

CENTRE DE GESTION DE LA FPT DES BOUCHES-DU-RHÔNE

Contrat collectif d'assurance prévoyance

Convention de participation

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

	Souscripteur	Assureur
Raison sociale :	CENTRE DE GESTION DE LA FPT DES BOUCHES-DU-RHÔNE	Collecteam
SIRET n° :	281 300 038 00029	422 092 817 00028
Siège social :	BOULEVARD DE LA GRANDE THUMINE CS 10439 13098 AIX-EN-PROVENCE Cedex 02	13 rue Croquechâtaigne 45380 La Chapelle Saint Mesmin
Représenté par :	Georges CRISTIANI	Xavier VIALA
En qualité de :	Président	Directeur Général
Qualité juridique :		Intermédiaire en assurances
Raison sociale :		Allianz
SIRET n° :		340 234 962 07046
Siège social :		1 Cours Michelet 92076 Paris La Défense

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

Contenu

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

1 Préambule

1.1 Objet de la convention

La convention est un document de subventionnement destiné à régler les relations financières entre le Souscripteur, les Employeurs et l'Assureur, en application des dispositions issues :

- Des articles L827-1 à L827-12 du code général de la fonction publique,
- Du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents,
- Du décret n° 2022-581 du 20 avril 2022 relatif aux garanties de protection sociale complémentaire et à la participation obligatoire des collectivités territoriales et de leurs établissements publics à leur financement.

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

1.2 Effet et durée de la convention

La convention prend effet au **01.01.2025**.

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

Elle peut être résiliée dans les conditions prévues dans la présente convention.

1.3 Bénéficiaires

Les Bénéficiaires sont :

- Le personnel dans l'effectif des Employeurs, ayant adhéré à la présente convention et au contrat collectif d'assurance à adhésions facultatives, et bénéficiant de la qualité de fonctionnaires et d'agents contractuels de droit public ou de droit privé.

1.4 Nature des garanties

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

2 Obligations de l'Assureur

2.1 Obligation générale d'exécution

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

L'Assureur s'engage à offrir aux Bénéficiaires, pendant toute la durée de la convention, l'ensemble des options prévues au titre des garanties.

2.2 Obligation générale d'information

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

- Un bulletin d'adhésion mentionnant très clairement le ou les Bénéficiaires, les garanties proposées, les options, le montant de la cotisation annuelle, les modalités de paiement et le mode de fractionnement,

les conditions et la durée de rétractation de l'assuré. Sont également indiquées la date d'effet de l'adhésion, la durée de l'adhésion et les conditions de résiliation.

- La notice d'information du contrat collectif, ainsi que les conditions d'intervention des garanties d'assistance.

2.3 Respect des principes de solidarité

L'Assureur doit respecter les principes de solidarité suivants :

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

2.4 Informations à communiquer au cours de la convention

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

L'Assureur produit au Souscripteur au terme de la période de trois ans, et de la convention, un rapport retraçant les opérations réalisées au vu des critères des 2° et 4° de l'article 18 du décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011. Si ces critères ne sont pas satisfaits, le Souscripteur peut résilier la convention de participation.

3 Obligation des Employeurs

Chaque Employeur s'engage à verser chaque année pendant la durée de la convention une participation dans les conditions prévues au titre III du décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 et du décret n°2022-581. La participation constitue une aide à la personne, et son montant ne peut excéder le montant de la cotisation qui serait dû en l'absence d'aide.

4 Pilotage de la convention

4.1 Information délivrée par le Souscripteur

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

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

4.2 Comité de suivi

Chaque partie veille à la mise en œuvre de la convention de participation et à faciliter les adhésions et la gestion du contrat collectif d'assurance.

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

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

5 Résiliation

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

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

6 Annexes

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

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

Signature de la convention de participation	
Fait à : La Chapelle Saint Mesmin	Le : 25.04.2024
<p style="text-align: center;">Pour l'Assureur</p> <p>Prénom / Nom : Olivier POGGI Qualité : Directeur des Services Commerciaux</p> <p>Signature :</p>	<p style="text-align: center;">Pour le Souscripteur</p> <p>Prénom / Nom : Qualité : Signature :</p>

CENTRE DE GESTION DE LA FPT DES BOUCHES-DU-RHÔNE

Contrat collectif d'assurance prévoyance

Conditions particulières

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

	Souscripteur	Assureur
Raison sociale :	CENTRE DE GESTION DE LA FPT DES BOUCHES-DU-RHÔNE	Collecteam
SIRET n° :	28130003800029	422 092 817 00028
Siège social :	LA GRANDE THUMINE 13090 AIX-EN-PROVENCE	13 rue Croquechâtaigne 45380 La Chapelle Saint Mesmin
Représenté par :	Georges CRISTIANI	Xavier VIALA
En qualité de :	Président	Directeur Général
Qualité juridique :		Intermédiaire en assurances
Raison sociale :		Allianz
SIRET n° :		340 234 962 07046
Siège social :		1 Cours Michelet 92076 Paris La Défense

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

Contenu

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

1. Dispositions générales

Objet du contrat

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

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

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

- **Loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 modifiée dite « Loi Evin »** renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques,
- **Articles L 827-1 à L 827-12 du code général de la fonction publique,**
- **Décret n°2022-581 du 20 avril 2022** relatif aux garanties de protection sociale complémentaire et à la participation obligatoire des collectivités territoriales et de leurs établissements publics à leur financement.
- **Décret n°2011-1474** relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents.

Parties prenantes au contrat

Assurés.

- Fonctionnaires et agents contractuels de droit public et de droit privé, y compris les agents détachés auprès du Souscripteur ou mis à la disposition de celui-ci, et les agents détachés ou mis à la disposition par le Souscripteur auprès d'un autre employeur public,

Assureur. Société d'assurance régie par le code des assurances, ou mutuelle ou union de mutuelles régie par le Livre II du code de la mutualité, ou institution de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale dûment agréé pour pratiquer les opérations d'assurance du risque prévoyance. L'Assureur peut être représenté par un intermédiaire d'assurance enregistré à l'ORIAS.

Employeur. Collectivité territoriale ou établissement public local ayant qualité pour adhérer au présent contrat collectif d'assurance à adhésion facultative des Employeurs et des Assurés.

Souscripteur. Employeur public territorial ayant qualité pour souscrire le présent contrat collectif d'assurance à adhésion facultative des Assurés.

Effet et durée

Date d'effet. 01.01.2025.

Echéance annuelle. 1^{er} janvier.

Durée. Six (6) années, soit du 1^{er} janvier 2025 au 31 décembre 2030, prorogable une (1) année.

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

- **Le Souscripteur**, moyennant un préavis de **quatre (4) mois** avant l'échéance, réduit à deux (2) mois dans le cas d'une proposition de majoration tarifaire par l'Assureur refusée par le Souscripteur (application des dispositions de l'article 3),
- **L'Assureur**, moyennant un préavis de **six (6) mois** avant l'échéance.

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

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

2. Modalités d'adhésion des employeurs

Les Employeurs peuvent adhérer au présent contrat aux conditions suivantes :

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

3. Modalités d'adhésion des agents

Bénéficiaires des garanties :

Les bénéficiaires des garanties sont :

- Les **agents fonctionnaires et contractuels de droit public et de droit privé** dans l'effectif de l'employeur, même à temps non-complet, y compris :
 - o Les fonctionnaires momentanément privés d'emploi (FMPE),
 - o Les agents détachés,
 - o Les agents mis à disposition, selon les termes de la convention prévue à cet effet. A défaut de convention, ces agents ont bien la qualité de bénéficiaires,
- Les **ayants-droits des agents** au titre du bénéfice de la garantie décès, désignés par l'agent adhérent, au bulletin d'adhésion ou, en l'absence de désignation dans le bulletin d'adhésion, définis au contrat collectif d'assurance (conjoint ou concubin ou personne liée par un pacte civil de solidarité et enfants).

Caractère collectif et facultatif du contrat :

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

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

Adhésion des agents :

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

4. Garanties d'assurance

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

Garanties minimales obligatoires	
Incapacité de travail	
Versement d' indemnités journalières à compter : <ul style="list-style-type: none"> - du passage à demi-traitement (agents fonctionnaires), - du versement d'indemnités journalières versées par la Sécurité sociale et/ou du maintien du revenu par l'Employeur quelle que soit l'ancienneté de l'Assuré 	90% du revenu net
Versement d' indemnités journalières pour reconstituer le régime indemnitaire en périodes de plein traitement en cas de placement en congés de longue maladie, longue durée et grave maladie	90% du revenu net
Invalidité permanente	
Versement d'une rente mensuelle en cas de reconnaissance d'état en invalidité à la suite de maladie ou accident d'origine vie privée ou professionnelle (consécutif à un accident de service ou de travail ou de maladie professionnelle) :	
<ul style="list-style-type: none"> - Agents affiliés à la CNRACL qui sont bénéficiaires d'un taux d'invalidité supérieur ou égal à 50% 	90% du revenu net
<ul style="list-style-type: none"> - Agents affiliés à la CNRACL qui sont bénéficiaires d'un taux d'invalidité inférieur à 50% : le montant de la rente est calculé comme suit : $M = R \times I / 50\%$ (<i>M : montant de la rente à verser, R : montant de la rente pour un pourcentage d'invalidité retenu par la CNRACL d'au moins 50%, I : pourcentage d'invalidité retenu par la CNRACL qui est inférieur à 50%</i>) 	< 90% du revenu net
<ul style="list-style-type: none"> - Autres agents classés en invalidité vie privée de 2ème ou de 3ème catégorie, ou bénéficiaires d'un taux d'incapacité permanente supérieur ou égal à 66% en cas de classement en invalidité vie professionnelle 	90% du revenu net
Décès toutes causes	
Versement d'un capital décès, consécutif à accident ou maladie de l'agent assuré, aux bénéficiaires de celui-ci ou à ce dernier en cas de perte totale et irréversible d'autonomie	50% SAB
Garanties complémentaires à adhésion facultative (L'agent peut adhérer à une ou plusieurs garanties)	
Complément incapacité de travail	
Versement d' indemnités journalières pour reconstituer le régime indemnitaire en périodes de plein traitement en cas de placement en congés de maladie ordinaire Franchise continue ou discontinue de 30 jours	90% du revenu net
Perte de retraite	
Versement d'un capital pour compenser la perte de droit à la retraite qui est constatée au cours de la période d'invalidité applicable pour les seuls agents qui sont affiliés à la CNRACL	50% PMSS par année d'invalidité
Décès toutes causes	
Versement d'un capital décès, consécutif à accident ou maladie de l'agent assuré, aux bénéficiaires de celui-ci ou à ce dernier en cas de perte totale et irréversible d'autonomie	50% SAB
Légende : PMSS : plafond mensuel de la Sécurité sociale, SAB : salaire annuel brut.	
L'Assureur intervient en cas de maintien <u>ou</u> de suspension du régime indemnitaire. Les plafonds d'indemnisation sont à considérer en net des prélèvements sociaux (CSG et CRDS), c'est-à-dire que l'Assureur doit verser à l'Assuré le pourcentage de prestation indiqué dans le tableau des garanties.	

5. Cotisations d'assurance

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

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

- **Pour les agents fonctionnaires et contractuels de droit public :**
 - o Du traitement indiciaire (TI), y compris le complément de traitement Indiciaire (CTI) et l'indemnité compensatrice de la CSG,
 - o De la nouvelle bonification indiciaire (NBI),
 - o Du régime indemnitaire (RI), à l'exception des primes et indemnités suivantes :
 - Les primes et indemnités qui ont le caractère de remboursement de frais,
 - Les primes et indemnités liées à l'organisation du travail,
 - Les avantages en nature,
 - Les indemnités d'enseignement ou de jury et autres indemnités non directement liées à l'emploi,
 - La part ou l'intégralité des primes et indemnités dont la modulation est fonction des résultats et de la manière de servir, notamment le complément indemnitaire annuel (CIA),
 - Les versements exceptionnels ou occasionnels de primes et indemnités correspondant à un fait générateur unique,
 - La prise en charge partielle du prix des titres d'abonnement correspondant aux déplacements effectués par les agents publics entre leur résidence habituelle et leur lieu de travail.
- **Pour les agents contractuels de droit privé :**
 - o Du revenu brut soumis à cotisations des organismes de Sécurité sociale et des prélèvements sociaux.

Taux de cotisation :

Garanties	Taux de cotisation TTC		
	Taux de cotisation planchers	Taux employeurs toute taille	
Garanties minimales obligatoires			
Incapacité de travail	/	1,30 %	
Incapacité permanente	/	0,95 %	
Décès toutes causes	/	0,25 %	
Total	2,00%	2,50 %	
Garanties complémentaires à adhésion facultative			
Complément incapacité de travail <i>RI CMO en plein traitement</i>	/	+ 0,60 %	
Perte de retraite	/	+ 0,50 %	
Décès toutes causes (complément)	/	+ 0,30 %	
Remarque :			
L'Assureur ne peut proposer des taux de cotisation inférieurs aux taux planchers au regard de la nature des risques à assurer.			

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

Garanties	Taux de cotisation TTC		
	Taux de cotisation planchers	Taux employeurs toute taille	
Garanties minimales obligatoires			
Incapacité de travail	/	1,25 %	
Invalidité permanente	/	0,90 %	
Décès toutes causes	/	0,25 %	
Total	1,90%	2,40 %	
Garanties complémentaires à adhésion facultative			
Complément incapacité de travail <i>RI CMO en plein traitement</i>	/	+ 0,60 %	
Perte de retraite	/	+ 0,50 %	
Décès toutes causes (complément)	/	+ 0,30 %	
Remarque :			
L'Assureur ne peut proposer des taux de cotisation inférieurs aux taux planchers au regard de la nature des risques à assurer.			
La garantie de reprise du passif connu (encours) sera tarifée en complément ultérieurement sur la base de la disposition issue de la transposition normative de l'accord collectif national du 11 juillet 2023.			

Evolution des taux de cotisation :

Motifs d'évolution :

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

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

Cas de l'aggravation de la sinistralité :

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

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

Dans ce cas, les cotisations peuvent être majorées dans le respect des taux d'augmentation maximum à compléter dans le tableau ci-après, la borne maximum ne pouvant être dépassée. **L'Assureur complète le tableau ci-après et ne peut indiquer de taux supérieur correspondant à la tranche de P/C > 130% :**

Périodes	Ratio P/C net de frais (Prestations sur cotisations HT)	Taux de majoration
Année 1	/	0%
Année 2	/	3%
Année 3	/	3%
Années 4 et suivantes	P/C < 100%	0%
	P/C < 110%	5 %
	P/C < 120%	12 %
	P/C < 130%	15 %
	P/C > 130%	15%
Le P/C s'apprécie sur la base du compte de résultat cumulé depuis la date d'effet du contrat		

Cas des modifications de la réglementation :

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

Cadre à respecter :

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

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

6. Réserves

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

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

7. Formation du contrat

Formation et signature du contrat collectif d'assurance

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

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

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

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



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

Fait à : **La Chapelle Saint Mesmin**

Le : **25.04.2024**

Pour l'Assureur	Pour le Souscripteur
Prénom / Nom : Olivier POGGI	Prénom / Nom :
Qualité : Directeur des Services Commerciaux	Qualité :
Signature :	Signature :
N° de contrat :	

CENTRE DE GESTION DE LA FPT DES BOUCHES-DU-RHÔNE
Contrat collectif d'assurance prévoyance
Annexe aux conditions particulières : volet économique

Contenu

1. Présentation 2

2. Transferts de solidarité..... 2

3. Maîtrise financière 5

3.1. Politique de développement 5

3.2. Tableau de suivi 12

3.3. Equilibre économique 12

3.4. Frais de gestion..... 13

3.5. Provisions techniques..... 14

3.6. Inventaire des dossiers 18

3.7. Rapport annuel..... 19

Remarque :
Le présent document est une annexe indissociable aux conditions particulières du contrat collectif d'assurance. L'Assureur doit répondre en respectant le cadre proposé. Le nombre de pages est limité à **20** pour garantir lisibilité et compréhension des réponses pour le Souscripteur.

1. Présentation

L'annexe aux conditions particulières porte sur le volet économique, soit les transferts de solidarité et la maîtrise financière du contrat collectif d'assurance. Elle répond aux exigences réglementaires (articles 15 à 21 du décret n°2011-1474, arrêté du 8 novembre 2011 relatif aux critères de choix des collectivités territoriales et des établissements publics en relevant dans le cas d'une convention de participation, article 15 de la loi n°89-1009 modifiée dite Loi Evin et décret n°90-769 du 30 août 1990 modifié) et à l'expression des besoins du Souscripteur du contrat.

2. Transferts de solidarité

L'Assureur calcule les **transferts de solidarité** par application des articles 2 et 3 de l'arrêté du 8 novembre 2011 précité. Sur la base des deux hypothèses (l'ensemble de la population éligible adhère au dispositif en hypothèse 1, et seuls les agents envisagés selon les prévisions d'adhésion adhèrent au dispositif en hypothèse 2), l'Assureur calcule, pour chacun des cinq premiers exercices, les prévisions de transferts de solidarité intergénérationnelle égal à la somme des écarts constatés, pour chacun des adhérents d'un âge supérieur à 50 ans, entre les prestations versées et les cotisations correspondantes. Les éléments justifiant de ce calcul sont joints aux montants communiqués.

L'Assureur complète le tableau ci-après (Extrait du fichier Excel du DCE à incorporer ci-dessous) :

COMPTE DE RESULTAT SOLIDAIRE : TRANSFERTS INTERGENERATIONNELS (+ de 50 ans)							
Article 2 de l'arrêté du 8 novembre 2011 relatif aux critères de choix des collectivités territoriales et des établissements publics en relevant dans le cas d'une convention de participation (NOR: COTB1118924).							
Base : exercice de survenance							
	Sens	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5	TOTAL
Hypothèse 1 : adhésion totale							
Prestations	+	2 960 039 €	2 498 831 €	2 098 138 €	2 151 924 €	1 930 276 €	1 746 677 €
Provisions	+	2 161 479 €	2 866 121 €	3 124 886 €	3 204 994 €	3 768 974 €	4 151 902 €
Frais de gestion	+	296 004 €	249 883 €	209 814 €	215 192 €	193 028 €	174 668 €
Cotisations hors taxes	-	4 750 503 €	4 845 513 €	4 932 733 €	5 031 387 €	5 101 827 €	5 203 863 €
Résultat		667 018 €	769 322 €	500 105 €	540 723 €	790 452 €	869 383 €
Résultat / cotisations HT		14.04%	15.88%	10.14%	10.75%	15.49%	16.71%
Frais de gestion / prestations + prov.		0.057796123	0.046576951	0.04017094	0.04017094	0.033868946	0.029611822
							MOYENNE
Nbre d'adhérents de + de 50 ans		11604	11836	12049	12290	12462	12711
Résultat / nombre total d'adhérents		23	26	17	18	26	22
Hypothèse 2 : adhésion partielle							
Prestations	+	2 657 812 €	1 951 640 €	2 031 926 €	1 852 914 €	1 781 282 €	1 382 188 €
Provisions	+	1 988 561 €	2 818 839 €	3 019 676 €	3 183 613 €	3 604 349 €	4 035 818 €
Frais de gestion	+	265 781 €	195 164 €	203 193 €	185 291 €	178 128 €	138 219 €
Cotisations hors taxes	-	3 800 403 €	3 924 866 €	4 044 841 €	4 176 051 €	4 285 534 €	4 371 245 €
Résultat		1 111 751 €	1 040 776 €	1 209 953 €	1 045 767 €	1 278 225 €	1 184 979 €
Résultat / cotisations HT		29.25%	26.52%	29.91%	25.04%	29.83%	27.11%
Frais de gestion / prestations + prov.		0.057201865	0.040910774	0.040223397	0.03678952	0.03307472	0.025511007
							MOYENNE
Nbre d'adhérents de + de 50 ans		9 283	9 587	9 880	10 201	10 468	10 678
Résultat / nombre total d'adhérents		85	70	74	59	65	71

L'Assureur apporte les justifications de ce calcul :

Justifications à insérer

Le principe de solidarité, encouragé par les dispositions du décret du 8 novembre 2011, constitue l'essence d'un contrat collectif de prévoyance. Notre offre en reprend les principes fondamentaux.

SOLIDARITE FACE A LA MALADIE

L'ABSENCE DE QUESTIONNAIRE MEDICAL

Les agents peuvent adhérer à tout moment **pendant toute la durée de la convention sans qu'ils soient soumis à un questionnaire médical.**

UNE ADHESION SANS DELAI DE CARENCE

L'agent adhérent peut bénéficier des prestations garanties par le contrat dès sa souscription, **sans délai de carence.**

DES CONDITIONS D'ADHESION FAVORABLES

> Des conditions d'adhésion favorables pour tous

Les agents peuvent adhérer au contrat sans condition à la date de prise d'effet de celui-ci et pendant toute la durée de la convention, sous réserve de ne pas être en arrêt de travail.

Cependant, les agents en arrêt de travail pourront adhérer :



> Dès la reprise effective d'activité pour les agents déjà couverts par le contrat collectif GENERALI 2019 – 2024.

> Après une reprise effective de leur activité de 30 jours continus minimum pour les agents non couverts précédemment par le contrat collectif de prévoyance. L'adhésion prend effet au 1^{er} du mois suivant le moment où l'agent a rempli les conditions.

Les agents à temps partiel pour raison thérapeutique à la date de prise d'effet du contrat pourront y adhérer sans condition. Toutefois, les garanties s'appliqueront sous réserve que la maladie ou l'accident à l'origine du sinistre soit différent de la maladie ou de l'accident qui est à l'origine de la situation d'incapacité à temps partiel pour raison thérapeutique ou invalidité existant antérieurement à la date d'effet du contrat. Les conséquences de la maladie ou de l'accident en cours à cette date ne seront pas prises en charge au titre du présent contrat.

Les agents embauchés après la date de prise d'effet de la convention de participation disposeront d'un délai de six mois à compter de leur date d'embauche pour adhérer au contrat dans ses conditions.

Les agents en congé parental d'éducation ou placés en disponibilité de droit ou pour convenances personnelles, pourront adhérer dans les six mois suivant le premier jour du mois civil qui suit la reprise de leur activité.

Après la mise en place de la convention de participation, les agents peuvent adhérer **sans questionnaire médical ni majoration tarifaire, ni délai de carence**, sous réserve qu'ils soient en activité normale de service pendant les 30 jours précédant la date d'adhésion.

SOLIDARITE INTERGENERATIONNELLE

UN TAUX UNIQUE QUEL QUE SOIT L'AGE

Le taux de cotisation proposé est le même pour tous. Ce taux n'évoluera pas en fonction de l'âge de l'agent adhérent.

Notre offre ne prévoit aucune limite d'âge pour adhérer au régime.

Ces dispositions permettent de n'exclure aucun agent et empêchent toute sélection du risque, consistant à n'assurer que les agents les moins exposés aux risques.



Pas de limite
d'âge à
l'adhésion

SOLIDARITE EN FONCTION DES REVENUS

Tout agent actif, quels que soient son statut (stagiaire, titulaire, non titulaire...) et sa rémunération a droit aux mêmes garanties et bénéficie du même taux de cotisation. **La cotisation de chacun sera proportionnelle à sa rémunération, ce qui favorise l'adhésion des agents disposant de faibles revenus.**



Un taux
exprimé en
fonction de la
rémunération

Les études montrent que les agents aux revenus les plus élevés (Catégorie A), dans la Fonction Publique Territoriale, sont statistiquement moins absents pour des raisons de santé que les agents aux revenus plus modestes (Catégorie C), notamment en raison de conditions de travail plus pénibles pour ces derniers. Un taux unique permet ainsi un transfert de solidarité entre ces catégories d'emploi.

SOLIDARITE EN FAVEUR DES POPULATIONS LES PLUS FRAGILES

Nous mettons à disposition de nos adhérents les plus exposés aux risques les avantages suivants :

1. **Une exonération de la totalité de la cotisation** pour les personnes bénéficiant de la garantie invalidité et minoration de retraite.
2. **Une exonération partielle de la cotisation** pour les personnes dont la rémunération est minorée en raison de son état de santé (Demi-traitement, Temps Partiel Thérapeutique en ce qui concerne le régime indemnitaire, etc...).
3. **Une commission ad hoc statuera de l'exonération totale exceptionnelle de la cotisation** pour les personnes en situation de précarité financière ou sociale.
4. **Un maintien à titre d'avance des prestations de demi-traitement à l'épuisement des droits statutaires et dans l'attente de la décision du comité médical.**

3. Maîtrise financière

3.1. Politique de développement

Calendrier. L'Assureur complète ci-dessous le projet de calendrier pour la mise en place des garanties pour une date d'effet prévue aux conditions particulières :

CALENDRIER DETAILLE						
Mois avant la date d'effet du contrat	M-6	M-5	M-4	M-3	M-2	M-1
Documentation						
▪ Remise notice d'information	X					
▪ Remise DIPA ¹	X					
▪ Remise fiche pédagogique ²	X					
▪ Remise plaquette	X					
▪ Remise kit d'adhésion	X					
Réunions						
▪ Réunions de présentation agents			X	X	X	X
▪ Permanences pour les agents			X	X	X	X
Pilotage						
▪ Réunion de lancement DRH	X					
▪ Points de suivi avec DRH	X	X	X	X	X	X

Ce planning de déploiement reste soumis à votre date de notification de marché. Dans l'idéal, nous vous proposons de travailler dès l'été 2024 pour la préparation des documents à destination des Collectivités et de leurs agents et l'organisation du planning de déploiement du dispositif (réunions d'informations, etc...).

Moyens humains. L'Assureur complète le tableau ci-dessous :

EQUIPE DE DEVELOPPEMENT DEDIEE		
Chargé de suivi commercial :		
Nom / prénom	Fonction	Formation
Laetitia BORDAGE	Responsable Grands Comptes	Master 2 en Droit Public
Nombre de réunions de présentation à destination des agents :		70
Nombre de permanences à destination des agents :		70
Nombre de personnes de l'équipe terrain dédiée :		6
Nombre de personnes de l'équipe téléphonique dédiée :		6 à l'année + 6 en renfort à partir de septembre

¹ Document d'Information sur les Produits d'Assurance.

² Fiche explicative précisant la perte de traitement en cas de d'arrêt de travail.

Afin de dynamiser et de renforcer votre action dans ce domaine, Collecteam vous propose un accompagnement complet et permanent dans deux directions : les équipes RH des Collectivités et les agents.

Notre objectif commun : maximiser le taux d'adhésion et la mutualisation du risque.

UN ACCOMPAGNEMENT A DESTINATION DES SERVICES RESSOURCES HUMAINES DES COLLECTIVITES

Nous accordons une grande importance au fait de proposer à chacun de nos clients une équipe dédiée, compétente et pérenne. Nos échanges sont ainsi facilités par la capitalisation de notre expérience réciproque.

LE SUIVI COMMERCIAL

Suivi du dossier, organisation des réunions, interventions sur site, présentations des résultats devant la direction et les partenaires sociaux, etc.



Nom	Laëtitia BORDAGE
Fonction	Responsable grands comptes
Coordonnées	Téléphone : 06.46.10.31.66 Email : lbordage@collecteam.fr
Diplôme	Master 2 en Droit Public (Université de La Rochelle)
Expérience professionnelle	12 ans d'expérience en protection sociale complémentaire

UN ACCOMPAGNEMENT SUR MESURE ET UNE COMMUNICATION A DESTINATION DES COLLECTIVITES ET DE LEURS AGENTS

> **Elaboration et envoi du kit d'adhésion**

- Courrier d'accompagnement valorisant la mise en place du régime,
- Mise à disposition d'outils pédagogiques destinés à votre intranet : simulateurs de cotisation, foire aux questions, synthèse des garanties, modèle de courrier de résiliation, etc.
- Résumé de garanties simple et clair,
- Bulletin individuel d'adhésion.

> **Organisation de réunions d'information sur sites**

- Présentation des garanties,
- Conditions d'adhésion,
- Simulation des cotisations,
- Permanences pour répondre aux problématiques individuelles,
- Accompagnement dans la résiliation de leur contrat individuel.

- > **Mise à disposition de supports innovants et pédagogiques** : exemple = support vidéo (disponible sur ordinateur ou smartphone)



- > **Organisation de webinaires ou visioconférences pour la présentation de la convention aux Collectivités et à leurs agents**
- ➔ Présentation avec questions/réponses en direct ;
 - ➔ Présentation enregistrée et en accès libre par les agents ;
 - ➔ Invitation accessible à partir d'un smartphone, et inscription par simple clic.



Présentation du contrat de Prévoyance

- Les avantages du contrat collectif
- Les garanties
- La participation financière de l'employeur
- Les modalités d'adhésion

Réunion animée par
Laetitia BORDAGE
Collecteam



DATE
mercredi
29 janvier 2024



HEURE
10:00

**REJOINDRE LA
REUNION**

LE CONTACT CENTRE DE RELATION CLIENTS

L'équipe terrain est également assistée du Centre de Relation Clients piloté par :



Nom

Rizlaine BOULEGROUNE

Fonction

Responsable réception d'appels collectivités

Coordonnées

Téléphone : 02.36.56.00.02
Email : crc@collecteam.fr

> **Mise à disposition d'une ligne téléphonique dédiée aux Collectivités et à leurs agents**

Notre Centre de relation clients se chargera de répondre à l'ensemble des questions :

- ➔ Simulation / comparaison entre votre contrat collectif et leur contrat individuel,
- ➔ Calcul du montant de leur cotisation,
- ➔ Explication de l'ensemble des garanties,
- ➔ Accompagnement dans la résiliation de leur contrat individuel.

Nos conseillers sont en liaison permanente avec votre chargé d'affaires et **sont habilités à répondre à toutes les questions** (explications et comparatifs de garanties, simulation de cotisation, accompagnement pour adhérer...). Ils prennent le temps nécessaire à la prise en charge de chaque appel avec pour **seule règle : la satisfaction de vos agents**.



Indicateurs 2023

La durée moyenne d'un appel téléphonique entrant	4m 57 secondes
Les délais moyens d'attente	15 secondes
Le taux d'appel servi	97%
Le taux d'appel servi en moins de 12 secondes *	92% d'appels <small>* correspondant à 3 sonneries</small>
Le taux d'appel en abandon	9%
Le taux d'appel en dissuasion	10%
ETP dédié à la relation téléphonique	13 ETP <small>en moyenne sur l'année</small>
Nombres appels entrants	93 264
Nombres appels sortants (rappel sous 48h en cas de forte affluence)	12 097

Collecteam vous propose un accompagnement complet pour piloter et sécuriser votre convention de participation tout le long de la Convention de Participation.

ACCOMPAGNEMENT JURIDIQUE

LE RESPECT DU STATUT DES AGENTS DE LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE

Collecteam, fort de son expérience, a développé **une offre prévoyance respectant parfaitement les particularités statutaires de l'ensemble des agents employés** par des collectivités ou établissements publics qu'ils soient fonctionnaires affiliés ou non à la CNRACL, agents contractuels de droit public ou de droit privé.

LE RESPECT DU CADRE LEGISLATIF ET REGLEMENTAIRE

La mise en place et le suivi d'une convention de participation nécessitent, pour tout employeur public, l'analyse et l'imbrication d'un ensemble de textes particulièrement denses.

Ces particularités, relevant à la fois du droit public et du droit privé, **nécessitent une double compétence** que peu d'intervenants maîtrisent dans le domaine des assurances collectives et que possède Collecteam du fait de sa spécialisation dans le secteur public et de sa présence historique sur la marché de la prévoyance collective.

LA VEILLE JURIDIQUE

Par ailleurs, **Collecteam vous propose une veille juridique** permettant de vous informer de toutes modifications législatives ou réglementaires ayant des effets sur la protection sociale de vos agents.

Exemple : Décret n°2022-581 du 20 avril 2022 relatif aux garanties de protection sociale complémentaire et à la participation obligatoire des collectivités territoriales et de leurs établissements publics à leur financement, qui vient renforcer les dispositifs de protection complémentaire des agents de la Fonction Publique.



UN DIALOGUE REGULIER AVEC LES PARTENAIRES SOCIAUX

Toute négociation relative aux régimes de protection sociale complémentaire exige **une véritable concertation avec les partenaires sociaux**.

Plus précisément, le Décret n°2011-1474 vous impose la consultation du comité social territorial pour le choix de la procédure permettant la participation de la collectivité à la protection sociale de ses agents et dans un second temps lors du choix de l'attributaire de la convention.

Ensuite, le comité social territorial peut être invité à participer aux réunions de suivi tenues tout au long de la convention. Or, l'expérience montre que la complexité de la matière peut être un obstacle à l'élaboration d'un dialogue constructif.

C'est pourquoi, nous apportons un soin particulier à la réussite de cette étape incontournable en vous assistant dans les relations avec vos partenaires sociaux sur le dossier de la protection sociale complémentaire :

- ➔ Mise en place d'un comité de pilotage,
- ➔ Préparation et animation des réunions de travail,
- ➔ Rédaction de notes de synthèse claires et pédagogiques.

ACCOMPAGNEMENT TECHNIQUE

LA PROTECTION DE VOS INTERETS VIS-A-VIS DE L'ORGANISME ASSUREUR

L'assurance est une matière très technique, encadrée par une réglementation particulièrement dense et complexe qui subit des évolutions constantes et régulières qui ont pour effet de rendre cette matière de moins en moins accessible pour les assurés.

C'est la raison pour laquelle Collecteam **assiste très largement ses clients sur tous les aspects assurantiels des différentes couvertures souscrites** et plus particulièrement dans les domaines suivants :

- La vérification de la conformité de l'ensemble des éléments contractuels par rapport aux termes de votre cahier des charges,
- L'établissement des résultats techniques par régime et le contrôle strict du provisionnement constitué,
- La négociation et la finalisation d'éventuels aménagements souhaités concernant le niveau des garanties, la structure des cotisations, l'évolution des couvertures, etc.

La démarche proposée, **sans surcoût supplémentaire**, couvre les points suivants :

- Information et consultation du comité social territorial.
- Organisation et suivi d'éventuelles réunions.
- Validation des éléments contractuels par rapport au cahier des charges.

UN PILOTAGE PERSONNALISE DES REGIMES

Parce qu'ils sont garants de la bonne protection des agents, les régimes de prévoyance doivent évoluer et prendre en compte les mutations, aussi bien internes qu'externes, auxquelles sont confrontées les collectivités territoriales (démographie des personnels, changement de statut, fusion, évolution de la législation, ...).

Il est donc essentiel d'assurer un suivi et une adaptation régulière des contrats en place.

Pour ce faire, Collecteam s'engage à restituer un bilan annuel complet des différentes composantes du contrat, tant auprès des Directions des Ressources Humaines que des Partenaires Sociaux, comprenant notamment :

- > **Une analyse précise des adhésions au régime de prévoyance**, pouvant s'accompagner de conseils **en matière d'évolution des couvertures** (typologie des garanties, niveau de garanties, options facultatives, ...).
- > **La remise de comptes de résultats** permettant d'analyser la sinistralité et l'équilibre du contrat.
- > **La vérification systématique des provisions techniques constituées** pour chaque exercice.
- > **Une veille juridique** permanente destinée à actualiser et sécuriser vos contrats de prévoyance complémentaire.
- > **Des suggestions de prévention** du risque, établies sur la base de nos études et analyses effectuées de façon régulière.
- > **La communication d'un bilan global de gestion** permettant de suivre et de vérifier la réalisation de nos objectifs et engagements.

Prévisions d'adhésion. L'Assureur reporte le tableau ci-après complété (extrait du fichier Excel du DCE à incorporer ci-dessous) avec les deux hypothèses : l'ensemble de la population éligible adhère au dispositif (hypothèse 1) et seuls les agents envisagés selon les prévisions d'adhésion adhèrent au dispositif (hypothèse 2) **(Extrait du fichier Excel du DCE à incorporer ci-dessous) :**

PREVISIONNEL D'ADHESION						
Article 1 de l'arrêté du 8 novembre 2011 relatif aux critères de choix des collectivités territoriales et des établissements publics en relevant dans le cas d'une convention de participation (NOR: COTB1118924).						
	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5	Année 6
Hypothèse 1 : adhésion totale						
Nombre d'employeurs	29010	29590	29886	29587	30179	30571
Nombre d'agents	29010	29590	29886	29587	30179	30571
Hypothèse 2 : adhésion partielle						
Nombre d'agents adhérents :	13055	14795	16437	17752	19616	21400
Taux d'adhésion :	45%	50%	55%	60%	65%	70%

L'Assureur précise sa justification quant au taux d'adhésion proposé au titre de l'hypothèse 2 :

Pour prévoir le taux d'adhésion, nous nous basons sur le taux actuel d'adhérents et l'évolution de celui-ci au cours de la précédente Convention de Participation.

En outre, en raison du caractère facultatif du régime, il convient également prendre en compte le taux d'antisélection du dispositif – phénomène selon lequel la population la plus à risque adhère en masse et en priorité - ainsi que son impact sur la sinistralité.

Notre prévision de maîtrise financière s'attache à reproduire les fluctuations de sinistralité de faible intensité naturellement observées ainsi que les pics de sinistralité, sans qu'il nous soit possible d'en prédire l'année de survenance ni leur intensité exacte. Toutefois, ces pics de sinistralité sont prévus par l'organisme assureur à grande échelle et absorbés par la mutualisation de l'ensemble de son portefeuille voire le prélèvement sur fonds propres constitués à cet effet en dernier recours.

Cette approche est ainsi corrélée au regard des éléments communiqués dans le cadre de votre cahier des charges ; de la démographie et de l'existant.

A noter que cette projection ne tient pas compte de la mise en œuvre des dispositions de l'Accord du 11 juillet 2023 rendant obligatoire le régime de prévoyance à l'ensemble des agents de la Collectivité.

Justification à renseigner

3.2. Tableau de suivi

Un tableau de suivi trimestriel des risques permettant au Souscripteur de connaître et de suivre l'état des actions et des risques est proposé par l'Assureur selon le modèle suivant :

TABEAU DE SUIVI TRIMESTRIEL DES RISQUES

Nombre de dossiers	TRIMESTRE 1				TRIMESTRE 2				...
	Ouverts	Clos	Indemnisés	En cours	Ouverts	Clos	Indemnisés	En cours	
	au cours du trimestre	au cours du trimestre	au cours du trimestre	au dernier jour du trimestre	au cours du trimestre	au cours du trimestre	au cours du trimestre	au dernier jour du trimestre	
Arrêts de travail :									
CMO									
CLM-CLD-CGM									
DORS et MDTA									
Autres arrêts									
TPT									
Invalidité									
Décès									
Gestion des arrêts :									
Indus restitués									
Contrôles médicaux									
Recours contre tiers									
Dossiers d'action sociale									
Dossiers d'assistance									

L'Assureur met en place les tableaux de suivi

Le tableau de suivi trimestriel des risques est mis en place à la date d'effet du contrat d'assurance :	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Ce tableau est proposé par envoi courriel au terme de chaque trimestre (1 ^{er} avril, 1 ^{er} juillet, 1 ^{er} octobre, 1 ^{er} janvier) :	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Ce tableau est disponible sous l'extranet mis à la disposition du Souscripteur :	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

3.3. Equilibre économique

Compte de résultat prévisionnel et triangle de liquidation. L'Assureur présente les opérations d'assurance, sur la base de deux hypothèses : l'ensemble de la population éligible adhère au dispositif (hypothèse 1), et seuls les agents envisagés selon les prévisions d'adhésion adhèrent au dispositif (hypothèse 2).

Le compte de résultat technique et le triangle de liquidation sont présentés en **exercice de survenance (extrait du fichier Excel du DCE à incorporer ci-dessous) :**

COMPTE DE RESULTAT PREVISIONNEL GLOBAL

Article 1 de l'arrêté du 8 novembre 2011 relatif aux critères de choix des collectivités territoriales et des établissements publics en relevant dans le cas d'une convention de participation (NOR: COTB1118924).

Base : exercice de survenance

Hypothèse 1 : adhésion totale

Compte de résultat technique

Cotisations hors taxes

Prestations

Provisions

Frais de gestion

Résultat technique

Résultat / cotisations HT

Frais de gestion / cotisations HT

Triangle de liquidation

Résultat technique

Résultat technique

Résultat technique

Résultat technique

Résultat technique

Résultat technique

Hypothèse 2 : adhésion partielle

Compte de résultat technique

Cotisations hors taxes

Prestations

Provisions

Frais de gestion

Résultat technique

Résultat / cotisations HT

Frais de gestion / cotisations HT

Triangle de liquidation

Résultat technique

Résultat technique

Résultat technique

Résultat technique

Résultat technique

Résultat technique

Sens	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5	Année 6	TOTAL
+	11 876 258 €	12 113 783 €	12 356 059 €	12 603 180 €	12 855 244 €	13 112 349 €	74 916 873 €
-	7 137 742 €	6 824 352 €	5 957 326 €	4 483 315 €	3 142 773 €	2 139 851 €	29 685 359 €
-	3 039 845 €	4 007 321 €	5 270 422 €	6 799 781 €	8 440 616 €	9 566 751 €	37 124 736 €
-	1 187 626 €	1 211 378 €	1 235 606 €	1 260 318 €	1 285 524 €	1 311 235 €	7 491 687 €
	511 045 €	70 732 €	-107 294 €	59 766 €	-13 669 €	94 512 €	615 091 €
	4.30%	0.58%	-0.87%	0.47%	-0.11%	0.72%	0.82%
	10.00%	10.00%	10.00%	10.00%	10.00%	10.00%	10.00%

N	-24 618 €	-264 268 €	-1 083 620 €	-660 431 €	-1 159 279 €	94 512 €
N+1	939 575 €	740 732 €	14 746 €	182 408 €	-13 669 €	
N+2	618 177 €	405 732 €	-351 376 €	59 766 €		
N+3	832 442 €	629 066 €	-107 294 €			
N+4	296 780 €	70 732 €				
N+5	511 045 €					

+	5 344 316 €	5 938 129 €	6 531 942 €	7 125 755 €	7 719 568 €	8 313 381 €	40 973 091 €
-	3 184 607 €	3 062 805 €	2 676 425 €	2 118 806 €	1 926 537 €	1 638 436 €	14 607 616 €
-	1 476 099 €	2 271 692 €	3 213 490 €	4 338 161 €	5 221 400 €	6 219 759 €	22 740 602 €
-	534 432 €	593 813 €	653 194 €	712 575 €	771 957 €	831 338 €	4 097 309 €
	149 178 €	9 819 €	-11 167 €	-43 788 €	-200 326 €	-376 153 €	-472 436 €
	2.79%	0.17%	-0.17%	-0.61%	-2.60%	-4.52%	-1.15%
	10.00%	10.00%	10.00%	10.00%	10.00%	10.00%	10.00%

N	-96 122 €	-155 165 €	-523 334 €	-455 935 €	-907 264 €	-376 153 €
N+1	345 418 €	339 788 €	52 854 €	26 396 €	-200 326 €	
N+2	198 238 €	174 804 €	-139 209 €	-43 788 €		
N+3	296 358 €	284 793 €	-11 167 €			
N+4	51 058 €	9 819 €				
N+5	149 178 €					

3.4. Frais de gestion

L'Assureur renseigne le **ratio de frais de gestion**, calculé entre le montant total des frais de gestion et le montant des cotisations hors taxes.

Les frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires).

Le ratio indiqué ci-dessous par l'Assureur est celui applicable pendant toute la durée du contrat, et doit être mentionné obligatoirement dans le rapport annuel sur les comptes du contrat prévu à l'article 15 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 :

Ratio contractuel

10 %

3.5. Provisions techniques

Cadre des provisions techniques. L'Assureur calcule et inscrit les provisions techniques pour l'établissement du compte du résultat du contrat d'assurance. Par application de la réglementation³, les provisions techniques des prestations d'incapacité et d'invalidité sont la somme :

- 1° Des provisions correspondant aux prestations d'incapacité de travail à verser après le 31 décembre de l'exercice au titre des sinistres en cours à cette date majorées des provisions dites pour rentes en attente relatives aux rentes d'invalidité susceptibles d'intervenir ultérieurement au titre des sinistres d'incapacité en cours au 31 décembre de l'exercice,
- 2° Des provisions correspondant aux prestations d'invalidité à verser après le 31 décembre de l'exercice au titre des sinistres d'invalidité en cours à cette date.

Le calcul des provisions techniques de prestations d'incapacité de travail et d'invalidité est effectué à partir des éléments suivants :

- 1° Les lois de maintien en incapacité de travail et en invalidité réglementaire. Toutefois, il est possible pour une entreprise d'assurances d'utiliser une loi de maintien établie par ses soins et certifiée par un actuair indépendant de cette entreprise, agréé à cet effet par l'une des associations d'actuaires reconnues par l'ACPR,
- 2° Un taux d'actualisation qui ne peut excéder 75% du taux moyen des emprunts de l'Etat français calculé sur base semestrielle, sans pouvoir dépasser 4,5%.

Définitions des provisions techniques. L'Assureur présente en termes clairs et précis la méthodologie et les bases techniques de chacune des catégories de provisions, et comporte la justification de leur caractère prudent dans le tableau ci-après :

Types de provisions		A présenter en termes clairs et précis
Provisions pour sinistres à payer	PSAP	La provision pour sinistres à payer (PSAP) est prévue dans le compte de résultats lorsqu'un sinistre a été déclaré et doit nécessiter un règlement au regard des garanties, mais pour lequel le règlement n'a pas encore été effectué au moment de la sortie du compte de résultats. Par exemple : arrêt à la date du 01.06.2024 payé jusqu'à la date du 15.06.2024, prolongation déclarée du 16.06.2024 au 15.07.2024, mais à la sortie du compte de résultats au 30.06.2024, la prolongation n'est pas encore payée.

³ Articles A. 331-22 du code des assurances, A. 931-10-9 du code de la sécurité sociale et A. 212-9 du code de la mutualité.

Provisions mathématiques	PM	Les provisions mathématiques concernant les invalidités et les incapacités de travail en cours sont établies à partir des tables statistiques du BCAC, homologuées par l'arrêté du 24 décembre 2010 (loi de maintien en incapacité, loi de passage en invalidité et loi de maintien en invalidité) et calculées sur la base de la prestation versée à l'assuré, de son âge, de son ancienneté dans le risque au moment de l'arrêté des comptes et du taux technique en vigueur à cette même date.
Provisions pour sinistres inconnus	PSI	<p>La provision pour sinistres inconnus (PSI) est un montant nécessaire pour permettre à l'organisme assureur de régler d'éventuels sinistres survenus sur un exercice considéré, et dont il n'aurait pas eu connaissance au moment de la date d'arrêté des comptes.</p> <p>La PSI est donc fonction de la date d'arrêté des comptes. Par expérience et selon la date d'arrêté des comptes, l'assureur fixe un niveau de provisionnement pour les PSI basé sur la liquidation des prestations de son portefeuille historique.</p>

L'Assureur mentionne ci-après les tables applicables des provisions techniques :

	Tables réglementaires	Tables d'expérience
Loi de maintien en incapacité temporaire	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non
Loi de passage d'incapacité temporaire en invalidité	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non
Loi de maintien en invalidité	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non
Commentaire :		
...		

L'Assureur justifiera l'application des tables réglementaires au regard des règles applicables au statut de la fonction publique territoriale (conгés pour raison de santé et invalidité des agents affiliés à la CNRACL) :

Le calcul de la provision mathématique permet à l'organisme assureur de constituer un montant lui permettant de pouvoir régler dans le futur, les sinistres qui seraient toujours en cours.

L'organisme assureur recourt à l'utilisation des tables réglementaires (BCAC 2010) en ajustant les modalités d'application pour être en adéquation avec la typologie des arrêts des agents relevant de la Fonction Publique Territoriale, à savoir :

- > adaptation de la date d'origine pour le calcul des provisions des CLM/CLD ou DO,
- > ajustement d'expérience de la loi de passage en invalidité pour le calcul de la provision d'invalidité en attente,
- > prise en compte de la réforme des retraites pour l'âge de liquidation de la retraite.

Plusieurs données doivent être prises en compte pour le calcul de la provision tête par tête, à savoir :

- > l'âge du bénéficiaire des prestations à la date d'arrêt des comptes qui permet de déterminer l'engagement maximum de l'assureur en terme de durée ;
- > le montant de rémunération de l'agent permettant le calcul de la prestation à verser ;
- > le niveau des garanties prévues au contrat et souscrit par l'agent ;
- > l'ancienneté dans le risque, soit le nombre de mois écoulés entre la date de survenance du sinistre et la date d'arrêt des comptes. Plus la durée courue du sinistre est longue, moins la probabilité de reprise est élevée et par conséquent plus le provisionnement est fort.

Justification à renseigner

En cas d'application de tables d'expérience, l'Assureur indiquera les modalités de création, de maintien de cette table, ainsi que sa durée, la date de son renouvellement et enfin l'organisme actuariel chargé de la certification :

Précision à apporter

Compréhension à partir d'un exemple. L'Assureur présente sous la forme d'un **schéma clair**, la déclinaison des provisions techniques avec évaluation économique à partir d'un exemple.

Exemple : un agent affilié à la CNRACL âgé de 48 ans est placé en maladie ordinaire le 20 juin 2023. L'Assureur verse des indemnités journalières (IJ) à compter du 90^{ème} jour, et pour une période de 60 jours, soit du 20 septembre 2023 au 19 novembre 2023. L'agent a souscrit aux garanties minimales mentionnées aux conditions particulières (90% de son salaire couvert au titre des garanties incapacité de travail et invalidité permanente) ainsi qu'à la garantie décès (couverture de 100% de son salaire annuel brut). Son salaire annuel brut s'élève à 32 K€. L'Assureur présente un schéma explicatif déroulant les provisions techniques à inscrire et précise leurs montants dans le tableau récapitulatif :

Schéma à insérer.

Pour cet exemple nous avons retenu les données suivantes :

L'agent dispose d'un IM 550 sans RI.

Le demi-traitement statutaire s'élève à 35.07 €

L'indemnité journalière payée par l'assureur est de 28.05€

L'agent est en arrêt au-delà du 19 novembre 2023.

Les provisions sont établies sur la base d'un arrêté des comptes au 31/12/2023 avec un congé de maladie ordinaire (CMO) toujours en cours

Tableau à compléter	
Paiement et provisions techniques	Montant
IJ versées :	1 683 €
Provision pour sinistre à payer :	1 178,10 €
Provision IJ en latence :	8 814,53 €
Provision rente en latence :	9 769,44 €
Provision maintien garantie décès :	2 835,75 €
Coût total du dossier :	24 280,82 €

En cas d'absence de provision pour maintien de la garantie décès, l'Assureur le justifiera ci-après :

Justification de la non-inscription de la provision pour maintien de la garantie décès.

Taux d'actualisation des provisions techniques. L'Assureur indique le taux d'actualisation des provisions techniques :

Tableau à compléter	
Année 2024 :	2,22 %
Année 2023 :	1,79 %
Année 2022 :	0,66 %

3.6. Inventaire des dossiers

Inventaire. L'Assureur établit une liste des dossiers en cours sous forme d'inventaire. Cet inventaire doit reprendre à minima les données indiquées dans le tableau suivant :

INVENTAIRE DES DOSSIERS EN COURS												
Date de l'arrêté :		JJ/MM/AAAA										
N° agent	Risque	Date de naissance	Age	Date de survenance	Exercice de survenance	Salaire annuel brut	Montant de l'U / rente	Provisions techniques				
N° de dossier assureur	Selon code légende	JJ.MM.AAA A	AAAA	JJ.MM.AAA A	AAAA	€	€	PSAP	PM rentes en attente	PM rentes en cours	PM décès	Total
												0 €
												0 €
												0 €
												0 €
												0 €
Total =>								0 €	0 €	0 €	0 €	0 €

Code légende

Risques :

CMO	Congé de maladie ordinaire
CLM	Congé de longue maladie
CLD	Congé de longue durée
CGM	Congé de grave maladie
DORS	Disponibilité d'office pour raison de santé
MDTA	Maintien du demi-traitement en attente de décision du conseil médical
TPTAP	Temps partiel thérapeutique consécutif à un arrêt de travail
TPT	Temps partiel thérapeutique non consécutif à un arrêt de travail
INV	Invalidité
DC	Décès

Provisions techniques :

PSAP	Provisions pour sinistres à payer
PM	Provisions mathématiques

Remarque :

Age	Différence entre la date de l'arrêté des comptes et la date de naissance
-----	--------------------------------------------------------------------------

Tableau à compléter

L'Assureur établit l'inventaire sur la base du tableau inscrit ci-dessus :	<input checked="" type="checkbox"/> Oui
	<input type="checkbox"/> Non

Modalités de mise à jour de l'inventaire. Chaque année, l'Assureur établit l'inventaire des dossiers en cours qui nécessite une mise à jour.

Pour ce faire, l'Assureur indique dans le tableau ci-après les modalités d'actualisation de l'inventaire :

Tableau à compléter	
La date de clôture de l'inventaire des dossiers en cours est prévue le :	31 mars
La date limite de mise à jour des dossiers par le Souscripteur est fixée au :	30 avril
La liste des dossiers pour l'inventaire est mise à la disposition du Souscripteur pour actualisation via l'extranet de gestion :	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
L'Assureur contacte l'Employeur pour l'aider à réaliser la mise à jour de la liste des dossiers avant la clôture de l'inventaire :	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Dans l'affirmative, à quelle période l'Assureur contacte-t-il l'Employeur pour l'aider à réaliser cette mise à jour ?	A partir du 10 avril
Commentaire libre :	

3.7. Rapport annuel

L'Assureur communique annuellement le rapport sur les comptes du contrat d'assurance par exercice comptable et de survenance, accompagné de son annexe et de la projection actualisée selon la trame indiquée ci-après.

Rapport annuel sur les comptes du contrat

Date d'envoi. Le rapport est à envoyer au plus tard le 30 juin suivant la clôture de l'exercice.

Contenu. Le rapport doit contenir les informations et les données suivantes :

- **Définitions des provisions :**
 - o La méthodologie et les bases techniques de chacune des catégories de provisions (PSAP : provisions pour sinistres à payer, PM : provisions mathématiques et PSI : provisions pour sinistres inconnus) constituées par l'Assureur avec la justification de leur caractère prudent sont présentés en **termes clairs et précis**,
- **Données par exercice comptable et de survenance :**
 - o Nombre de personnes garanties dans l'année, avec répartition par tranches d'âge décennales et selon les garanties souscrites,
 - o Montants des cotisations TTC et montants des taxes,
 - o Montant des frais de gestion et taux de frais de gestion sur cotisations HT,
 - o Montants des cotisations brutes de réassurance, des prestations payées brutes de réassurance et des provisions techniques brutes de réassurance le 1er janvier et le 31 décembre de l'exercice considéré,
 - o Quote-part des produits financiers nets, des commissions et des participations aux résultats si prévues et le résultat de la réassurance,

Remarque. Le rapport doit comporter l'historique des informations, c'est-à-dire l'ensemble des données par année (historique à reprendre systématiquement).

Annexe technique

Le rapport annuel contient une annexe technique composée de :

- **L'état des risques** avec le nombre d'agents en arrêt de travail, le nombre d'arrêts de travail, le nombre de jours indemnisés, le nombre d'agents mis en invalidité, le nombre d'agents décédés.
- **L'état des actions** avec le nombre de contrôles médicaux réalisés, le nombre d'expertises déclenchées, le montant des indus restitués,
- **L'inventaire des dossiers** selon le tableau inséré en amont,
- **Le triangle de liquidation** pour comprendre l'évolution du résultat technique par année depuis la date d'effet du contrat selon les dossiers rattachés par année de survenance,
- **L'état de consommation de la garantie assistance.**

Projection économique

En complément au rapport annuel, l'Assureur établit une projection économique pour les années futures qui vaut actualisation du prévisionnel remis au titre de la maîtrise financière, et justifie de cette évolution.

Tableau à compléter	
L'Assureur établit le rapport annuel avec l'ensemble des informations et des données mentionnées en amont	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
L'Assureur établit l'annexe au rapport annuel avec l'ensemble des informations et des données mentionnées en amont	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Le rapport annuel comprend bien en annexe complémentaire la projection économique valant actualisation du prévisionnel	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
L'Assureur communique le rapport annuel et l'annexe technique à l'Employeur le 30 juin de l'année au plus tard	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
L'Assureur présente le rapport annuel et son annexe à l'Employeur (avec envoi préalable de celui-ci 15 jours au moins avant la réunion)	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Collecteam s'engage à restituer un bilan annuel complet des différentes composantes du contrat, tant auprès des Directions des Ressources Humaines que des Partenaires Sociaux, comprenant notamment :

- > **Une analyse précise des adhésions au régime de prévoyance**, pouvant s'accompagner de conseils en matière d'évolution des couvertures (typologie des garanties, niveau de garanties, options facultatives, ...).
- > **La remise de comptes de résultats** permettant d'analyser la sinistralité et l'équilibre du contrat.
- > **La vérification systématique des provisions techniques constituées** pour chaque exercice.
- > **Une veille juridique** permanente destinée à actualiser et sécuriser vos contrats de prévoyance complémentaire.
- > **La communication d'un bilan global de gestion** permettant de suivre et de vérifier la réalisation de nos objectifs et engagements.

Accompagnement au pilotage

Afin d'assurer la qualité du pilotage des engagements d'assurance du présent contrat collectif, l'Assureur participe au financement du pilotage de celui-ci (réunion annuelle du comité de suivi avec l'Assureur en visioconférence, contrôle des données et analyse du compte de résultat annuel établi annuellement par l'Assureur, état de gestion des dossiers, suivi des demandes éventuelles de majorations tarifaires de l'Assureur). Ce financement consiste en la prise en charge par l'Assureur au titre de ses frais de gestion, des frais de conseil de la société ALCEGA Conseil, enregistrée à l'ORIAS sous le numéro 12065199, de 4 200,00 € HT par an.



CENTRE DE GESTION DE LA FPT DES BOUCHES-DU-RHÔNE

Contrat collectif d'assurance prévoyance

Annexe aux conditions particulières : volet accompagnement

Contenu

1.	Présentation	2
2.	Services d'accompagnement de l'Employeur	2
2.1.	Présentation de l'équipe de gestion dédiée	2
2.2.	Modalité de gestion des adhésions	7
2.3.	Mise à disposition de l'extranet de gestion RH.....	7
3.	Services d'accompagnement des agents.....	9
3.1.	Mise à disposition de l'extranet agents	9
3.2.	Délais contractuels de traitement des dossiers.....	11
3.3.	Protection des agents	13
3.4.	Information des agents	15
3.5.	Dispositif d'accompagnement spécialisé	15

Remarque :

Le présent document est une annexe indissociable des conditions particulières du contrat collectif d'assurance. L'Assureur doit répondre en respectant le cadre proposé. Le nombre de pages est limité à **20** pour garantir lisibilité et compréhension des réponses pour le Souscripteur.

1. Présentation

L'annexe aux conditions particulières porte sur les services d'accompagnement proposés par l'Assureur ou son gestionnaire à destination des services RH de l'employeur et de ses agents.

2. Services d'accompagnement de l'Employeur

2.1. Présentation de l'équipe de gestion dédiée

MOYENS	A COMPLETER PAR L'ASSUREUR
Responsable du suivi du contrat	
Responsable (nom, prénom, fonction, formation, téléphone, courriel, année d'expérience, localisation) :	<p>Nous accordons une grande importance au fait de proposer à chacun de nos clients une équipe dédiée, compétente et pérenne. Nos échanges sont ainsi facilités par la capitalisation de notre expérience réciproque.</p> <p>Depuis votre première convention de participation prévoyance, votre interlocutrice dédiée est Laëtitia BORDAGE. Elle dispose donc d'une parfaite connaissance de votre groupement et s'attachera à ce que le renouvellement de votre Convention 2025 – 2030 soit la plus efficiente possible.</p> <p>LE SUIVI COMMERCIAL</p> <p>Suivi du dossier, organisation des réunions, interventions sur site, présentations des résultats devant la direction et les partenaires sociaux :</p> <div data-bbox="279 1115 544 1435" data-label="Image">  </div> <p>Laëtitia BORDAGE Responsable grands comptes 06 46.10.31.66 lbordage@collecteam.fr Formation : Master 2 en Droit Public (Université de La Rochelle) 12 ans d'expérience en protection sociale complémentaire</p> <p>Les équipes de Collecteam dispose également d'un service juridique dédié au Pôle Public, vous apportant une réelle analyse de vos régimes en place (veille juridique, préparation des modèles de convention de participation, vérification du traitement social et fiscal des cotisations ainsi que des prestations, etc...) :</p> <p>Angeline LANCIAUX Responsable Juridique Prévoyance/Santé Pôle Public 02.36.56.01.62 - alanciaux@collecteam.fr Formation : Master II Droit et Administration Publique et Territoriale Mention Juriste Territorial 11 ans d'expérience en protection sociale complémentaire</p>

MOYENS	A COMPLETER PAR L'ASSUREUR
Gestion des adhésions et cotisation	
Responsable des adhésions et cotisations (nom, prénom, fonction, formation, téléphone, courriel, année d'expérience, localisation) :	<p>Le suivi de vos adhésions : <i>(à noter que nous pourrions mettre à la disposition de vos Collectivités notre nouvel outil d'adhésion en ligne – Cf. partie 3 - Services d'accompagnement des agents)</i></p> <p style="text-align: center;">Séverine CREPIN Gestionnaire Conseil Adhésions 02.36.56.01.65 adhésion-fpt@collecteam.fr</p> <p style="text-align: center;">10 ans d'expérience en protection sociale complémentaire</p> <p>Sous couvert de :</p> <p style="text-align: center;">Azziza REGRAGUI Responsable Unité Adhésions 15 ans d'expérience en protection sociale complémentaire</p> <p>Le suivi des cotisations :</p> <p style="text-align: center;">Anthony DA CUNHA Gestionnaire Confirmé Cotisations 02.36.56.00.80 gestion-cot@collecteam.fr</p> <p style="text-align: center;">8 ans d'expérience en protection sociale complémentaire</p> <p>Sous couvert de :</p> <p style="text-align: center;">Thomas JOVY Directeur Financier 5 ans d'expérience en protection sociale complémentaire</p>
Équipe dédiée (nombre de personnes, formation, téléphone unique dédié, courriel de l'équipe, localisation) :	<p>L'équipe dédiée travaille dans les locaux de Collecteam à La Chapelle-Saint-Mesmin dans l'Agglomération Orléanaise (45). Elle est composée de 6 gestionnaires « adhésion » et de 5 gestionnaires « cotisations ». De formation minimum Bac+2, ces collaborateurs sont spécifiquement formés à la protection sociale complémentaire des agents de la fonction publique territoriale.</p> <p>Coordonnées service Adhésion Téléphone : 02 36 56 01 65 Email : adhésion-fpt@collecteam.fr</p> <p>Coordonnées service Cotisation Téléphone : 02 36 56 00 80 Email : gestion-cot@collecteam.fr</p> <p>Les effectifs de l'équipe « Adhésions » sont renforcés à partir du mois de septembre pour tenir les mêmes délais de gestion tout le long de l'année.</p>

MOYENS	A COMPLETER PAR L'ASSUREUR
Gestion des prestations Responsable des prestations (nom, prénom, fonction, formation, téléphone, courriel, année d'expérience, localisation) :	<p>Le suivi de vos dossiers incapacité / invalidité / décès</p> <p>Nous nous engageons, pendant toute la durée de la convention de participation, à vous accompagner au mieux dans le suivi de vos dossiers de demande de prestations.</p> <p>Votre interlocuteur dédié pour les dossiers d'incapacité temporaire de vos Collectivités :</p> <p style="text-align: center;">Benoît ROUX Responsable d'unité FPT Téléphone : 02.36.56.00.56 gestion-fpt@collecteam.fr 8 ans d'expérience en protection sociale complémentaire</p> <p>Votre interlocuteur dédié pour les dossiers d'invalidité permanente :</p> <p style="text-align: center;">Julien RENOU Responsable d'unité Invalidité Téléphone : 02.36.56.00.99 gestion-inv@collecteam.fr 10 ans d'expérience en protection sociale complémentaire</p> <p>Votre interlocutrice dédiée pour les dossiers de décès :</p> <p style="text-align: center;">Vanessa MARCHANT Responsable d'unité Décès Téléphone : 02.36.56.00.89 gestion-deces@collecteam.fr 10 ans d'expérience en protection sociale complémentaire</p> <p>Sous couvert de :</p> <p style="text-align: center;">Jackie ROYER Directrice de la Gestion 15 ans d'expérience en protection sociale complémentaire</p>
Équipe dédiée (nombre de personnes, formation, téléphone unique dédié, courriel de l'équipe, localisation) :	<p>L'équipe dédiée travaille dans les locaux de Collecteam à La Chapelle-Saint-Mesmin dans l'Agglomération Orléanaise (45). Elle est aujourd'hui composée de 3 Unités Incapacité composées de 4 gestionnaires « incapacité », soit 12 gestionnaires et 3 Responsables.</p> <p>Coordonnées service Incapacité Téléphone : 02 36 56 00 56 Email : gestion-fpt@collecteam.fr</p> <p>Coordonnées service Invalidité Téléphone : 02 36 56 00 99 Email : gestion-inv@collecteam.fr</p> <p>Coordonnées service Décès Téléphone : 02 36 56 00 89 Email : gestion-deces@collecteam.fr</p>



MOYENS	A COMPLETER PAR L'ASSUREUR
	<p>Les effectifs des équipes de gestion augmentent continuellement afin d'anticiper nos nouveaux contrats, et assurer notre engagement sur les délais de gestion.</p> <p>Nous rappelons que nos équipes de gestion bénéficient d'une réelle technicité de la Fonction Publique Territoriale.</p> <p>Nous rappelons également que nos équipes sont renforcées par notre centre de relation clients :</p> <p>CONTACT AGENTS</p> <p>Vos agents ont besoin de renseignements, ils souhaitent comparer leurs garanties actuelles avec celles proposées par votre intermédiaire ?</p> <p>Tél. 02.36.56.00.02</p> <p>Mail crc@collecteam.fr</p> <p>Une équipe de 6 personnes à l'année, dont les effectifs sont doublés à partir de septembre pour assurer tout le conseil aux agents dans le cadre des mises en place ou renouvellement de régimes au 1^{er} janvier de l'année.</p> <p>L'équipe est pilotée par :</p> <p style="text-align: center;">Rizlaine BOULEGROUNE Responsable de Pôle Réception d'Appels Collectivités 11 ans d'expérience en protection sociale complémentaire</p>



UNE LIGNE TÉLÉPHONIQUE DÉDIÉE AUX COLLECTIVITÉS ET A LEURS AGENTS

Véritable relais à la compréhension
du régime pour les agents



Rizlaine BOULEGROUNE

Responsable de Pôle Réception
d'Appels Collectivités

02 36 56 00 02 - crc@collecteam.fr

Les équipes de Collecteam se chargeront de répondre à l'ensemble des questions :

- Explication des garanties
- Simulation/comparaison entre votre contrat collectif
et leur contrat individuel
- Calcul du montant de leur cotisation salariale
- Accompagnement dans la résiliation de leur contrat individuel

97 %

taux de décroché en 2022

1 minute

temps moyen d'attente
*un rappel dans la journée
en cas de forte affluence*

90 000 appels

traités chaque année



collecteam

Envoyé en préfecture le 25/06/2024

Reçu en préfecture le 25/06/2024

Publié le 25/06/2024

ID : 013-281300038-20240625-2024A001-CC



Envoyé en préfecture le 17/12/2024

Reçu en préfecture le 17/12/2024

Publié le

ID : 013-211300157-20241209-24_05_41-DE



2.2. Modalités de gestion des adhésions et des cotisations

L'Assureur indique les modalités de recueil des adhésions et de gestion de l'appel et du recouvrement des cotisations :

Modalités de recueil des adhésions (format papier, électronique, flux d'échanges, contrôles)

> Elaboration du kit d'adhésion par Collecteam

- En concertation avec le Centre de Gestion, Collecteam vous proposera un courrier d'accompagnement valorisant la mise en place du régime,
- Nous mettons à la disposition des Collectivités et de leurs agents des outils pédagogiques que vous pourrez diffuser sur votre intranet sécurisé : simulateurs de cotisation, foire aux questions, synthèse des garanties, modèle de courrier de résiliation, etc.
- Résumé de garanties simple et clair,
- Bulletin individuel d'adhésion.

- > Nous pouvons également mettre à la disposition des collectivités employeurs de nouveaux outils de communication pour leurs agents, et notamment le bulletin d'adhésion électronique, facilitant la validation des adhésions.

Modalités de gestion des cotisations (précompte, flux d'échanges, contrôles)

La collectivité aura à sa charge le précompte de la cotisation sur le bulletin de salaire de l'agent. Collecteam accompagnera les employeurs pour le paramétrage de leur logiciel de paie. Le contrôle de cohérence des cotisations sera réalisé concomitamment à celui des adhésions avec l'envoi possible d'un listing complet des adhésions.

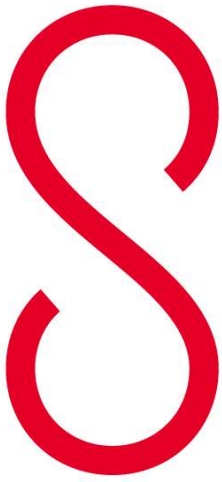
2.3. Mise à disposition de l'extranet de gestion RH

L'Assureur met à la disposition de l'Employeur un extranet complet pour le suivi des adhésions et des dossiers de prestations :

Réponse :	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
-----------	-----------------------------------------	------------------------------

Les fonctionnalités de l'extranet sont :

Fonctionnalités (10)	Réponses Assureur	
Consulter et télécharger le contrat	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Consulter et télécharger la notice d'information	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Consulter et télécharger la plaquette des garanties	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Consulter et télécharger la plaquette des services	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Enregistrer une déclaration d'arrêt de travail	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Enregistrer le passage en invalidité d'un agent	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Enregistrer le décès d'un agent	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Déposer les justificatifs nécessaires au traitement des dossiers	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Visualiser l'historique d'un dossier	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Visualiser et télécharger la liste des dossiers en cours et payés	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non



UN ACCOMPAGNEMENT DES AGENTS A CHAQUE ETAPE



Elaboration et envoi du kit d'adhésion

Nous déployons des outils facilitant l'adhésion :

- Courrier d'accompagnement valorisant la mise en place du régime
- Mise à disposition d'outils pédagogiques destinés à votre intranet : simulateurs de cotisation, foire aux questions, synthèse des garanties, modèle de courrier de résiliation, etc.
- Résumé de garanties simple et clair
- Bulletin individuel d'adhésion

Organisation de réunions d'information sur site

Nous venons à la rencontre des agents pour les accompagner :

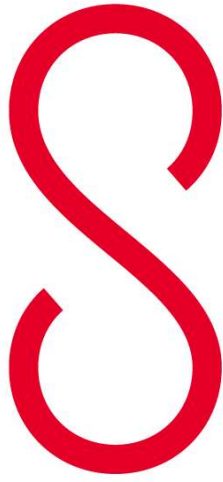
- Présentation des garanties
- Conditions d'adhésion
- Simulation des cotisations
- Permanences pour répondre aux problématiques individuelles
- Accompagnement dans la résiliation de leur contrat individuel

Organisation de webinaires ou visioconférences

Nous avons développé des outils numériques pour présenter et mettre en avant la convention auprès de vos agents.

Nous sommes en capacité de vous proposer des supports pédagogiques accessibles en ligne ou sur l'intranet de collectivité, permettant une explication ludique en images de couverture prévoyance de vos agents, mais aussi l'organisation de visioconférences ou webinaires.





VOTRE ESPACE PRÉVOYANCE EN LIGNE DÉDIÉ



Nous vous proposons de bénéficier de notre **gestion en ligne Connecteam**, qui a pour but de **simplifier et faciliter les démarches administratives de gestion**.

En vous connectant sur notre site internet : www.collecteam.fr, vous accédez à votre espace client en utilisant votre identifiant et votre mot de passe pour un accès totalement sécurisé.

Vous pouvez ainsi :

- Déclarer vos arrêts en ligne et ajouter toutes pièces justificatives
- Consulter la liste des sinistres déclarés
- Télécharger les bordereaux de règlement
- Contacter nos gestionnaires pour toute question
- Découvrir notre FAQ qui réunit les questions les plus fréquentes de nos clients sur la prévoyance complémentaire et sur nos modalités de gestion

Lors de notre première rencontre, un dossier complet comprenant l'ensemble des outils nécessaires à la bonne gestion de vos dossiers vous sera remis.
Nos gestionnaires **bénéficieront d'une large formation** dans vos locaux afin d'assurer une mise œuvre immédiate du traitement des demandes de prestations.

Collecteam vous proposera d'organiser des réunions plénières auprès des Collectivités employeurs et procédera également à la réalisation de réunions individuelles sur site afin de former les équipes ressources humaines des Collectivités en charge du suivi des demandes de prestations.

Lors de ces rencontres, un dossier complet comprenant l'ensemble des outils nécessaires à la bonne gestion des dossiers sera remis aux employeurs.

En outre, une équipe à distance est également à la disposition des employeurs pour les accompagner dans toutes leurs démarches de gestion prévoyance.

L'Assureur joint en annexe le **manuel de gestion de l'extranet**, met en place une **session de formation à l'extranet** et met à la disposition une **assistance téléphonique** à l'extranet :

N° de téléphone dédié :	<p style="text-align: center;">02.36.56.00.02</p> <p style="text-align: center;">Sandra THEVENET sera l'interlocutrice privilégiée des Collectivités pour l'utilisation de notre outil de gestion Connecteam</p> <p style="text-align: center;">Les collectivités adhérentes bénéficieront d'une formation dédiée à l'issue de laquelle sera mis à disposition :</p> <ul style="list-style-type: none"> > Le guide de gestion prévoyance, > La notice d'utilisation de l'extranet, > Les coordonnées des interlocuteurs dédiés.
--------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

3. Services d'accompagnement des agents

3.1. Mise à disposition de l'extranet agents

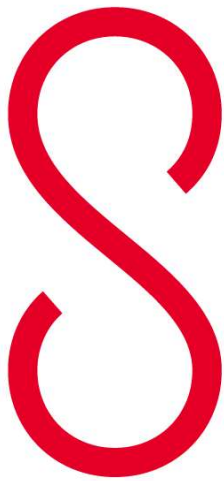
L'Assureur met à la disposition des Assurés un extranet complet avec les fonctionnalités suivantes à minima :

Fonctionnalités (10)	Réponses Assureur	
Consulter le bulletin d'adhésion	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Enregistrer et modifier les coordonnées de paiement (RIB)	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Télécharger la clause bénéficiaire (garantie décès)	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Consulter le suivi du traitement des prestations	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Consulter le suivi de l'indemnisation des prestations	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Télécharger les justificatifs de paiement	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Consulter et télécharger la notice d'information	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Consulter et télécharger la plaquette des garanties	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Consulter et télécharger la plaquette des services	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Contacteur en ligne l'interlocuteur chargé des prestations	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

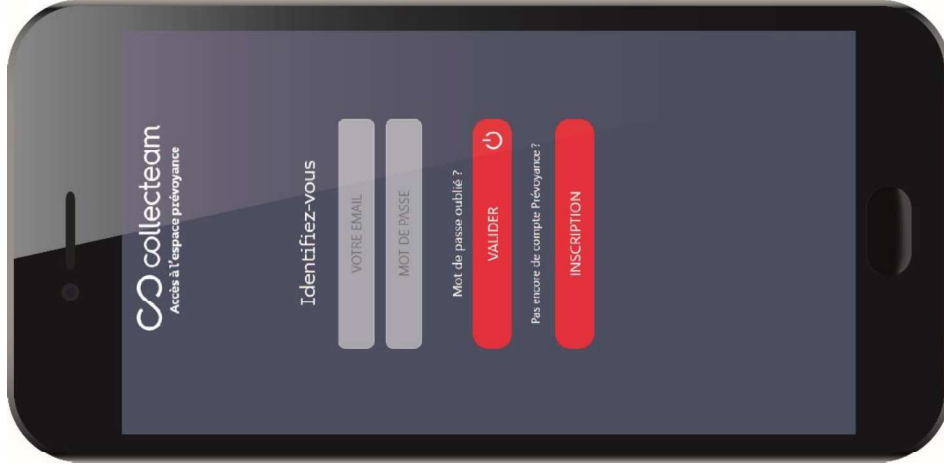
L'Assureur joint en annexe le **manuel de gestion de l'extranet Assurés**.

Notre nouvel outil d'adhésion en ligne permettra à l'agent de conserver et visualiser son bulletin d'adhésion.

En outre, un espace assuré a été déployé et sera mis à la disposition des agents bénéficiant de prestations complémentaires.



L'ESPACE ADHÉSION PRÉVOYANCE DÉDIÉ AUX AGENTS



Collecteam met à disposition de vos agents un espace en ligne permettant simplement de :

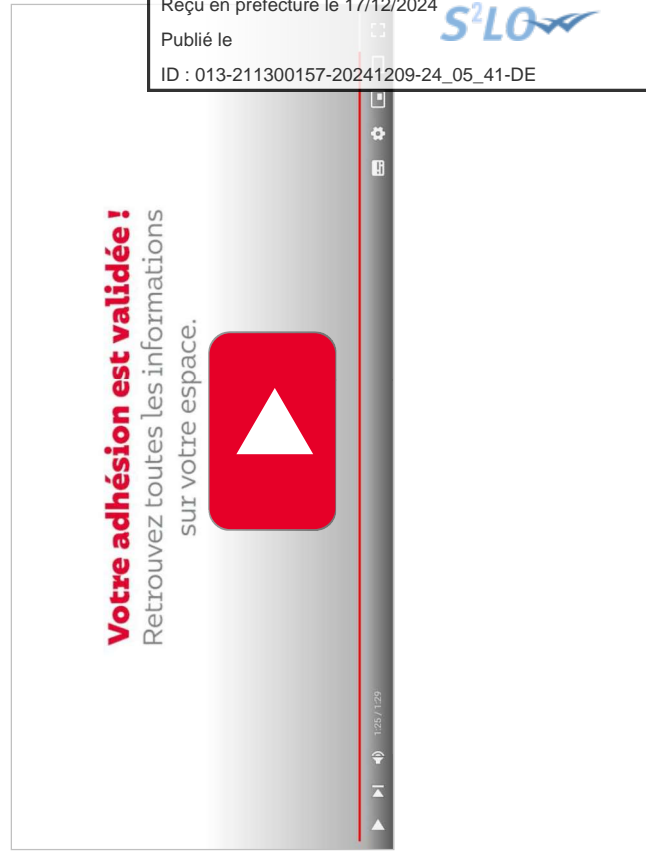
- Créer son adhésion
- Gérer son compte (informations personnelles, coordonnées bancaires, mot de passe)
- Modifier sa couverture (option disponible en fonction du paramétrage souhaité par l'employeur)
- Télécharger son attestation de couverture

Envoyé en préfecture le 25/06/2024

Reçu en préfecture le 25/06/2024

Publié le 25/06/2024

ID : 013-281300038-20240625-2024AO01-CC



Envoyé en préfecture le 17/12/2024

Reçu en préfecture le 17/12/2024

Publié le

ID : 013-211300157-20241209-24_05_41-DE



3.2. Délais contractuels de traitement des dossiers

L'Assureur complète le tableau ci-dessus relatif aux délais contractuels :

Délais contractuels de traitement des dossiers	
Délai d'attente téléphonique pour un appel entrant :	15 secondes
Taux de prise des appels téléphoniques entrants :	97 %
Délai de réponse à un courriel d'un Assuré :	24 à 48 H
Délai de réponse à un courrier d'un Assuré :	3 jours ouvrés
Délai contractuel de paiement d'un dossier arrêt de travail <i>(à partir d'un dossier contenant tous les justificatifs nécessaires)</i>	5 jours ouvrés
Délai contractuel de paiement d'un dossier rente invalidité <i>(à partir d'un dossier contenant tous les justificatifs nécessaires)</i>	5 jours ouvrés
Délai contractuel de paiement d'un dossier décès <i>(à partir d'un dossier contenant tous les justificatifs nécessaires)</i>	5 jours ouvrés
Délai contractuel de traitement d'une réclamation <i>(à partir de la saisine de la personne chargée des réclamations)</i>	2 jours ouvrés

Pour le délai contractuel de paiement d'un dossier arrêt de travail :

L'Assureur met en place un état de suivi des délais de paiement permettant de connaître la moyenne de ce délai pour l'ensemble des dossiers, et le délai dossier par dossier.

Cet état est communiqué au Souscripteur sous format électronique à la fin de chaque trimestre.

Des pénalités sont appliquées en cas de dépassement du délai contractuel global calculé chaque trimestre par dossier.

Ces pénalités, à verser aux Assurés concernés par trimestre et par dossier, s'élèvent à :

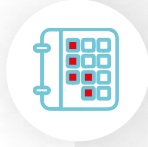
- 5% du montant de la prestation à verser pour un retard compris entre 11 et 20 jours,
- 10% du montant de la prestation à verser pour un retard compris entre 21 et 25 jours,
- 15% du montant de la prestation à verser pour un retard supérieur ou égal à 26.



NOTRE RÉACTIVITÉ AU SERVICE DES AGENTS

En matière de protection sociale, les sinistres indemnisés revêtent une dimension humaine puisqu'ils concernent des personnes confrontées à des situations d'incapacité de travail, d'invalidité ou de décès.

Délai de traitement des prestations



Incapacité temporaire de travail
5 jours



Information du traitement des règlements
en temps réel



Incapacité dont revalorisation des rentes
en temps réel
Les règlements étant chainés informatiquement pour 1 an à chaque date anniversaire



Décès
5 jours



Appels
1 minute

D'attente moyenne et rappel sous 48 heures en cas de forte affluence



Réponse aux mails
24 heures



Réponse aux courriers
3 jours



Réponse aux éventuelles réclamations
48 heures

Envoyé en préfecture le 25/06/2024
Reçu en préfecture le 25/06/2024
Publié le 25/06/2024
ID : 013-2E1300038-20240625-2024A001-CC

Envoyé en préfecture le 17/12/2024

Reçu en préfecture le 17/12/2024

Publié le

ID : 013-211300157-20241209-24_05_41-DE



colleceant
SLO

3.3. Protection des agents

Protection des données personnelles :

L'Assureur propose en annexe un projet de fiche explicative d'application des règles de protection des données personnelles (LIL, RGPD). Un soin particulier devra être opéré sur le traitement des données de santé. Le traitement des données personnelles :

Est conforme aux dispositions prévues dans le Guide actualisant le Pack de conformité Assurance de juillet 2021 publié par la CNIL et les associations professionnelles de l'assurance :	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------	------------------------------

Procédure de réclamation :

L'assureur propose en annexe la procédure de traitement de la réclamation d'un agent. Cette procédure :

Est conforme à la recommandation ACPR 2022-R-01 du 9 mai 2022 sur le traitement des réclamations :	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Comporte la médiation au sens de l'article L 612-1 du code de la consommation et de la recommandation ACPR précitée :	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

3.4. Information des agents

L'Assureur propose en annexe les documents d'information et de conseil aux agents :	
Plaquette de présentation des garanties d'assurance et des taux de cotisation :	L'assureur propose en annexe un projet de plaquette de présentation qui sera validée par le Souscripteur.
Notice d'information du contrat, élaboré sur la base des conditions particulières et des conventions spéciales :	L'assureur propose en annexe un projet de notice d'information qui sera validée par le Souscripteur.

3.5. Dispositif d'accompagnement spécialisé

Accompagnement matériel :

L'objectif est de permettre à l'Assuré en **arrêt de travail** de bénéficier d'une aide matérielle sous la forme d'un service d'assistance.

L'Assureur propose une garantie d'assistance composée de plusieurs services (base contractuelle : notice d'information assistance), et met en valeur les **deux services** ci-après :

	Événement déclencheur	Franchise (si oui, en jours)	Nombre d'heures limite
Aide-ménagère	Arrêt de travail lié à une hospitalisation	supérieur à 5 jours	2 heures par semaine dans la limite maximum de 20 heures
Aide aux enfants (accompagnement, devoirs)	Arrêt de travail lié à une hospitalisation	supérieur à 5 jours	Transfert des enfants vers un proche / garde d'enfant de moins de 15 ans pendant 15 heures maximum
Commentaire : ...			

L'Assureur renseigne les contacts de ce service ci-dessous :

Les contacts	Nom – prénom	Société	Téléphone
Pour se renseigner :	Laëtitia BORDAGE	Collecteam	02 36 56 01 61
Pour activer le service :	Laëtitia BORDAGE	Collecteam	02 36 56 01 61

L'Assureur joint en annexe la notice d'information de la garantie assistance.

Accompagnement social :

L'objectif est de permettre à l'Assuré en **arrêt de travail** ou en **invalidité** de bénéficier d'une aide sociale sous la forme du versement d'un montant forfaitaire en euros afin de répondre à ses difficultés financières, en complément aux prestations versées par l'Assureur.

L'Assureur propose une ligne financière avec un **fonds social et solidaire** qui comporte un prévisionnel contractuel selon sa connaissance des dossiers et des caractéristiques de la population à assurer :

Année	Nombre de dossiers (estimation)	Budget annuel contractuel	Montant moyen de l'aide par dossier
1	8	7000 €	875 €
2	7	7000 €	1000 €
3	8	7000 €	875 €
4	9	7000 €	777 €
5	9	7000 €	777 €
6	7	7000 €	1000 €
TOTAL	48	42 000 €	5304 €

L'assureur indique les conditions d'acquisition pour les Assurés de ce fond social :



Le fonds social est destiné à l'attribution d'allocations exceptionnelles à des assurés qui doivent faire face à des difficultés financières ou des dépenses de santé importantes pour eux-mêmes ou leur famille, compte tenu de leurs ressources familiales.

Les cas d'intervention les plus fréquents à l'échelle de notre portefeuille sont :

- Participation à l'achat de fauteuils roulants,
- Participation à des actes hors nomenclature non remboursés par la Sécurité Sociale (certains examens sanguins, chirurgie des yeux-laser, implants dentaires...)
- Participation aux frais d'accompagnement (au-delà de la garantie contractuelle)
- Participation aux frais d'obsèques d'un conjoint ou d'un enfant
- Participation pour l'achat de prothèses auditives laissant un reste à charge important

Le fonds social que nous proposons à nos clients est alimenté par le fonds de réserve de l'assureur. Nous pouvons également envisager à votre demande de créer un fonds spécifique pour votre organisme, doté d'un prélèvement de cotisations.

Dans ce cadre, il peut être géré par une Commission spécifique où peuvent intervenir les personnels en charge du dossier PSC du Centre de Gestion des Bouches-Du-Rhône. En effet, les membres de la commission peuvent être nommés au sein de l'établissement.

Les personnes pouvant solliciter la Commission sont l'agent, le comité social territorial du CDG, les Services Ressources Humaines et la Direction du CDG.

Les membres se consultent autant que de besoin pour examiner et traiter les demandes, à l'appui des pièces justificatives. Les membres de la commission décident des montants à octroyer au vu de ces informations.

Ce fonds est utilisé dans le cadre d'un secours occasionnel aux prestataires ou aux cotisants (ou ayants droit) se trouvant dans une situation particulièrement précaire.



A compléter

L'Assureur renseigne les contacts de ce service ci-dessous :

Les contacts	Nom – prénom	Société	Téléphone
Pour se renseigner :	Laëtitia BORDAGE	Collecteam	02 36 56 01 61
Pour activer le service :	Sylvie PALY	Collecteam	02 36 56 00 00



FONDS SOCIAL DÉDIÉ AUX AGENTS DES COLLECTIVITÉS DU CDG 13



SOYEZ ACTEUR
DE LA SOLIDARITÉ
AU PROFIT
DE VOTRE PERSONNEL



Parce qu'au-delà des aspects techniques, juridiques et financiers, nous sommes convaincus que **renforcer la solidarité intergénérationnelle constitue un enjeu majeur de la protection sociale complémentaire** de demain. Nous avons donc imaginé pour nos clients le fonds social « ac'team ».

Ce fonds social est animé par des valeurs résolument humaines, avec un budget annuel dédié à l'organisme adhérent.

L'objectif du fonds social est d'attribuer des aides ponctuelles aux assurés en difficultés ou en situation de précarité, sous forme de participation financière à des dépenses de santé non prises en charge par la Sécurité sociale ou les contrats d'assurances (dépassesments d'honoraires, besoins spécifiques en matière d'optique, d'audioprothèses, de soins dentaires, participation aux frais spécifiques liés au handicap, etc.).



Envoyé en préfecture le 25/06/2024
Reçu en préfecture le 25/06/2024
Publié le 25/06/2024
ID : 013-281300038-20240625-2024A001-CC



Envoyé en préfecture le 17/12/2024

Reçu en préfecture le 17/12/2024

Publié le

ID : 013-211300157-20241209-24_05_41-DE



Accompagnement psychologique :

L'objectif est de permettre à l'Assuré en **arrêt de travail** ou en **invalidité** de bénéficier d'une assistance psychologique sous la forme d'un service de mise en relation et de suivi.

L'Assureur propose une prestation d'accompagnement selon les besoins ci-après à préciser :

	Service proposé	Si oui, nombre de séance par agent	Estimation du nombre moyen d'agents utilisateurs par année
Séance téléphonique ou en visioconférence	<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	6 maximum	70
Séance en présentiel	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	-	-

L'Assureur renseigne les contacts de ce service ci-dessous :

Les contacts	Nom – prénom	Société	Téléphone
Pour se renseigner :	Laëtitia BORDAGE	Collecteam	02 36 56 01 61
Pour activer le service :	Laëtitia BORDAGE	Collecteam	02 36 56 01 61

Nous mettons à votre disposition, 24 h/24, 7 j /7 et 365 jours par an, un service Ecoute et Accueil Psychologique Vous permettant de contacter par téléphone des psychologues cliniciens.

Le ou les entretien(s) téléphonique(s), mené(s) par des professionnels qui garderont une écoute neutre et attentive, Vous permettra de Vous confier et de clarifier la situation à laquelle Vous êtes confronté à la suite de cet événement.

Les psychologues interviennent dans le strict respect du code de déontologie applicable à la profession de psychologue et ne s'autoriseront en aucun cas à débiter une psychothérapie par téléphone.

Accompagnement médical :

L'objectif est de permettre à l'Assuré en arrêt de travail de bénéficier d'un accompagnement médical afin, notamment, de faciliter la reprise de son travail.

Cet **accompagnement personnalisé** est défini en amont en collaboration avec les services de la **Direction des Ressources Humaines du Souscripteur**, l'Assureur contactant au préalable ceux-ci afin de définir d'un plan d'actions par Assuré. L'Assureur décrit de manière claire et pédagogique un service personnalisé d'accompagnement des Assurés.

Il ne s'agit ni d'actions de prévention, ni d'actions collectives (information, prévention...) ou encore moins de dispositions standardisées issues de catalogue. L'Assureur peut présenter son service avec un exemple concret.

A compléter



Pour répondre à votre demande d'accompagnement de l'agent à la reprise de l'emploi, en concertation avec les services ressources humaines de la Collectivité, nous mettrons à la disposition de la Collectivité l'action de notre préventeur :

Sébastien VAUMORON
Responsable Prévention
Tél. : 02 36 56 00 00
prevention@collecteam.fr

Il aura pour missions :

- > Audit de la situation,
- > Recueil de l'accord de la Collectivité et signature du protocole employeur,
- > Prise de contact avec l'agent et signature du protocole collaborateur,
- > Accompagnement de l'agent sur 3 à 12 mois,
- > Etablissement du rapport final.

Ce service est financé par les taux de cotisation proposés par l'Assureur. À défaut, l'Assureur indique le coût de la prestation par agent :

	Service proposé	Si oui, le coût du service est-il intégré dans la cotisation ?	Si non intégré, indiquer le coût moyen par agent
Accompagnement médical	<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	1 200 €
Commentaire :			
...			



CENTRE DE GESTION DE LA FPT DES BOUCHES-DU-RHÔNE

Contrat collectif d'assurance prévoyance

Conventions spéciales

Contenu

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

1 Adhésion des agents

Absence de limite d'âge à l'adhésion

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

Formalisation de l'adhésion

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

Droit de renonciation à l'adhésion

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

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

Durée de l'adhésion

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

Lorsque des modifications contractuelles sont apportées, l'Assureur doit communiquer la nouvelle version de la notice d'information trois mois au minimum avant la date d'entrée en vigueur de ces modifications. L'Assuré peut résilier son adhésion à réception de cette nouvelle version du fait de ces modifications, par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception à l'Assureur. La résiliation prend effet au premier jour du mois qui suit la réception de la demande de résiliation par l'Assureur.

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

Demande et date d'effet de l'adhésion

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

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

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

Cessation de l'adhésion

L'adhésion cesse de produire leur effet :

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

2 Cotisations

Base des cotisations

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

Mode de paiement des cotisations

Le paiement des cotisations est effectué par l'Employeur par précompte mensuel auprès des Assurés. Dans le cas, le Souscripteur est le seul responsable du paiement à l'Assureur de la totalité des cotisations prélevées sur les feuilles de paie des Assurés.

La périodicité des paiements de la cotisation est mensuelle.

Le défaut de paiement des cotisations est régi par la réglementation sur les assurances.

Exonération de cotisations

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

3 Garanties

3.1 Garantie incapacité temporaire de travail

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

Base de l'assurance

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

La Base de l'assurance est composée comme suit :

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

Période indemnisée

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

Assurés	Franchise	Durée d'indemnisation
Fonctionnaires CNRACL et détachés de l'Etat	Période de plein traitement selon les congés pour raison de santé.	1 095 indemnités journalières versées par l'Assureur.
Fonctionnaires IRCANTEC	Période de plein traitement selon les congés pour raison de santé	
Contractuels de droit public IRCANTEC Assistants familiaux	3 jours.	
Contractuels de droit privé IRCANTEC	3 jours.	

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

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

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

Le service des indemnités journalières prend fin à effet :

- Soit du jour de la reprise d'activité de l'Assuré,

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

Droits rétablis

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

3.2 Garantie invalidité permanente

Définition

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

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

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

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

Base de l'assurance

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

La Base de l'assurance est composée comme suit :

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

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

Période indemnisée

La rente est servie mensuellement à terme échu à compter :

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

Le service de la rente prend fin à effet :

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

Revalorisation

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

3.3 Garantie perte de retraite

Définition

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

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

Période indemnisée

La **rente mensuelle viagère** est servie mensuellement et selon un terme échu à compter de la date d'entrée

en jouissance de la pension de retraite servie par le régime de base de l'Assuré, et prend fin à la date de décès de l'Assuré.

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

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

Définition

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

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

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

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

Bénéficiaires

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

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

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

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

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

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



- A défaut, aux héritiers et selon la répartition en vigueur conformément aux principes du droit de la succession.

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

Base de l'assurance

Le montant du capital est :

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

4 Dispositifs de maintien et de renfort des garanties

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La période de suspension donne lieu à une indemnisation :

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

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

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

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

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

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

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

5 Dispositions communes aux garanties

Exclusions

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

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

Cumul des prestations

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

Réticence ou fausse déclaration

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

Omission ou déclaration inexacte

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

Contrôle médical

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

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

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

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

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

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

Revalorisation des prestations

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

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

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

Prescription :

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

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