLE 31	:	Service des prestations après le terme ou après résiliation du contrat

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

ANNEXE 2 – DOCUMENTS À FOURNIR EN CAS DE DÉCÈS

DÉFINITIONS

Assureur : désigne CNP Assurances auprès de qui est souscrit le contrat.

Assiette de cotisation et de remboursement : l'assiette est constituée obligatoirement du traitement brut indiciaire majoré éventuellement de la nouvelle bonification indiciaire et de façon optionnelle du supplément familial de traitement, de l'indemnité de résidence, des indemnités accessoires, de l'indemnité « vie chère » (uniquement pour les Dom/Com/Rom) et des charges patronales. Les éléments optionnels sont mentionnés dans le formulaire « BASE DE L'ASSURANCE-ASSIETTE DE COTISATION ».

Ayants-droit : les ayants-droit sont le conjoint non séparé de corps ni divorcé, le partenaire lié par un pacte civil de solidarité conclu depuis au moins deux ans et non dissout à la date de décès de l'agent, les enfants de moins de 21 ans ou infirmes non imposables au titre de leur revenu personnel, à défaut les ascendants précédemment à la charge effective du défunt.

Base de l'assurance : désigne l'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 d'assurance définie par le contrat. Les éléments optionnels constitutifs de cette base, retenus lors de la souscription ne peuvent être modifiés en cours de contrat.

Bénéficiaire des prestations : la collectivité contractante est la bénéficiaire des prestations.

Causes exceptionnelles : par référence à l'article L. 27 du code des pensions civiles et militaires de retraite déterminant les causes exceptionnelles. Il s'agit soit d'un acte de dévouement accompli dans un intérêt public, soit d'un acte de l'agent exposant ses jours pour sauver la vie d'une ou plusieurs personnes.

Collectivité contractante : désigne le souscripteur du contrat qui s'engage, de fait, à payer les cotisations.

Courtier d'assurance : prestataire désigné par CNP Assurances pour la gestion du présent contrat.

Délai de franchise ou de carence : désigne la période entre la date de reconnaissance du sinistre et le début de l'indemnisation par l'assureur pendant laquelle les prestations ne sont pas prises en charge par l'assureur.

Délai d'attente : désigne la période entre la date d'effet du contrat d'assurance et la date de prise d'effet des garanties. Si un sinistre a lieu durant cette période, il n'est pas indemnisé.

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

Garantie : désigne le droit à remboursement de la collectivité contractante ou des prestataires médicaux désignés de prestations en cas de réalisation, en cours d'assurance, d'un risque assuré au titre du contrat et précisé aux conditions particulières.

Sinistre : désigne le risque qui se réalise pendant la période d'assurance et qui est sans lien avec un risque survenu antérieurement à la prise d'effet du contrat. 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 maladie.

Taux de cotisation d'assurance : il est fixé par l'assureur et est exprimé en pourcentage de l'assiette de cotisation retenue par la collectivité contractante.

TITRE I – DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Le présent contrat collectif d'assurance, composé des conditions particulières et des présentes conditions générales, est régi par le code des assurances et la législation en vigueur. Il s'applique aux relations entre la collectivité contractante et l'assureur.

Pour les obligations statutaires des collectivités locales à l'égard de leurs agents permanents titulaires et stagiaires affiliés à la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL), il conviendra de se référer aux dispositions législatives et réglementaires applicables entre la collectivité contractante et les agents concernés.

ARTICLE 1 – OBJET DU CONTRAT

Le contrat a pour objet de garantir à la collectivité contractante, selon les conditions et modalités définies par les présentes conditions générales et les conditions particulières, le remboursement de tout ou partie des sommes à sa charge, en application des dispositions régissant le statut de ses agents permanents titulaires ou stagiaires remplissant les conditions d'admission prévues à l'article 4 ci-après, et dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

Le contrat précise les conditions d'intervention et les niveaux d'indemnisation de l'assureur à l'égard de la collectivité contractante. Le contrat est géré sous le régime de la capitalisation. Les engagements pris au titre du présent contrat sont intégralement provisionnés. Ainsi, en cas de résiliation ou au terme du contrat, le paiement des prestations en cours de service, relatives à un sinistre survenu en cours d'assurance se poursuit jusqu'au terme contractuel de la garantie.

Le présent contrat relève des branches 1, 2 et 20 de l'article R. 321-1 du code des assurances.

ARTICLE 2 – PRISE D'EFFET ET DURÉE DU CONTRAT

Le contrat prend effet à la date mentionnée aux conditions particulières, sous réserve de sa signature et du paiement de la cotisation.

Il est souscrit pour la durée précisée aux conditions particulières.

Il peut être résilié au 31 décembre de chaque année à l'initiative de l'une ou l'autre des parties au contrat, par lettre recommandée avec avis de réception, adressée au moins 2 mois avant la fin de chaque exercice d'assurance, la résiliation intervenant le 31 décembre à minuit de l'exercice considéré.

ARTICLE 3 – GARANTIES DU CONTRAT

3.1 Le contrat garantit les conséquences des risques suivants :

- décès,
- maladie ou accident de « vie privée », maternité - adoption - paternité et accueil de l'enfant,
- accident ou maladie imputable au service ou maladie professionnelle.

3.2 Les conditions particulières précisent les garanties effectivement souscrites par la collectivité contractante.

3.3 Une garantie désigne le droit à remboursement, à la collectivité contractante ou aux prestataires médicaux désignés, de prestations en cas de réalisation en cours d'assurance d'un risque assuré au titre du contrat et précisé aux conditions particulières.

3.4 Toute demande de la collectivité contractante de suppression ou de modification de garantie ne peut intervenir pendant la durée du contrat qu'avec l'accord de CNP Assurances. Cette dernière devra faire l'objet d'un avenant ou d'un nouveau contrat. Elle s'appliquera alors aux sinistres survenus postérieurement à la prise d'effet qui sera le 1^{er} janvier de l'année qui suit l'accord.

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

ARTICLE 4 – ADMISSION AU CONTRAT

Sont admis obligatoirement au contrat la totalité des agents suivants :

- titulaires permanents affiliés à la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL), **sauf les agents détachés dans une autre collectivité**,
- stagiaires nommés dans un emploi permanent conduisant à pension de la CNRACL,
- agents détachés dans la collectivité contractante,
- les agents transférés dans la collectivité contractante sont admis au bénéfice du contrat, y compris en arrêt de travail à la date de leur transfert.

Sont admis dans le 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 le registre du personnel de la collectivité contractante.

Tous les agents en arrêt de travail pour raison de santé, lors de la date de prise d'effet du contrat, seront admis au contrat le jour de la reprise effective de leur activité normale de service. Toutefois, la garantie décès s'exerce dès la date de prise d'effet du contrat mentionnée aux conditions particulières.

Les agents recrutés postérieurement à la date de prise d'effet du contrat sont admis le jour de leur entrée en fonction effective dans la collectivité contractante couverte par le contrat. Toutefois, la garantie décès s'exerce dès la date d'intégration dans la collectivité contractante.

Les agents qui changent de régime de retraite (affiliation du régime IRCANTEC au régime CNRACL) au cours du contrat sont admis dans le 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 la CNRACL est en arrêt de travail pour raison de santé à la date de sa nouvelle affiliation, il sera admis au contrat le jour de la reprise effective de son activité normale de service. Cette disposition ne s'applique pas à la garantie décès qui s'exerce pour ces agents dès la date de leur affiliation nouvelle.

Les agents en disponibilité lors de la prise d'effet du contrat seront admis au contrat le jour de la reprise effective de leur activité normale de service.

Pour les agents en temps partiel thérapeutique, seules les garanties décès, maternité - adoption - paternité - accueil de l'enfant et accident ou maladie imputable au service ou maladie professionnelle seront garanties dès la date de prise d'effet du contrat indiquée aux conditions particulières. Ces agents seront admis au contrat le jour de la reprise effective à temps complet pour la totalité des garanties souscrites par la collectivité contractante.

La garantie maternité - adoption - paternité et accueil de l'enfant 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 la garantie maternité - adoption - paternité était souscrite par la collectivité contractante auprès d'un organisme d'assurance au titre de l'exercice précédent.

ARTICLE 5 – PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Sous réserve des conditions d'admission prévues ci-avant, tous les agents en activité normale de service sont garantis dès la date de prise d'effet du contrat indiquée aux conditions particulières.

ARTICLE 6 – CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent :

- à la date à laquelle l'agent ne répond plus aux conditions d'admission prévues à l'article 4,
- 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 des listes de la collectivité contractante,
- à la date d'échéance du contrat,
- à la date d'effet de la résiliation du contrat,
- à la date de la mise en disponibilité sur demande,
- en cas de défaut de paiement de la cotisation tel que prévu à l'article 9.3 des conditions générales.

ARTICLE 7 - CESSATION DES PRESTATIONS

Le service des prestations en espèce (indemnités journalières) cesse dans tous les cas prévus dans les conditions générales proposées par l'assureur et en tout état de cause :

- à la date de reprise d'activité de l'agent,
- 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 (ou par décret n° 60-58 du 11 janvier 1960 pour l'invalidité) sauf en cas de prolongation légale d'activité,
- à la date de mise à la retraite de l'agent ou le lendemain du décès de l'agent,
- à la date d'aptitude reconnue par le contrôle médical ou expertise médicale (sans préjudice des dispositions prévues à l'article 25.1 des présentes pour le risque accident ou maladie imputable au service).

ARTICLE 8 - 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 aux conditions particulières. Elle comprend obligatoirement :

- le traitement indiciaire brut annuel soumis à retenues pour pension,
- la nouvelle bonification indiciaire dans la limite définie par le statut de la Fonction publique territoriale (sauf dans le cas où seule la garantie décès est souscrite),

et, de façon optionnelle :

- le supplément familial de traitement,
- l'indemnité de résidence,
- l'indemnité de « vie chère » (uniquement pour les Dom/Com/Rom),
- les indemnités accessoires, à l'exception de celles qui sont rattachées à l'exercice des fonctions ou qui ont un caractère de remboursement de frais,
- tout ou partie des charges patronales dans la limite des charges dont est redevable la collectivité contractante.

La base de remboursement des prestations correspond à l'assiette de cotisation applicable à la date de la 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 9 – COTISATION D'ASSURANCE

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

Pour les souscriptions intervenant en cours d'année, les cotisations dues sont calculées au *pro rata temporis* de la période d'assurance courue.

9.1 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 aux conditions particulières.

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

9.2 Détermination et ajustement de la cotisation

A la souscription, l'assureur détermine une cotisation provisionnelle ayant pour assiette la base de l'assurance déclarée par la collectivité contractante 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.

A la fin de chaque exercice d'assurance, la collectivité contractante adresse 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 la cotisation annuelle définitive.

Cette cotisation définitive fait l'objet d'un ajustement et donne lieu, après validation du formulaire « BASE DE L'ASSURANCE - ASSIETTE DE COTISATION », selon le cas, à l'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 également 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.

9.3 Paiement de la cotisation

La cotisation provisionnelle est payable d'avance annuellement. Son montant est réajusté à la clôture de chaque exercice, selon les modalités fixées au paragraphe 9.2.

A la souscription, la collectivité contractante verse une cotisation provisionnelle correspondant au premier exercice d'assurance allant de la date de prise d'effet du contrat jusqu'au dernier jour de l'exercice civil.

Cette cotisation est payable 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.

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

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

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

Dans le cas où seul le risque décès est assuré, la résiliation intervient 40 jours après l'envoi de la lettre recommandée telle que prévue à l'article L. 132-20 du code des assurances.

9.4 Révision des cotisations

Les conditions de révision des cotisations prévues par l'article L. 113-4 du code des assurances, notamment la variation du taux de cotisation en cas d'aggravation ou de diminution du risque, et l'omission ou la déclaration inexacte de la part de la collectivité contractante, s'appliquent au contrat.

ARTICLE 10 – DÉCLARATIONS DE LA COLLECTIVITÉ CONTRACTANTE

Le contrat est établi par rapport aux déclarations de la collectivité contractante et la cotisation est fixée en conséquence.

A la souscription et au cours du contrat, l'assureur se réserve le droit de demander à la collectivité contractante la liste des agents relevant du contrat. Cette liste précise 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'indication des droits maladie déjà octroyés.

La collectivité contractante doit fournir à l'assureur, en utilisant le formulaire « BASE DE L'ASSURANCE - ASSIETTE DE COTISATION » :

- 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,
- la répartition de ses agents suivant leur âge, leur sexe et leur filière,
- tout autre élément jugé nécessaire par l'assureur lui permettant d'avoir une connaissance suffisante du risque.

La collectivité contractante s'engage à déclarer ses sinistres dans les conditions déterminées à l'article 28 des présentes conditions générales.

La collectivité contractante s'engage à effectuer l'ensemble de ses déclarations en toute bonne foi. Conformément aux dispositions de l'article L. 113.8 du code des assurances et sous réserve des dispositions de l'article L. 132.26 du même code, toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part de la collectivité contractante entraîne la nullité du présent contrat.

En tout état de cause, l'assureur se réserve le droit de vérifier l'exactitude de ces déclarations, à la souscription, en cours de contrat et après sa résiliation.

ARTICLE 11 – CONTRÔLES MÉDICAUX ET EXPERTISES MÉDICALES

Les contre-visites et expertises statutairement obligatoires sont à la charge de la collectivité contractante ou des organismes concernés (Caisse des Dépôts, Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales) en application de la réglementation en vigueur.

La collectivité contractante bénéficie de contre-visites dans le cadre des garanties des Titres III et IV et d'expertises médicales dans le cadre des garanties du Titre IV, après accord de l'assureur, pour les risques effectivement garantis.

Le coût des contrôles médicaux et expertises médicales délégués à l'assureur, conformément au précédent alinéa, est pris en charge par ce dernier.

Dans le cas d'un accident de service ou maladie professionnelle, les contrôles médicaux et expertises médicales ne peuvent être mis en œuvre qu'après réception de la déclaration d'accident de travail de la collectivité contractante et des pièces justificatives dans les délais contractuels (cf. annexe 1). En cas d'expertise ou contre-expertise, l'assureur peut exiger des pièces complémentaires.

Il sera tenu compte par l'assureur ou le courtier d'assurance des différents avis de la commission de réforme ou du comité médical lorsque ceux-ci auront été amenés à se prononcer sur un dossier. Toutefois, l'assureur ou le courtier d'assurance à sa demande ou à la demande de la collectivité contractante, fait procéder auprès des agents à un contrôle médical (contre-visite ou expertise), par un médecin agréé ; les conclusions du médecin agréé déterminent la prise en charge ou non du sinistre.

Dans tous les cas et à toute époque, quelle que soit la garantie concernée, même lorsque la garantie n'est plus en vigueur, la collectivité contractante :

- transmet à l'assureur ou au courtier d'assurance, sous peine de suspension des prestations, les conclusions de tout contrôle médical permettant de statuer sur la prise en charge des prestations,
- permet à l'assureur ou au courtier d'assurance, sous peine de suspension des prestations, de faire réaliser une contre-visite médicale et éventuellement soumettre à expertise médicale l'agent, par un médecin agréé, afin de constater son état. Ces frais sont pris en charge par l'assureur.

En cas de contradiction entre :

- l'avis du médecin agréé et celui émis par la commission de réforme ou l'autorité administrative,
- l'avis du médecin agréé et celui émis par le comité médical,

les parties peuvent solliciter une nouvelle expertise d'arbitrage (expert agréé) qui statuera.

Les conclusions de cette dernière expertise déterminent **la prise en charge ou non des prestations** en espèces et des prestations en nature pour la période d'arrêt soumise à ce contrôle, nonobstant tout autre avis émanant de la commission départementale de réforme et/ou du comité médical et/ou de l'autorité administrative. **Il est précisé que si l'agent refuse un examen de contrôle (contre-visite ou expertise) ou ne se présente pas à la convocation du médecin agréé, l'assureur ou le courtier d'assurance se réserve le droit de suspendre les prestations en cause.**

ARTICLE 12- EXCLUSIONS

Sont exclues les conséquences :

- de la guerre civile ou étrangère (sauf pour la garantie infirmité de guerre), 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) ; nonobstant ce qui précède, en cas de guerre étrangère, le risque décès ne pourra être couvert que dans les conditions qui seront déterminées par la législation à intervenir sur les assurances sur la vie en temps de guerre,
- pour la police municipale, seules sont exclues les conséquences de la guerre civile ou étrangères,
- 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 13 – TERRITORIALITÉ

Les garanties s'appliquent en France métropolitaine et dans les Dom/Com/Rom. En complément du Titre IV des conditions générales, l'accident de service et l'accident de trajet sur le territoire français et dans le monde entier seront pris en charge dès lors que ceux-ci interviennent dans le cadre d'une mission professionnelle et qu'un ordre de mission aura été dûment délivré par la collectivité contractante.

ARTICLE 14 – 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, la collectivité contractante est subrogée dans les droits de l'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 les droits et actions de la collectivité contractante contre toute personne responsable du sinistre, et cela jusqu'à concurrence des sommes qu'il a versées, en 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. Les frais d'expertises réalisées à l'initiative de l'assureur ou du courtier d'assurance par leur intermédiaire sont à la charge de l'assureur.

ARTICLE 15 – 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 :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance,
- 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, que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

Lorsque le bénéficiaire est une personne distincte de l'assuré, ce délai est porté à dix ans à compter de sa connaissance du décès. Les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'Assuré.

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

ARTICLE 16 – AUTORITÉ CHARGÉE DU CONTRÔLE

L'autorité chargée du contrôle de CNP Assurances est l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR)

61 rue Taitbout 75436 PARIS cedex 09.

ARTICLE 17 – INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Dans le cadre de l'exécution du contrat, les données à caractère personnel des agents de la collectivité contractante font l'objet d'un traitement au sens de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique et aux libertés modifiée (ci-après dénommée « loi Informatique et libertés ») et peuvent être transmises à l'assureur et au courtier d'assurance.

Chaque partie respecte les exigences de la réglementation applicable à la protection des données à caractère personnel pour les traitements mis en œuvre dans le cadre de l'exécution de ce contrat.

Conformément à l'article 32 de la loi Informatique et libertés, la collectivité contractante informe ses agents que des traitements de données à caractère personnel les concernant, comportant entre autres des données de santé, sont mis en œuvre dans le cadre de la gestion du contrat d'assurance.

L'information des agents porte notamment sur :

- l'identité du ou des responsables du traitement,
- la finalité poursuivie par le traitement auquel les données sont destinées,
- les destinataires ou catégories de destinataires des données et notamment du fait que leurs données sont transmises à l'assureur et au courtier d'assurance,
- leurs droits d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes.

La collectivité contractante s'engage à recueillir le consentement express de ses agents avant tout traitement de données de santé effectué pour les besoins de l'exécution du présent contrat.

Les demandes d'exercice de leurs droits par les agents sont effectuées auprès de la collectivité contractante. La collectivité contractante transmet ces demandes dans les meilleurs délais à l'assureur et au courtier d'assurance afin que les demandes régulières de droit d'accès soient traitées dans un délai de huit jours pour les données de santé et de deux mois pour les autres données à caractère personnel, conformément aux dispositions du code de la santé publique, de la loi Informatique et libertés et de ses décrets d'application.

CNP Assurances
Correspondant Informatique et libertés
4 place Raoul Dautry
75716 PARIS Cedex 15
ou
SOFCAP ou SOFCAH
Cellule Droits d'accès
18020 BOURGES Cedex

(si la gestion du contrat est déléguée à ce courtier d'assurance)

Afin d'alléger les travaux déclaratifs de la collectivité contractante et de faciliter l'alimentation de la Banque nationale de données, SOFCAP / SOFCAH se propose de transférer les informations relatives aux accidents du travail et aux maladies professionnelles des 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 la collectivité contractante envoyée à l'adresse suivante : SOFCAP / SOFCAH - 18020 BOURGES Cedex.

ARTICLE 18 – RÉCLAMATIONS – MÉDIATION

Les demandes de renseignements ou les réclamations sur l'interprétation du présent 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>
- par courrier : CNP Assurances - Département économie sociale et locale – Protection sociale et services – 4, place Raoul Dautry 75716 PARIS Cedex 15 .

N'oubliez pas de préciser dans votre correspondance le nom de la collectivité locale, le numéro de contrat et le numéro identifiant de la collectivité.

En cas de désaccord avec une décision de l'assureur et après qu'il aura présenté un premier recours auprès de ce dernier, l'assuré ou le bénéficiaire peut s'adresser au: « Médiateur de la FFSA – BP 290 – 75425 PARIS Cedex 9 ».

La médiation interrompt la prescription.

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

Le médiateur n'est pas habilité à se prononcer sur les conditions d'admission dans l'assurance.

TITRE II – GARANTIE DÉCÈS

ARTICLE 19 – OBJET ET MONTANT DE LA GARANTIE

La garantie a pour objet le remboursement, à la collectivité contractante, du capital versé aux ayants droit en cas de décès d'un agent titulaire, stagiaire ou en service détaché dans la collectivité contractante.

19.1 Décès toutes causes

Le montant du capital décès remboursé est fixé comme suit :

19.1.1 Agents titulaires n'atteignant pas la limite d'âge prévue par l'article D. 712-19 du code de la sécurité sociale

100 % du traitement indiciaire brut annuel correspondant au dernier indice majoré au jour du décès.

19.1.2 Agents liés par un pacte civil de solidarité

100 % du traitement indiciaire brut annuel correspondant au dernier indice majoré au jour du décès.

Le pacte civil de solidarité doit être conclu depuis au moins deux ans et ne pas être dissout à la date de décès de l'agent (décret n° 2009-1425 du 20 novembre 2009).

19.1.3 Dispositions communes aux agents précités

Majoration par enfant à charge de 3 % du traitement indiciaire brut annuel correspondant à l'indice brut 585. Sont considérés comme enfants à charge, les enfants visés à l'article D. 712-20 du code de la sécurité sociale.

19.1.4 Agents stagiaires et agents titulaires atteignant la limite d'âge prévue par l'article D. 712-19 du code de la sécurité sociale

Le montant du capital décès correspond à une somme forfaitaire en vertu de l'article L. 361-1 du code de la sécurité sociale.

19.2 Décès consécutif à un attentat ou à un acte de dévouement

Lorsque l'agent décède 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, un capital supplémentaire égal à celui défini au paragraphe 19.1 ci-dessus est versé à ses ayants-droit, à la première ainsi qu'à la seconde date anniversaire du décès.

19.3 Décès survenu dans les trois mois suivant la mise à la retraite de l'agent

Le capital décès est maintenu pour les agents à la retraite dont le décès survient moins de trois mois après la date de leur cessation de fonction pour la retraite (cf article 19.1 des présentes conditions générales).

19.4 Dispositions particulières

19.4.1 Agents autorisés à travailler à temps partiel

Le montant du capital décès est calculé sur l'intégralité du traitement indiciaire brut annuel de l'agent au jour du décès.

19.4.2 Agents permanents à temps non complet affiliés à la CNRACL

Le montant du capital décès est calculé sur la base du traitement indiciaire brut annuel et au prorata du nombre d'heures effectuées au service de la collectivité contractante au jour du décès.

19.4.3 Décès survenu pendant une période de mise en disponibilité d'office pour maladie

La prestation décès est maintenue pour les agents en position de disponibilité d'office pour maladie.(cf. article 19.1 des présentes conditions générales).

ARTICLE 20 – MODALITÉS DU RÈGLEMENT DU CAPITAL DÉCÈS

Le capital décès dû au titre du contrat est réglé à la collectivité contractante ou, sur sa demande, aux ayants droit de l'agent décédé. Le versement effectué a un caractère libératoire pour l'assureur.

L'assureur ou le courtier d'assurance rembourse ce capital décès dès réception de la déclaration de la collectivité contractante accompagnée de l'ensemble des pièces justificatives (annexe 2) permettant le règlement. Ces dernières sont conservées par l'assureur.

TITRE III – GARANTIE MALADIE OU ACCIDENT DE « VIE PRIVÉE », MATERNITÉ - ADOPTION - PATERNITÉ ET ACCUEIL DE L'ENFANT

ARTICLE 21 – OBJET DE LA GARANTIE

La garantie a pour objet le remboursement à la collectivité contractante, dans la limite des dispositions des articles 22 et 23 des présentes conditions générales, des rémunérations qu'elle doit à ses agents en cas de réalisation, pendant la période de validité du contrat d'assurance, d'un des risques suivants :

- placement de l'agent en congé de maladie ordinaire,
- placement de l'agent en congé de longue maladie,
- placement de l'agent en congé de longue durée,
- placement de l'agent en temps partiel thérapeutique,
- placement de l'agent en disponibilité d'office pour raison de santé,
- placement de l'agent en invalidité temporaire,
- placement de l'agent pour infirmité de guerre,
- placement de l'agent en congé maternité - adoption - paternité et accueil de l'enfant.

La réalisation du risque est subordonnée à la condition qu'il soit la conséquence d'une maladie, d'un accident de la vie privée ou d'une maternité - adoption - paternité et accueil de l'enfant lui-même survenu en cours d'assurance.

Par placement de l'agent il faut entendre pour :

- le congé de maladie ordinaire : l'arrêt de travail initial prescrit par le médecin précisant le 1^{er} jour d'arrêt,
- le congé de longue maladie et le congé de longue durée : la date de prise d'effet du congé qui est stipulée sur l'avis du comité médical départemental,
- le temps partiel thérapeutique : la date de reprise à temps partiel indiquée sur l'avis du comité médical départemental,
- le congé de mise en disponibilité d'office pour raison de santé : la date de prise d'effet qui est stipulée sur l'avis du comité médical départemental et de la sécurité sociale pour la reconnaissance du droit à prestations,
- l'invalidité temporaire : la date de prise d'effet qui est stipulée sur l'avis de la commission départementale de réforme et la caisse primaire d'assurance maladie,
- le congé de maternité - adoption - paternité et accueil de l'enfant: la date de prise d'effet du congé légal.

ARTICLE 22 – MONTANT DES PRESTATIONS – ASSIETTE RETENUE POUR L'INDEMNISATION

Le traitement indiciaire brut majoré éventuellement de 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 prestations sont indemnisées sur la base :

- du traitement indiciaire brut et en fonction du pourcentage de l'assiette retenue pour l'indemnisation, mentionné dans les conditions particulières,

plus éventuellement :

- de la nouvelle bonification indiciaire et en fonction du pourcentage de l'assiette retenue pour l'indemnisation, mentionné dans les conditions particulières.

Les éléments optionnels retenus «charges patronales» et/ou «indemnité de vie chère» et/ou «indemnité de résidence» et/ou « supplément familial de traitement » et/ou « indemnités accessoires » sont indemnisés à hauteur des sommes réellement à la charge de la collectivité contractante, pendant l'arrêt de travail et en fonction du pourcentage de l'assiette retenue pour l'indemnisation,.

ARTICLE 23 – PRISE EN CHARGE DES PRESTATIONS

Le montant des indemnités journalières visées ci-après est exprimé en pourcentage de la 30^e partie des éléments mensuels de rémunération en vigueur à la date de survenance du sinistre d'origine, selon la base de l'assurance retenue par la collectivité contractante.

Pendant la durée de l'indemnisation, l'indemnité de résidence, le supplément familial de traitement, les indemnités accessoires, l'indemnité vie chère 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 ». Le remboursement est égal aux sommes réellement à la charge de la collectivité contractante et en fonction du pourcentage de l'assiette retenue pour l'indemnisation.

Ce montant est pris en charge à l'expiration :

- d'un délai de franchise éventuelle fixé dans les conditions particulières. Celles-ci précisent également les risques sur lesquels s'exerce la franchise.

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

Dans le cas où une franchise serait stipulée sur les risques de longue maladie et de maladie longue durée, cette dernière sera appliquée en déduction de la franchise en maladie ordinaire. A défaut, la franchise appliquée sur le risque maladie ordinaire est définitivement acquise.

Si suite à la prise en charge au titre de ce congé de longue maladie, le congé est transformé en congé de longue durée, pour la même affection et en cours d'assurance, le point de départ du congé de longue durée sera le premier jour d'arrêt du congé de longue maladie. A défaut, la franchise appliquée sur le risque longue maladie est définitivement acquise.

23.1 Congé de maladie ordinaire

Le montant de l'indemnité journalière est fixé comme suit et en fonction du pourcentage de l'assiette retenue pour l'indemnisation :

- les 3 premiers mois : 1/30^e du traitement indiciaire brut mensuel majoré éventuellement de la nouvelle bonification indiciaire et, le cas échéant, du montant des éléments optionnels figurant sur le formulaire « BASE DE L'ASSURANCE - ASSIETTE DE COTISATION »,
- les 9 mois suivants : 1/30^e du demi-traitement indiciaire brut mensuel, majoré éventuellement de la moitié de la nouvelle bonification indiciaire. Pour les éléments optionnels figurant, le cas échéant, sur le formulaire « BASE DE L'ASSURANCE - ASSIETTE DE COTISATION » le remboursement est égal aux sommes réellement à la charge de la collectivité contractante.

Le demi-traitement indiciaire brut mensuel est toutefois porté à 66,66 % si l'agent a au moins 3 enfants à charge (sont considérés comme enfants à charge, les enfants visés aux articles L. 313-3 et R. 313-12 du code de la sécurité sociale).

23.2 Congé de longue maladie

Le montant de l'indemnité journalière est fixé comme suit et en fonction du pourcentage de l'assiette retenue pour l'indemnisation :

- jusqu'à la fin de la 1^{ère} année de congé : 1/30^e du traitement indiciaire brut mensuel majoré éventuellement de la nouvelle bonification indiciaire et, le cas échéant, du montant des éléments optionnels figurant sur le formulaire « BASE DE L'ASSURANCE - ASSIETTE DE COTISATION »,
- pendant les 2 années suivantes : 1/30^e du demi-traitement indiciaire brut mensuel, majoré éventuellement de la moitié de la nouvelle bonification indiciaire. Pour les éléments optionnels figurant, le cas échéant, sur le formulaire « BASE DE L'ASSURANCE - ASSIETTE DE COTISATION » le remboursement est égal aux sommes réellement à la charge de la collectivité contractante.

Le demi-traitement indiciaire brut mensuel est toutefois porté à 66,66 % si l'agent a au moins 3 enfants à charge (sont considérés comme enfants à charge, les enfants visés aux articles R. 313-12 et L. 313-3 du code de la sécurité sociale).

L'agent qui a obtenu un congé de longue maladie ne peut bénéficier d'un autre congé de cette nature s'il n'a pas auparavant repris l'exercice de ses fonctions pendant au moins un an continu ou discontinu, calculé sur une période de 4 ans.

23.3 Congé de longue durée

Le montant de l'indemnité journalière est fixé comme suit et en fonction du pourcentage de l'assiette retenue pour l'indemnisation :

- jusqu'à la fin de 3^e année de congé : 1/30^e du traitement indiciaire brut mensuel et, le cas échéant du montant des éléments optionnels figurant sur le formulaire « BASE DE L'ASSURANCE - ASSIETTE DE COTISATION »,
- pendant les 2 années suivantes : 1/30^e du demi-traitement indiciaire brut mensuel. Pour les éléments optionnels figurant, le cas échéant, sur le formulaire « BASE DE L'ASSURANCE - ASSIETTE DE COTISATION » le remboursement est égal aux sommes réellement à la charge de la collectivité contractante.

23.4 Temps partiel thérapeutique

Les dispositions ci-après s'appliquent en cas de reprise de fonction à temps partiel pour raison médicale, à la suite d'un congé de maladie ordinaire de 6 mois consécutif pour la même pathologie, d'un congé de longue maladie ou de maladie de longue durée pris en charge par l'assureur au titre du contrat.

Le montant de l'indemnité journalière est fixé comme suit et en fonction du pourcentage de l'assiette retenue pour l'indemnisation,

- pendant 3 mois, renouvelables dans la limite d'un an : 1/30^e du traitement indiciaire brut mensuel majoré correspondant au taux de l'absence de l'agent, par référence à la quotité de travail déterminée par le comité départemental,
- pour les éléments optionnels figurant, le cas échéant, sur le formulaire « BASE DE L'ASSURANCE - ASSIETTE DE COTISATION », le remboursement est égal aux sommes réellement à la charge de la collectivité contractante.

23.5 Infirmité de guerre

Les dispositions ci-après concernent l'agent mis en congé spécial pour indisponibilité résultant d'une infirmité de guerre.

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

- pendant 2 ans maximum : 1/30^e du traitement indiciaire brut mensuel majoré, le cas échéant, du montant des éléments optionnels figurant sur le formulaire «BASE DE L'ASSURANCE - ASSIETTE DE COTISATION».

23.6 Mise en disponibilité d'office pour raison de santé (article 4 du décret n° 60-58 du 11/01/1960 modifié par le décret 85-1353 1985-12-12 art.1 JORF 21 décembre 1985

Les dispositions ci-après concernent l'agent remplissant les conditions visées :

- pour la Fonction publique territoriale : à l'article 72 de la loi n° 84 - 53 du 26 janvier 1984 et au Titre VII du décret n° 87-602 du 30 juillet 1987,
- pour la Fonction publique hospitalière : à l'article 62 de la loi n° 86 - 33 du 9 janvier 1986 et au décret n° 88 386 du 19 avril 1988.

Le montant des indemnités remboursées à la collectivité contractante est fixé comme suit et en fonction du pourcentage de l'assiette retenue pour l'indemnisation :

- pendant 3 ans maximum y compris les congés statutaires ayant donné lieu à indemnisation :
 - 50 % des éléments déclarés au formulaire « BASE DE L'ASSURANCE – ASSIETTE DE COTISATION ».

La mise en disponibilité peut cependant faire l'objet d'une prolongation d'un an si le comité médical estime, à l'issue de la 3^e année, que l'intéressé encore inapte à l'exercice de ses fonctions doit normalement pouvoir les reprendre ou faire l'objet d'un reclassement avant la fin d'une quatrième année. Toutefois cette 4^e année ne donne pas droit à rémunération.

Le taux de 50 % est toutefois porté à 66,66 %, si l'agent a au moins 3 enfants à charge (sont considérés comme enfants à charge, les enfants visés aux articles L. 313-3 et R. 313-12 du code de la sécurité sociale).

23.7- Mise en invalidité temporaire (AIT) suite à épuisement des droits au congé de longue maladie ou congé de longue durée

Lorsque l'agent est atteint d'une invalidité reconnue par la commission de réforme après avis de la caisse primaire d'assurance maladie, l'assureur rembourse à la collectivité contractante l'allocation servie par celle-ci en application de l'article 6 du décret n° 60-58 du 11 janvier 1960.

Le montant annuel de l'allocation est fixé comme suit et en fonction du pourcentage de l'assiette retenue pour l'indemnisation :

- 1^{ère} catégorie : Invalide capable d'exercer une activité rémunérée
 - 30 % du dernier traitement en vigueur à la date de l'arrêt de travail déclaré –au formulaire « BASE DE L'ASSURANCE – ASSIETTE DE COTISATION ».
- 2^e catégorie : Invalide dans l'impossibilité d'exercer une activité rémunérée
 - 50 % du dernier traitement en vigueur à la date de l'arrêt de travail déclaré au formulaire « BASE DE L'ASSURANCE – ASSIETTE DE COTISATION ».
- 3^e catégorie : Invalide dans l'incapacité absolue d'exercer une profession et dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie (se nourrir, se laver, se déplacer, se coucher) de façon permanente et définitive.

L'indemnité définie pour l'invalidité de 2^e catégorie majorée de :

- 40 % des éléments du traitement sans pouvoir être inférieure à l'indemnité prévue par le régime général de la sécurité sociale pour assistance d'une tierce personne (article R. 341-6 du code de la sécurité sociale).

La majoration n'est pas due pendant une période d'hospitalisation.

23.8 Maternité - adoption - paternité et accueil de l'enfant

Congé de maternité

Le montant de l'indemnité journalière est fixé comme suit et en fonction du pourcentage de l'assiette retenue pour l'indemnisation :

- 1/30^e du traitement indiciaire brut mensuel, majoré éventuellement de la nouvelle bonification indiciaire et, le cas échéant du montant des éléments optionnels figurant sur le formulaire « BASE DE L'ASSURANCE - ASSIETTE DE COTISATION ».

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

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.

Les périodes peuvent être augmentées du congé supplémentaire maximum de 2 semaines pour grossesse pathologique et/ou 4 semaines pour les couches pathologiques sur justificatif attestant que l'état pathologique résulte de la grossesse ou des suites des couches. Le congé supplémentaire des couches pathologiques devra suivre immédiatement le congé maternité.

Lorsque l'accouchement prématuré intervient 6 semaines avant la date présumée d'accouchement et nécessite l'hospitalisation postnatale de l'enfant, la durée s'écoulant entre l'accouchement prématuré et le début de la sixième semaine précédant la date présumée d'accouchement s'ajoute au congé de maternité.

Congé d'adoption

L'indemnité journalière prévue ci-dessus est servie par l'assureur pendant une période constituant le congé légal d'adoption : 10 semaines à compter de l'arrivée de l'enfant au foyer.

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 11 jours portés à 18 jours en cas de naissances multiples.

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 des Dépôts et Consignations.

Le congé de paternité et d'accueil de l'enfant est pris en charge conformément aux dispositions statutaires.

23.9 Dispositions particulières

23.9.1 Agents autorisés à travailler à temps partiel

Les agents autorisés à travailler à temps partiel retrouvent leur droit à temps complet pendant la durée du congé maternité - adoption - paternité et accueil de l'enfant.

23.9.2 Agents permanents à temps non complet affiliés à la CNRACL

Les prestations sont calculées à hauteur du pourcentage de l'assiette retenue pour l'indemnisation et au prorata du nombre d'heures effectuées au service de la collectivité contractante.

23.9.3 En cas de décès

L'indemnisation cesse le lendemain du jour du décès de l'agent, sous réserve de sa survivance en cours d'assurance (décret n° 2011-796 du 30 juin 2011).

23.10 Agents ayant épuisé leurs droits à prestations

Conformément au décret n° 2011-1245 du 5 octobre 2011, les prestations dues aux titres des congés de maladie ordinaire, de longue maladie et de longue durée, sont maintenues à demi-traitement, pendant un délai maximum de trois mois, pour tous les agents en attente de décision de l'administration en matière de réintégration, de reclassement, de mise en disponibilité ou d'admission à la retraite.

Pour la prise en charge des indemnités journalières, il est nécessaire de fournir l'avis de la commission départementale de réforme ou du comité médical constatant l'incapacité définitive de l'agent stipulant la date de réintégration, de reclassement, de mise en disponibilité et/ou la décision de la CNRACL stipulant la date d'admission de l'agent à la retraite.

TITRE IV – GARANTIE ACCIDENT OU MALADIE IMPUTABLE AU SERVICE OU MALADIE PROFESSIONNELLE

DÉFINITIONS

Accident de service

Pour être reconnu comme tel, l'accident doit réunir cumulativement les conditions suivantes :

- résulter de l'action non intentionnelle, violente et soudaine, provoquant au cours du travail une lésion du corps humain qui a un lien médical direct et certain avec les faits invoqués au titre de l'accident,
- survenir 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.

Lorsque l'agent exerce une activité en dehors de son temps et/ou de son lieu habituel de travail, l'accident de service peut être pris en charge sous réserve des conditions suivantes : la collectivité contractante démontre le caractère professionnel de l'activité exercée ou l'existence d'un lien de subordination lors de l'exercice de ladite activité, ou l'agent, qui exerce une activité de sapeur-pompier volontaire, se blesse au cours d'une mission ou d'un entraînement.

Accident de trajet

L'accident qui survient lors du trajet habituel de l'agent entre son domicile et son lieu de travail, ou s'il est détourné par une nécessité de la vie courante, est assimilé à un accident imputable au service.

Maladie professionnelle

Les maladies professionnelles doivent résulter de l'exercice des fonctions et correspondre 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.

Maladie imputable au service

Une maladie contractée en service, non visée à l'article L. 461-2 du code de la sécurité sociale, est reconnue comme maladie imputable au service dès lors que la preuve d'un lien direct et certain entre la maladie constatée et les fonctions exercées est établie par la commission départementale de réforme.

ARTICLE 24 – OBJET DE LA GARANTIE

La garantie a pour objet le remboursement à la collectivité contractante, dans la limite des dispositions des articles 25 et 26 des présentes conditions générales, des prestations en espèces (indemnités journalières) et des prestations en nature (frais médicaux et funéraires) qu'elle doit à ses 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 ci-dessus et à la jurisprudence en vigueur ou ayant une cause exceptionnelle (acte de dévouement ou de sauvetage) telle que définie à l'article L. 27 du code des pensions civiles et militaires de retraite,
- maladie professionnelle, répondant à la définition précisée ci-dessus ou ayant une cause exceptionnelle (acte de dévouement ou de sauvetage), sous réserve que :
 - . cette maladie professionnelle soit reconnue imputable au service,et
 - . que la première constatation médicale de la pathologie en cause (fixant la date d'origine de la maladie professionnelle) intervienne en cours d'assurance.

Sont couvertes les maladies professionnelles définies aux tableaux annexés à l'article L. 461-2 du code de la sécurité sociale en vigueur lors de la demande de prise en charge auprès de l'assureur ou du courtier d'assurance.

Pour être reconnu imputable au service il est nécessaire de fournir :

- pour toutes déclarations et rechutes avec ou sans arrêt de travail :
 - . obligatoirement l'enquête administrative, la décision de l'autorité administrative mentionnant l'imputabilité au service et l'avis favorable de la commission départementale de réforme lorsque celle-ci a été saisie par la collectivité contractante,
- pour toutes les prolongations de moins d'un an :
 - . la décision de l'autorité administrative mentionnant l'imputabilité au service et l'avis favorable de la commission départementale de réforme lorsque celle-ci a été saisie par la collectivité contractante,
- pour toute prolongation d'arrêt supérieur à un an (article L. 27 du code des pensions civiles et militaires de retraite) et pour toute prothèse ou cure thermique et pour toute maladie professionnelle ou maladie imputable au service, le remboursement est également subordonné à la production de l'avis favorable émanant d'une expertise médicale ou de la commission départementale de réforme.

En cas de désaccord entre la commission départementale de réforme et l'autorité administrative, ou en cas de doute de l'assureur sur la recevabilité de la demande, la collectivité contractante permettra à l'assureur, **sous peine de suspension des prestations**, de faire procéder auprès de ses agents à une expertise ou tierce expertise par un médecin agréé.

Les conclusions de cette dernière expertise détermineront la prise en charge ou non des prestations pour la période d'arrêt soumise à ce contrôle, nonobstant tout autre avis émanant de la commission départementale de réforme, du comité médical ou de la collectivité contractante. Il est précisé que si l'agent ne se présente pas à la convocation du médecin agréé, **l'assureur ou le courtier d'assurance se réservent le droit de suspendre les prestations en cause.**

ARTICLE 25 – PRESTATIONS EN ESPÈCES (INDEMNITÉS JOURNALIÈRES)

Le montant des indemnités remboursées à la collectivité contractante est pris en charge à l'expiration d'une période de franchise éventuelle fixée aux conditions particulières.

A défaut de franchise, l'indemnisation de l'accident imputable au service débute à compter du lendemain du jour de survenance de l'accident imputable au service.

En cas de rechute (cf article 30.1), la franchise ne sera pas appliquée si celle-ci intervient dans les 30 jours suivants la date de reprise d'activité de l'agent.

25.1 Montant de l'indemnité journalière

Le traitement indiciaire brut 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 prestations sont indemnisées sur la base de :

- du traitement indiciaire brut et en fonction du pourcentage de l'assiette retenue pour l'indemnisation, mentionné dans les conditions particulières plus éventuellement,
- de la nouvelle bonification indiciaire et en fonction du pourcentage de l'assiette retenue pour l'indemnisation, mentionné dans les conditions particulières.

Les éléments optionnels retenus «charges patronales» et/ou «indemnité de vie chère» et/ou «indemnité de résidence» et/ou «supplément familial de traitement» et/ou «les indemnités accessoires» sont indemnisés à hauteur des sommes réellement à la charge de la collectivité contractante et en fonction du pourcentage de l'assiette retenue pour l'indemnisation.

L'indemnisation cesse :

- le lendemain du jour du décès de l'agent si celui-ci intervient pendant la période de prise en charge par l'assureur.

Pour la reprise de fonction ou consolidation :

- à la date fixée par la décision de l'autorité administrative ou l'avis de la commission départementale de réforme ou du rapport de la dernière expertise, indiquant la reprise de fonction ou la date de consolidation mentionnant la capacité à une reprise d'activité.

Pour l'aménagement du poste de travail, le reclassement, la mise en retraite pour invalidité :

- à la date fixée par la décision de l'autorité administrative ou par l'avis de la commission départementale de réforme ou par le rapport de la dernière expertise.

Si aucune date n'est précisée :

- 90 jours à compter de la date de décision de l'autorité administrative ou 90 jours après la date de la séance de la commission départementale de réforme ou, 90 jours après la date du rapport de la dernière expertise indiquant «l'aménagement du poste de travail, le reclassement, la mise en retraite pour invalidité».
- à la date à laquelle l'agent atteint la limite d'âge prévue par les dispositions législatives et réglementaires pour l'exercice de leur activité, sauf en cas de prolongation légale d'activité.

Les accidents ou maladies imputables au service et la maladie professionnelle donnant lieu à une pension de la part de la CNRACL n'ouvrent droit à aucune prestation en espèces en application du contrat.

25.2 Indemnités journalières suite au temps partiel thérapeutique

Les dispositions ci-après s'appliquent en cas de reprise à temps partiel thérapeutique faisant suite à un congé pour accident ou maladie imputable au service ou maladie professionnelle, pris en charge par l'assureur au titre du contrat.

Le montant de l'indemnité journalière est fixé comme suit et en fonction du pourcentage de l'assiette retenue pour l'indemnisation : pendant 6 mois, renouvelable une fois : 1/30^e du traitement indiciaire brut mensuel correspond au prorata du taux d'absence de l'agent par référence à la quotité de travail déterminée par la commission départementale de réforme. Pour les éléments optionnels figurant, le cas échéant, sur le formulaire «BASE DE L'ASSURANCE - ASSIETTE DE COTISATION», le remboursement est égal aux sommes réellement à la charge de la collectivité contractante.

Pour la prise en charge des indemnités journalières, l'avis de la commission départementale de réforme est nécessaire.

25.3 Indemnités journalières suite au congé de longue durée imputable au service

Lorsqu'il est constaté que la maladie ou l'accident ayant entraîné le congé de longue durée est lié à l'exercice des fonctions, les périodes du congé de longue durée (article 23.3) sont portées respectivement à 5 ans et 3 ans.

Un seul congé de longue durée peut être accordé par groupe d'affection sur la carrière d'un agent.

25.4 Dispositions particulières

25.4.1 Agents autorisés à travailler à temps partiel

Les prestations sont calculées, pour la période exercée dans cette position d'emploi, à hauteur du prorata du taux de travail effectué et en fonction du pourcentage de l'assiette retenue pour l'indemnisation.

25.4.2 Agents permanents à temps non complet affiliés à la CNRACL

Les prestations sont calculées à hauteur du prorata du nombre d'heures effectuées au service de la collectivité contractante et en fonction du pourcentage de l'assiette retenue pour l'indemnisation.

ARTICLE 26 – PRESTATIONS EN NATURE (FRAIS MÉDICAUX ET FRAIS FUNÉRAIRES)

26.1 Frais médicaux

26.1.1 Objet

La garantie a pour objet le remboursement des frais médicaux, prescrits par le médecin, directement entraînés par :

- un accident ou maladie imputable au service,
- une maladie professionnelle,
- une cause exceptionnelle.

Les frais médicaux et autres actes survenus en cours d'assurance doivent avoir un lien médical direct et certain avec la lésion ou la pathologie résultant de l'accident ou de la maladie à caractère professionnel défini à l'article 24 des présentes conditions générales.

26.1.2 Montant

Le remboursement des frais médicaux est effectué sur production des justificatifs originaux. En cas de consolidation, fournir le protocole de soins.

Les frais médicaux non pris en charge totalement ou partiellement par l'assureur restent à la charge de la collectivité contractante.

Il est précisé que ces remboursements continuent, le cas échéant, même après la mise à la retraite de l'agent concerné, à condition qu'ils soient liés à un accident reconnu imputable au service ou à une maladie professionnelle et survenu en cours d'assurance.

Le remboursement des frais médicaux est effectué conformément aux dispositions du décret n° 86-442 du 14 mars 1986 interprété par l'instruction du 9 février 2012 pour la Fonction publique hospitalière et par l'annexe 2 de la circulaire FP3 du 13 mars 2006 pour la Fonction publique territoriale.

Conformément à ces textes qui précisent qu'un contrôle sur la légitimité des dépenses doit être exercé, une entente préalable est requise pour :

- **les frais de prothèses (dentaire et appareillage),**
- **les frais de transports prescrits médicalement afférents aux cures thermales,**
- **les séances de kinésithérapie au-delà de 30 séances.**

L'absence de réponse sous 15 jours par l'assureur ou le courtier d'assurance équivaut à une acceptation de prise en charge.

Pour la prise en charge des frais de cures thermales et des prothèses, les conclusions d'expertises médicales ou avis de la commission de réforme sont nécessaires.

Les frais d'hébergement liés aux cures thermales sont pris en charge à hauteur de **150 euros**.

26.2 Frais funéraires

Le décès de l'agent à la suite d'une maladie professionnelle ou d'un accident imputable au service ou ayant une cause exceptionnelle, survenu en cours d'assurance ouvre droit, dans la limite des frais réellement exposés sur présentation d'un acte de décès et décision de l'autorité administrative reconnaissant l'imputabilité au service ou avis de la commission départementale de réforme, à une indemnité forfaitaire fixée à 50 % du plafond mensuel de la sécurité sociale en vigueur au jour du décès.

TITRE V – DISPOSITIONS COMMUNES AUX PRESTATIONS DES TITRES II, III ET IV

ARTICLE 27 – REVALORISATION DES PRESTATIONS

Les prestations versées en cas de maladie ou accident de « vie privée », maternité - adoption - paternité et accueil de l'enfant, accident ou maladie imputable au service ou maladie professionnelle sont revalorisées, pendant la période d'assurance, dans la limite du terme contractuel de la prestation en cours de service à la date de résiliation du contrat, en fonction de l'augmentation générale des traitements de la Fonction publique et des éventuels avancements de l'agent. Cette revalorisation intervient à la date de l'augmentation générale des traitements de la Fonction publique ou de l'avancement de l'agent.

ARTICLE 28 – DÉLAI DE DÉCLARATION DES SINISTRES (CF. TABLEAUX EN ANNEXE 1 ET 2)

Aux fins d'indemnisation, la collectivité contractante doit constituer un dossier et l'adresser à l'assureur dans les délais fixés ci-après. 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 la collectivité contractante lui communique 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 rechutes (dans la mesure où la déclaration initiale a donné lieu à remboursement) :**
 - **le non-paiement des prestations afférentes à cette prolongation.**

28.1 La garantie décès

La collectivité contractante doit transmettre à l'assureur, dès la survenance du sinistre, le formulaire «**DÉCLARATION DE LA COLLECTIVITÉ**» accompagné de toutes les pièces justificatives énumérées en annexe II nécessaires au règlement du dossier.

28.2 La garantie maladie ou accident de « vie privée », maternité - adoption - paternité et accueil de l'enfant

Dans tous les cas, le sinistre et les diverses périodes d'arrêt successives doivent être motivées et portées à la connaissance de l'assureur dans **un délai de QUATRE-VINGT-DIX 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 QUATRE-VINGT-DIX JOURS** en accompagnement d'une demande de remboursement établie au moyen du formulaire «**DÉCLARATION DE LA COLLECTIVITÉ**».

Plus particulièrement, lorsque l'avis des comités médicaux est requis, le procès-verbal du comité portant l'avis devra parvenir à l'assureur dans un **même délai de QUATRE-VINGT-DIX JOURS** à compter de la date de séance dudit comité.

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

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

Le certificat médical initial et l'enquête administrative parviendront à l'assureur dans **un délai de QUATRE-VINGT-DIX JOURS** à compter du début de la période présentée.

Les autres justificatifs listés en annexe 1 parviendront à l'assureur dans le **délai de QUATRE-VINGT-DIX JOURS** en accompagnement d'une demande de remboursement établie au moyen du formulaire «**DÉCLARATION DE LA COLLECTIVITÉ**».

La décision de l'autorité administrative ou l'avis de la de la commission départementale de réforme ou le rapport de l'expertise devront parvenir à l'assureur dans un **même délai de QUATRE-VINGT-DIX JOURS** à compter de la date de la décision administrative ou de séance de ladite commission ou de la date du rapport.

28.4 Les frais médicaux et funéraires

Ces frais doivent être justifiés sur production des pièces originales dans un **délai conforme à la prescription biennale** à compter de leur exécution ou de l'exécution du dernier acte lorsque plusieurs soins successifs réalisés par un même praticien se rattachent à une même cause : notes d'honoraires ou factures correspondantes en bonne et due forme, portant les noms, prénoms et numéro de sécurité sociale de l'agent. En outre, les frais présentés à l'assureur doivent être rattachés à l'accident imputable au service ou maladie imputable au service ou maladie professionnelle dès lors que la déclaration initiale a donné lieu à remboursement.

28.5 Modalités particulières de déclaration des sinistres après résiliation ou après le terme du contrat

Tous les délais précisés aux articles 28.2, 28.3, 28.4 **sont fixés à TRENTE JOURS.**

ARTICLE 29 – RÉGLEMENT DES PRESTATIONS

Sous réserve du respect du délai de déclaration des sinistres fixé à l'article 28 des conditions générales, l'assureur rembourse les sommes dues à réception du formulaire « DÉCLARATION DE LA COLLECTIVITÉ » accompagné de l'ensemble des pièces justificatives décrites en annexe 1.

Le service des prestations en espèces cesse dans les cas prévus dans les Titres III et IV des conditions générales et 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 et réglementaires pour l'exercice de leur activité, sauf en cas de prolongation légale d'activité ou le lendemain du jour du décès de l'agent.

Par ailleurs, aucun paiement de frais médicaux ne pourra intervenir en l'absence de déclaration du sinistre d'origine dans les conditions exposées ci-dessus.

Les pièces justificatives sont 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 sont réglées à la collectivité contractante ou, en cours d'assurance, aux prestataires médicaux ou paramédicaux. Les versements effectués ont un caractère libératoire pour l'assureur.

Dans le cas où une prestation aurait été maintenue à tort, les sommes indûment perçues devront être remboursées à l'assureur ou au courtier d'assurance par la collectivité contractante dans les 30 jours suivant la demande écrite de l'assureur.

ARTICLE 30 – RECHUTES

30.1 Définition

Seules les garanties congé de longue maladie, congé de longue durée, accident ou maladie imputable au service et maladie professionnelle peuvent donner lieu à rechute.

Par rechute, il faut entendre l'aggravation de l'état de santé de l'agent, subite ou naturelle, strictement liée à une affection précédente survenue en cours d'assurance et sans intervention d'une cause extérieure. Dans ce contexte, l'agent peut avoir besoin d'un traitement médical avec ou sans arrêt de travail.

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 la collectivité contractante et l'assureur sur les conditions de leur reprise mentionnée dans les conditions particulières. Dans ce cas, la collectivité contractante s'engage à communiquer les conditions générales, les conditions particulières de l'ancien contrat, les déclarations de sinistres, de rechutes et toutes autres pièces nécessaires.

30.2 Montant de la 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 retenue par la collectivité contractante et dans les conditions énoncées aux Titres III et IV du contrat en cours lors de l'arrêt initial.

Les frais médicaux suivent les règles énoncées à l'article 26 du contrat.

ARTICLE 31 – SERVICE DES PRESTATIONS APRÈS LE TERME OU APRÈS RÉSILIATION DU CONTRAT

Le contrat est géré en capitalisation. Les engagements 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) aux Titres III et IV, 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.

Les prestations en nature consécutives à des accidents imputables au service ou des maladies professionnelles en cours de prise en charge au moment du terme ou à la date de la résiliation du contrat et survenus en cours d'assurance continuent à être indemnisées, même après la mise à la retraite de l'agent concerné.

L'assureur ou le courtier d'assurance se réserve le droit de proposer un contrôle médical ou une expertise. Les conclusions de ces derniers détermineront la prise en charge ou non de la prestation. **Le refus de la collectivité contractante (ou de l'agent) de (se) soumettre à un contrôle médical entraîne l'arrêt de la prise en charge des prestations.**

Rechutes

Les rechutes liées à un sinistre survenu en cours d'assurance sont prises en charge dans les mêmes conditions que celles exposées au paragraphe 30.2.

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

Les justificatifs parviendront à l'assureur en un ou plusieurs envois en accompagnement d'une demande de remboursement établie au moyen du formulaire « DÉCLARATION DE LA COLLECTIVITÉ » dans les délais mentionnés ci-dessous. En cas de non présentation des pièces justificatives, les prestations peuvent être suspendues.

DOCUMENTS À FOURNIIR	ACCIDENT DE VIE PRIVÉE Maladie ordinaire (MO) Accident vie privée Longue maladie (LM) Longue durée (LD) Temps partiel thérapeutique (TPT) Invalidité temporaire (INVAL) Disponibilité d'office (DO)	MATERNITÉ ⁽⁹⁾ ADOPTION ⁽¹⁰⁾ PATERNITÉ ET ACCUEIL DE L'ENFANT ^(12/17)	ACCIDENT DE SERVICE Accident de trajet Maladie professionnelle Temps partiel thérapeutique Indemnités journalières Prestations en nature	DÉLAI DE DÉCLARATION *à compter de la date de survenance du sinistre	1. Joindre également ceux correspondant à la période de franchise éventuelle non remboursée. 2. Certificat de constat de grossesse ou de grossesse pathologique. 3. Certificat de constat des lésions ou prolongation de soins et tous les justificatifs médicaux (volet 1). 4. Pour toute demande de remboursement avec ou sans arrêt. 5. Cure thermique, prothèse, prolongation supérieure à un an, maladie imputable ou professionnelle, temps partiel thérapeutique, fin de droit pour maladie. 6. Si prothèse ou appareillage. 7. Attestation du nombre d'enfant(s). 8. Joindre également les déclarations écrites de l'agent et des témoins. 9. Attestation certifiant la couverture du risque auprès de l'ancien assureur les 10 premiers mois de souscription. 10. Fiches DDASS en cas d'adoption. 11. En cas d'accident. 12. En cas de paternité et d'accueil de l'enfant 13. Le délai est porté à 90 jours à compter de la date de séance de la commission départementale de réforme en cas de maladie professionnelle. 14. En cas de fin de droits pour maladie. 15. Dans le cas prévu par le statut. 16. Pour toute demande de recherche avec ou sans arrêt, ou prolongation d'arrêt. 17. 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.
DOCUMENTS À FOURNIIR					
DÉCLARATION DE L'ACCIDENT DE SERVICE Certificat médical initial ⁽¹⁾ Et enquête administrative ⁽⁸⁾	-	-	OUI OUI	30 JOURS ⁽¹³⁾ 90 JOURS*	-
DÉCLARATION DE LA COLLECTIVITÉ (demande de remboursement)	OUI	OUI	OUI OUI	90 JOURS*	90 JOURS*
BULLETIN DE PAIE (copie)	OUI	OUI	OUI -	90 JOURS*	90 JOURS*
CERTIFICAT MÉDICAL⁽¹⁾ INITIAL, PROLONGATION, (en cas d'arrêt)	OUI (si MO)	OUI ^(2/10) (ou couches pathologiques)	OUI ⁽³⁾	90 JOURS*	90 JOURS*
AVIS DU COMITÉ MÉDICAL (copie)	OUI (si MO > 6mois, LM,LD,TPT,DO, inval)	-	-	90 JOURS à compter de la date de séance du comité médical	
Reconnaissance de l'imputabilité au service : ENQUÊTE ADMINISTRATIVE⁽¹⁶⁾ et DÉCISION ADMINISTRATIVE^{(4)/(16)} et AVIS DE LA COMMISSION DE RÉFORME si elle est saisie^{(9)/(15),(16)}	OUI ⁽¹³⁾	-	OUI ⁽⁴⁾ OUI ⁽⁸⁾	90 JOURS à compter de la date de la décision administrative ou du rapport d'expertise et de la séance de la commission départementale de réforme	
ATTESTATION CPAM (article 6 du décret du 11/01/1960)	OUI (si Inval ou DO)	-	-	90 JOURS à compter de la date de la séance de la CPAM	
ATTESTATION MINISTÈRE DES ANCIENS COMBATTANTS OU CPAM	-	-	OUI ⁽⁶⁾	90 JOURS	
ATTESTATION DE LA COLLECTIVITÉ (copie)	-	OUI ⁽⁷⁾	-	90 JOURS	
EXPERTISE MÉDICALE⁽⁵⁾ OU AVIS DE LA COMMISSION DE RÉFORME⁽⁵⁾	-	-	OUI ⁽⁵⁾	90 JOURS	
RAPPORT DE GENDARMERIE OU PV DE POLICE⁽¹¹⁾	-	-	OUI	90 JOURS	
ATTESTATION VERSEMENT DE LA CNAF par l'intermédiaire de la Caisse des Dépôts et Consignations	-	OUI ⁽¹²⁾	-	90 JOURS	
DÉCISION CNRACL	OUI ⁽¹⁴⁾	-	-	90 JOURS	
DOCUMENT JUSTIFIANT DU LIEN ENTRE LE BÉNÉFICIAIRE ET LA MÈRE DE L'ENFANT		OUI ⁽¹⁷⁾	-	90 JOURS	

Toutes les pièces administratives sont à remettre à l'assureur dans un délai maximum de QUATRE-VINGT-DIX JOURS à compter de la date de la décision administrative ou de séance du comité médical ou de la commission départementale de réforme ou du rapport de l'expertise médicale ou de la décision CNRACL.

ANNEXE 2 – DOCUMENTS À FOURNIR EN CAS DE DÉCÈS SELON LA SITUATION FAMILIALE DE L'AGENT DÉCÉDÉ

Marié(e) ou pacsé(e) sans enfant :

Capital décès à verser au conjoint ou au partenaire du PACS

- Le certificat de décès ou acte de décès.
- La déclaration sur l'honneur établie par le conjoint ou le partenaire du PACS précisant :
 - qu'aucune séparation de corps n'a été prononcée judiciairement (conjoint),
 - qu'aucune dissolution n'a été prononcée (pacsé),
 - qu'il n'existe pas d'enfant(s) pouvant prétendre au capital décès.
- L'extrait d'acte de naissance ou copie du PACS avec l'indication, dans les 2 cas, de la date de conclusion du PACS.
- La copie du bulletin de paye du mois du décès de l'agent.

Marié(e) ou pacsé(e) avec enfant(s) :

Capital décès à verser au conjoint ou au partenaire du PACS et aux enfants

- Le certificat de décès ou acte de décès.
- La déclaration sur l'honneur établie par le conjoint ou le partenaire du PACS précisant :
 - qu'aucune séparation de corps n'a été prononcée judiciairement (conjoint),
 - qu'aucune dissolution n'a été prononcée (pacsé).
- Le certificat de non imposition pour les enfants à charge .
- Pour les enfants à charge infirmes âgés de plus de 21 ans :
 - un certificat délivré par un médecin assermenté attestant qu'en raison de leur infirmité les intéressés sont dans l'impossibilité de travailler.
- La copie du jugement (JAF ou juge des tutelles).
- L'extrait d'acte de naissance ou copie du PACS avec l'indication, dans les 2 cas, de la date de conclusion du PACS.
- La copie du bulletin de paye du mois du décès de l'agent.

Célibataire, divorcé sans enfant :

Capital décès à verser aux ascendants de premier et second degrés

- Le certificat de décès ou acte de décès.
- La déclaration sur l'honneur établie par le ou les ascendants, précisant que :
 - le défunt n'était pas marié ou qu'il était veuf, divorcé ou séparé de corps judiciairement, qu'il n'a pas laissé de descendant(s) pouvant prétendre au capital décès,
 - les extraits d'actes de décès des ascendants de premier degré pour les ascendants de second degré.
- L'extrait d'acte de naissance des ascendants.
- Le certificat de non imposition.
- La copie du bulletin de paye du mois du décès de l'agent.

Célibataire, divorcé avec enfant(s) :

Capital décès à verser aux enfants

- Le certificat de décès ou acte de décès.
- Le certificat de non imposition pour les enfants à charge .
- Pour les enfants à charge infirmes âgés de plus de 21 ans :
 - un certificat délivré par un médecin assermenté attestant qu'en raison de leur infirmité les intéressés sont dans l'impossibilité de travailler.
- La copie du jugement (JAF ou juge des tutelles).
- La copie du bulletin de paye du mois du décès de l'agent.

Si le décès est consécutif à un attentat dans l'exercice des fonctions ou à un acte de dévouement, produire l'ampliation de la commission départementale de réforme.

Contact :
Service des collectivités locales

Téléphone **01 34 53 56 56**

Télécopie **01 34 53 56 10**

E.mail **service-plus@cnp.fr**

de 9 h à 17 h,
du lundi au vendredi

assurer tous les avenir

