

**EXTRAIT DU REGISTRE DES DELIBERATIONS DU CONSEIL COMMUNAUTAIRE
DE LA COMMUNAUTE DE COMMUNES LYONS ANDELLE**

L'an deux mille vingt-trois, le quatorze décembre à 18h30 à Charleval, le conseil communautaire, légalement convoqué, s'est réuni sous la présidence de Monsieur Jean-Luc ROMET, en séance publique.

Nombre de délégués	Étaient présents :	
En exercice : 48	Amfreville les Champs	
	Bacqueville	M. Collette,
	Beauficel-en-Lyons	M. Pillet,
	Bosquentin	
Présents : 37	Bourg Beaudouin	M. Halot,
Votants : 43	Charleval	Mme Héquet, MM. Emo, Calais,
	Douville/Andelle	M. Cramer,
	Fleury-la-Forêt	M. Godebout,
	Fleury sur Andelle	M. Vieillard.R,
	Flipou	M. Cousin,
	Houville-en-Vexin	M. Lebreton,
	Le Tronquay	Mme Marteau,
Date de convocation :	Les Hogues	Mme Bachelet,
Le : 8 décembre 2023	Letteguives	Mme Grégoire,
	Lilly	Mme Lancien,
	Lisors	
	Lorleau	Mme Grouchy,
	Lyons-la-Forêt	M. Baldari,
	Ménesqueville	M. Cahagne,
	Perriers/Andelle	Mme Dupart, MM. Defrance, Duval, Mutel,
	Perruel	M. Quéné,
	Pont Saint Pierre	Mme Lavigne, M. Hébert,
	Radepont	M. Minier,
	Renneville	M. Vieillard G.,
	Romilly/Andelle	Mme Simon, MM. Chivot, Romet, Dulondel, Vieux,
	Rosay-sur-Lieure	M. Béharel,
	Touffreville	Mme Malhaire,
	Val d'Orger	
	Vandrimare	MM. Bézirard, Dechoz,
	Vascoeuil	M. Moëns.

Étaient excusés : M. Blavette, M. Bonneau, Mme Damois, M. Gavelle, M. Ziéliniski.

Pouvoirs : M. Cordier à M. Moëns, Mme Dalissier à M. Calais, Mme Fouquet à Mme Bachelet, M. Herbin à Mme Malhaire, Mme Jullien à M. Dulondel, Mme Le Tourneur à Mme Biville.

Personnel : adhésion au contrat groupe proposé par le Centre de gestion pour la couverture du risque prévoyance avec la Mutuelle Nationale Territoriale : autorisation de signature

Vu le code général des collectivités territoriales ;

Vu la proposition du Centre de gestion de l'Eure de souscrire à une nouvelle convention de prévoyance dont l'attributaire est la Mutuelle Nationale Territoriale, M.N.T ;

Vu l'avis favorable du comité social territorial en date du 14 novembre 2023 ;

Vu l'avis favorable de la commission finances et affaires générales en date du 20 novembre 2023 ;

Le conseil, après avoir entendu et délibéré à l'unanimité,

- approuve l'adhésion de la Communauté de communes au contrat groupe pour la couverture du risque prévoyance avec la MNT au 1^{er} janvier 2024 proposée par le centre de gestion de l'Eure ;
- autorise le Président à signer la convention de prévoyance de maintien de salaire avec la MNT, telle qu'annexée à la présente délibération, et tout document y afférent.

Le registre dûment signé les jours, mois et an susdits.

Pour copie conforme.

Le Président



Jean-Luc ROMET

Voies et délais de recours : la présente délibération peut faire l'objet, dans un délai de deux mois à compter de sa notification ou de sa publication, d'un recours contentieux auprès du Tribunal administratif de Rouen ou d'un recours gracieux auprès de la Communauté de communes Lyons Andelle.

La Communauté de communes dispose d'un délai de deux mois pour répondre à un recours gracieux. Le silence gardé pendant deux mois vaut décision implicite de rejet. La décision ainsi prise qu'elle soit expresse ou implicite pourra elle-même être déférée au Tribunal administratif de Rouen dans un délai de deux mois.

CENTRE DE GESTION DE LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE DE L'EURE

CONDITIONS PARTICULIERES

PROTECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE DES AGENTS

CONVENTION DE PARTICIPATION « PRÉVOYANCE »

Contrat compagnie :

Numéro :

Le présent contrat est régi par le Code des assurances.

Le document est la propriété exclusive de la Société PROTECTAS. Il a fait l'objet d'un dépôt au titre des droits d'auteur. Toute utilisation même partielle ne peut être effectuée qu'avec l'autorisation préalable des représentants légaux de la Société PROTECTAS.

PLAN DU CONTRAT

CONDITIONS PARTICULIERES

ARTICLE 1 / IDENTIFICATION DE LA CONVENTION DE PARTICIPATION	3
ARTICLE 2 / OBJET DU CONTRAT.....	4
ARTICLE 3 / MONTANT ET LIMITES DES GARANTIES	5
ARTICLE 4 / PERSONNES ASSURÉES.....	5
ARTICLE 5 / CONDITIONS D'ADMISSION DES AGENTS AU BENEFICE DES GARANTIES	6
ARTICLE 6 / LISTE NOMINATIVE DES AGENTS ASSURÉS.....	8
ARTICLE 7 / PRISE D'EFFET ET DUREE DES GARANTIES.....	8
ARTICLE 8 / BASE DE GARANTIE.....	9
ARTICLE 9 / PLAFOND DES GARANTIES	10
ARTICLE 10 / REVALORISATION DES PRESTATIONS EN COURS DE SERVICE	10
ARTICLE 11 / EXCLUSIONS.....	10
ARTICLE 12 / NATURE DES GARANTIES.....	11
ARTICLE 13 / CALCUL DES COTISATIONS ET PRIMES ACCESSOIRES	17
ARTICLE 14 / PAIEMENT DES COTISATIONS	17
ARTICLE 15 / DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS	17
ARTICLE 16 / ASSIETTE ET TAUX DE COTISATION	18
ARTICLE 17 / GESTION DE LA POPULATION ASSURÉE.....	19
ARTICLE 18 / DÉCLARATION DES COTISATIONS.....	19
ARTICLE 19 / GESTION DU RÉGLEMENT DES SINISTRES	19
ARTICLE 20 / OBLIGATION EN CAS DE SINISTRE	20
ARTICLE 21 / DÉCISION ADMINISTRATIVE - CONTRÔLE MÉDICAL.....	21
ARTICLE 22 / RECOURS SUBROGATOIRE.....	22
ARTICLE 23 / INFORMATION DES BENEFICIAIRES.....	22
ARTICLE 24 / SUIVI ANNUEL.....	23
ARTICLE 25 / Réserves	23
ARTICLE 26 / PIÈCES ANNEXES	23

SOUSCRIPTEUR : LE CENTRE DE GESTION DE LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE DE L'EURE

représenté par son président en exercice

ADRESSE : 10 bis, rue du Docteur Baudoux

BP 276

27002 EVREUX CEDEX

PRESTATAIRE (mutuelle ou assureur) :

ORGANISME GESTIONNAIRE :

EFFET : 1^{ER} JANVIER 2023

ECHEANCE ANNUELLE : 1^{ER} JANVIER

DURÉE DU CONTRAT :

Le contrat est conclu pour une durée de **6 ANS**, à compter du **1^{ER} JANVIER 2023**, pour se terminer le 31 DÉCEMBRE 2028.

La convention pourra être prorogée pour des motifs d'intérêt général pour une durée ne pouvant excéder 1 an et se terminera au plus tard le 31 DÉCEMBRE 2029.

RESILIATION :

Toute demande de résiliation est effectuée par lettre recommandée avec accusé de réception.

- Le contrat peut être résilié, par lettre recommandée avec accusé de réception :
 - o 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 3.2),
 - o Par l'Assureur, moyennant un préavis de six (6) mois avant l'échéance.
- L'adhésion de l'Employeur au contrat peut être résiliée par ce dernier, moyennant un préavis de quatre (4) mois avant l'échéance, sauf en cas d'une fusion réalisée selon les dispositions prévues au code général des collectivités territoriales (CGCT). Dans ce cas, la demande peut être adressée à tout moment et prend effet dans les deux mois à compter du premier jour du mois qui suit la demande formulée par lettre recommandée avec accusé de réception.
- L'adhésion de l'Assuré au contrat peut être résiliée par ce dernier, moyennant un préavis de deux (2) mois avant la date d'échéance.

Le non-respect des engagements pris par l'attributaire de la présente convention de participation (en particulier l'annexe maîtrise financière) pourra entraîner la résiliation de la convention par le CENTRE DE GESTION DE LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE DE L'EURE et ce, avec un préavis de résiliation de 4 mois.

Pendant la durée de ce préavis, les conditions de la convention de participation s'appliqueront.

ARTICLE 2 / OBJET DU CONTRAT

1. Dispositions générales

Contrat : régi par la législation sur les opérations d'assurance et comprend, par ordre d'application préférentielle :

1. Les conditions particulières,
2. Les conditions générales de l'Assureur,

Le présent contrat définit les garanties accordées, dans le cadre de la convention de participation, aux agents des collectivités adhérentes à la présente convention de participation

Il s'agit d'un **contrat collectif à adhésion facultative, selon la réglementation en vigueur au moment de la mise en œuvre du contrat**

La garantie recherchée est le remboursement des indemnités journalières, compléments de traitements et primes en cas d'incapacité de travail ou d'invalidité, complément de retraite suite à invalidité, ou versement d'un capital en cas de décès, au bénéfice des membres du personnel de la collectivité.

Le contrat concerne le personnel dans l'effectif des collectivités territoriales de l'Eure et les EPCI ayant adhéré au contrat ayant la qualité de fonctionnaires et agents contractuels de droit public ou de droit privé,

Le contrat doit respecter à minima les garanties définies dans le décret n° 2022-581 du 20 Avril 2022.

Les collectivités adhérentes doivent participer au financement de la couverture prévoyance de leurs agents. A partir du 1^{er} janvier 2025, elles devront à minima participer à hauteur de 20 % du montant de référence fixé à 35 €, soit 7€ mensuel.

Définitions :

Assurés : fonctionnaires et agents de droit public et de droit privé.

Assureur : entreprise d'assurance régie par le code des assurances, mutuelle ou union de mutuelles régie par le Livre II du code de la mutualité, institution de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale dûment agréées pour pratiquer les opérations d'assurance du risque prévoyance.

Employeur : Collectivité territoriale et Etablissement Public de Coopération Intercommunale.

ARTICLE 3 / MONTANT ET LIMITES DES GARANTIES

3.1 - GARANTIE 1

Maintien de salaire Incapacité Temporaire de Travail : article 12.1 des conditions particulières (indemnités journalières à hauteur de 90 ou 95 % du traitement indiciaire net et de la NBI nette + 40 % à 95 % du RI net)

Incapacité	90% du Traitement indiciaire Net +90 % NBI nette + 40 % RI net	95% du Traitement indiciaire net+ 95 % NBI nette + 45 % RI net	90% du Traitement indiciaire net+ 90 % NBI nette + 90 % RI net	95% du Traitement indiciaire net+ 95 % NBI nette + 95 % RI net
-------------------	--	--	--	--

3.2 - GARANTIE 2

Invalidité : article 12.2 des conditions particulières (indemnités journalières à hauteur de 90 % du traitement net de référence)

3.3 - GARANTIE 3

Perte de retraite consécutive à une invalidité permanente : article 12.3 des conditions particulières (CAPITAL=1 PMSS par année d'invalidité)

3.4 - GARANTIE 4(OPTION)

Décès : 100% du traitement net annuel (traitement indiciaire, NBI et régime indemnitaire) Le capital sera versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) par l'agent.

PTIA : 100% du traitement net annuel (traitement indiciaire, NBI et régime indemnitaire) Le capital sera versé à l'assuré

ARTICLE 4 / PERSONNES ASSURÉES

Les assurés sont les fonctionnaires et agents de droit public ou de droit privé, quel que soit leur statut, actifs de la collectivité.

Les agents détachés auprès de la collectivité peuvent bénéficier de la convention de participation.

Les agents mis à disposition de la collectivité peuvent être assurés par le contrat pour autant que la collectivité dont ils dépendent l'autorise.

L'adhésion reste individuelle et facultative.

Interdiction de refus d'adhésion les six premiers mois :

Conformément au décret n°2011-1474, le prestataire ne pourra en aucune manière refuser l'adhésion de l'assuré, quelle que soit la raison invoquée pendant les six premiers mois de la mise en place de la convention de participation pour les agents en activité.

En cours de contrat, si les nouvelles dispositions le permettent. Les collectivités n'ayant pas mandaté initialement le centre de gestion pourront rejoindre la convention. Elle aura tout de même une date de fin identique à celle des autres collectivités.

ARTICLE 5 / CONDITIONS D'ADMISSION DES AGENTS AU BENEFICE DES GARANTIES

5.1 - EN CAS D'ADHESION AVANT LE 20 DU MOIS, CELLE-CI SERA EFFECTIVE AU 1ER DU MOIS SUIVANT. EN CAS D'ADHESION ENTRE LE 20 ET 31 DU MOIS, L'ADHESION SERA EFFECTIVE A M +2.

5.2 - À LA SOUSCRIPTION DE LA CONVENTION DE PARTICIPATION PAR LES COLLECTIVITÉS

- Tous les agents en activité demandant leur adhésion et étant régulièrement inscrits sur les listes du personnel de la collectivité adhérente bénéficient, sans délai et automatiquement, de l'ensemble des garanties du contrat.
L'adhésion s'effectue sans contrôle médical dans les 6 premiers mois du contrat, mais une fiche de santé peut être demandée pour les agents en temps partiel thérapeutique à la date de souscription.
- Les agents à temps partiel thérapeutique peuvent adhérer sans condition. Toutefois le présent contrat ne couvrira que les conséquences d'une nouvelle pathologie (maladie ou accident de vie privé). Les conséquences de la maladie en cours à la souscription du contrat ne seront pas prises en charge au titre du présent contrat.

5.3 - APRES LA DATE DE SOUSCRIPTION A LA CONVENTION DE PARTICIPATION PAR LA COLLECTIVITE

Les agents peuvent adhérer à la convention de participation postérieurement à la souscription par les collectivités :

- Agents faisant partie du personnel des collectivités à la souscription de la convention de participation :
 - ✓ sans aucune condition d'examen médical pour autant que leur adhésion soit demandée moins de 6 mois après la prise d'effet de la convention de participation.
 - ✓ au-delà du délai de 6 mois, le prestataire peut demander un questionnaire médical préalable à l'acceptation éventuelle de l'agent au contrat.
- Agents embauchés, ou bénéficiant d'un premier Cdi ou d'une première titularisation postérieurement à la souscription de la convention de participation :
Ces agents peuvent adhérer au contrat dans les conditions suivantes :
 - ✓ sans condition particulière si l'adhésion de l'agent s'effectue dans les 6 mois qui suivent la date d'embauche, ou la date de première titularisation, ou du premier passage en CDI.
 - ✓ au-delà du délai de 6 mois, le prestataire peut demander un questionnaire médical préalable à l'acceptation éventuelle de l'agent au contrat.
- Agents en congé parental ou placés en disponibilité pour convenances personnelles ou autres, hors pour raison de santé :
Ces agents peuvent adhérer au contrat dans les conditions suivantes :

- ✓ sans condition particulière si la demande d'adhésion est faite dans les 6 mois suivant leur reprise d'activité. Ce délai prend effet au 1er jour du mois qui suit la reprise d'activité.
 - ✓ au-delà du délai de 6 mois, le prestataire peut demander un questionnaire médical préalable à l'acceptation éventuelle de l'agent au contrat.
- Agents en arrêt de travail pour maladie ou accident à la date de la mise en place de la convention :
 - ✓ Les agents en arrêt de travail pour maladie ou accident à la date d'effet de la convention de participation ne pourront y être admis :
 - ✓ A compter du 31^{ème} jour de reprise effective d'activité, si l'agent n'était pas assuré par une garantie d'assurance prévoyance équivalente,

ou

- ✓ A compter du 1er jour de reprise effective d'activité, si l'agent était assuré par une garantie d'assurance prévoyance équivalente,

Et :

- ✓ Après un stage de 6 mois à compter de la reprise à temps complet. Le stage est une période au cours de laquelle les garanties ne s'appliquent pas, c'est-à-dire que les événements survenus pendant cette période ne sont pas indemnisés, bien que l'Assuré cotise,
- A la prise d'effet du contrat, ou lors de leur embauche, des agents pourront déjà être couverts à titre individuel par des entreprises d'assurance qui exigent la résiliation à date fixe. Aussi, l'Assureur s'engage à accepter ces agents sans questionnaire médical, à la condition que ces agents demandent leur adhésion dans un délai de 6 mois à compter de la date d'effet du contrat collectif ou de leur embauche. Dans ce cas, l'adhésion est reportée à compter de la date d'expiration de leur précédente garantie.
 - Toutefois, l'agent en arrêt à la date d'effet de la convention de participation et précédemment garanti par un contrat présentant une garantie d'assurance prévoyance équivalente et qui demanderait à adhérer à la présente convention de participation dans les 6 mois suivant sa mise en place, bénéficierait des garanties du présent contrat le jour de la reprise effective de son activité.
- Au-delà des cas mentionnés ci-avant, un questionnaire pourra être demandé et l'assureur indiquera l'adhésion avec exclusion de garantie ou non.

5.4 - GARANTIE MINIMUM

Tous les agents bénéficiant de la présente convention de participation doivent être assurés au minimum pour la garantie « maintien de salaire », (GARANTIE 1 présentée au 3.1).

Ils peuvent choisir individuellement de souscrire les autres garanties proposées.

5.5 - CHANGEMENT DE GARANTIES

L'agent peut demander le changement de ses garanties à chaque date anniversaire du contrat. Les garanties à la hausse sont soumises à un Questionnaire de santé. Les garanties à la baisse sont appliquées immédiatement.

Pour le Capital Décès, l'agent a le droit de modifier la clause bénéficiaire du capital décès à tout moment lorsqu'il le souhaite, notamment, lorsque sa situation familiale change (mariage, naissance, séparation, divorce, majorité des enfants, etc.).

ARTICLE 6 / LISTE NOMINATIVE DES AGENTS ASSURÉS

La collectivité s'engage à informer mensuellement l'assureur des démissions, des radiations ou des exclusions de ses membres, ainsi que de leurs dates d'effet.

Elle doit adresser à l'assureur les pièces suivantes prévues au 6.1

6.1 - A LA SOUSCRIPTION

- Un état nominatif pour le personnel ayant souscrit les garanties, en activité à la date d'effet de la convention de participation indiquant pour chaque intéressé, ses noms, prénoms, date de naissance, situation de famille ainsi que le traitement servant au calcul des cotisations.

Le total du montant assuré (traitement d'une part et primes d'autre part) doit être indiqué séparément.

- Un état nominatif du personnel ayant souscrit les garanties, en arrêt de travail à la date d'effet du contrat et la nature administrative de l'arrêt de travail et en temps partiel thérapeutique.

6.2 - EN COURS D'EXERCICE

- ✓ Entrées des nouveaux assurés : nouveaux agents, première titularisation et premier CDI : les pièces prévues au « *A la souscription* » avec indication de la date d'engagement.
- ✓ Sorties des assurés : un état rectificatif du personnel indiquant les dates et le motif de départ ; seuls les départs pour démission du poste de travail, cessation d'activité, suite à un congé parental ou une mise en disponibilité pour convenance personnelle, détachement, mise à disposition, révocation, retraite ou décès peuvent faire l'objet d'une sortie en cours d'année.

ARTICLE 7 / PRISE D'EFFET ET DUREE DES GARANTIES

Les garanties prennent effet à la date prévue à l'article 1 des présentes conditions particulières.

Les garanties du présent contrat cessent de produire leurs effets à la date à laquelle l'assuré ne remplit plus les conditions pour bénéficier du présent contrat :

- en cas de non-paiement de la cotisation,
- en cas de cessation d'activité pour les assurés placés en congé parental et en disponibilité pour convenances personnelles, pour la garantie 1 (baisse du traitement consécutive à une Incapacité Temporaire Totale de travail). La cessation des garanties est fixée le jour de l'événement, la cotisation étant due jusqu'à la fin du mois en cours,
- en cas de cessation d'activité pour les assurés admis à faire valoir leurs droits à la retraite,

- à l'âge légal de départ à la retraite pour les garanties invalidité permanente, perte de retraite consécutive à une invalidité permanente et perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA),
- à l'âge d'ouverture des droits à la retraite à taux plein pour les garanties baisse du traitement consécutif à une incapacité temporaire totale de travail, décès,
- au décès de l'assuré,
- à la date d'effet de la radiation de l'assuré des effectifs de la collectivité adhérente,
- à la date d'effet de la résiliation du présent contrat.

ARTICLE 8 / BASE DE GARANTIE

La base de garantie est définie par référence aux éléments suivants du traitement des agents publics.

Traitement indiciaire brut annuel (TBI) + Nouvelle Bonification Indiciaire brut (NBI) + Régime Indemnitaire brut (RI)

Le traitement indiciaire brut annuel est donné par la formule $IT \times VP$.

- IT : représentant l'indice de traitement nouveau majoré de l'assuré.
- VP : représentant la valeur du point indice.

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

Pour les agents de droit privé, la base de garantie correspond à la somme de la rémunération brute.

La base de garantie est celle prise en compte obligatoirement :

- pour le calcul des cotisations,
- Pour le calcul des indemnités versées aux assurés.

Les cotisations payées au prestataire sont calculées à partir du traitement brut. (pour le Régime indemnitaire, la période de référence correspond au 12 derniers mois)

Les prestations versées aux agents sont calculées à partir du traitement net. (la période de référence correspond au 12 derniers mois)

Définitions :

Base de l'assurance (cotisations) :

Pour les Assurés agents titulaires et contractuels de droit public : traitement indiciaire brut et nouvelle bonification indiciaire complétés du régime indemnitaire brut.

Pour les Assurés agents contractuels de droit privé : salaire brut complété des primes en brut si mentionnées aux conditions particulières.

Base de l'assurance (prestations d'incapacité de travail)

Pour les Assurés agents titulaires et contractuels de droit public : traitement indiciaire net et nouvelle bonification indiciaire net, complétés au minimum de 40 % du régime indemnitaire net (comme mentionné aux conditions particulières), que l'Assuré aurait perçus s'il n'avait pas

été en arrêt de travail, Pour les Assurés agents contractuels de droit privé : salaire net complété des primes en net si mentionnées aux conditions particulières, que l'Assuré aurait perçu s'il n'avait pas été en arrêt de travail.

Pour les agents à temps non complet, sont intégrées les heures complémentaires.

Base de l'assurance (prestations d'invalidité permanente).

La rémunération prise en compte pour le calcul de la rente mensuelle d'invalidité permanente est la suivante.

Pour les Assurés affiliés à la CNRACL, le calcul de la rente est basé sur 90 % du traitement net de référence

Pour les Assurés affiliés à l'IRCANTEC, le calcul de la rente est basé sur 90 % du traitement net de référence

ARTICLE 9 / PLAFOND DES GARANTIES

Pour les garanties "baisse du traitement consécutive à une Incapacité Temporaire Totale de travail" et « invalidité », le montant du traitement à la charge de l'employeur et des prestations servies par le prestataire et tout autre organisme **est plafonné à 95% de la base de garantie nette évaluée à la date prévue pour chaque garantie.**

ARTICLE 10 / REVALORISATION DES PRESTATIONS EN COURS DE SERVICE

En cours de service, le montant des prestations « baisse du traitement consécutive à une Incapacité Temporaire Totale de travail », « Invalidité permanente » et « Perte de retraite consécutive à une Invalidité permanente » 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 d'assurance, y compris après résiliation du présent contrat conformément aux articles 3 et 4 du décret n° 2022-581 du 20 Avril 2022.

ARTICLE 11 / EXCLUSIONS

Sont exclues des garanties du présent contrat les conséquences :

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

GARANTIES

ARTICLE 12 / NATURE DES GARANTIES

L'assureur garantit le paiement pour chaque agent adhérent au présent contrat des garanties ci-après définies.

12.1 - GARANTIE « BAISSÉ DU TRAITEMENT CONSECUTIVE A UNE INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL »

12.1.1 - Objet de la garantie

La garantie a pour objet le paiement aux agents d'une indemnité journalière complémentaire pendant les périodes de congés correspondant aux risques énoncés ci-après :

- Incapacité de Travail et notamment :
 - ✓ Congé de maladie ordinaire
 - ✓ Congé de longue maladie
 - ✓ Congé de longue durée
 - ✓ Congé de grave maladie
 - ✓ Disponibilité d'office pour raison de santé
 - ✓ Accident de travail pour les agents affilié à l'IRCANTEC et les Agents contractuels
- Et toute absence pour incapacité de travail reconnue comme telle par le statut ou le régime général de la sécurité sociale.

12.1.2 - Définition de la garantie

L'assureur garantit le versement au bénéficiaire d'indemnités journalières en cas de baisse du traitement consécutif à une incapacité temporaire totale de travail dont le fait générateur est survenu en cours d'assurance.

Est considéré comme atteint d'incapacité temporaire totale de travail tout assuré en activité, qui est dans l'obligation reconnue par le prestataire de cesser toute activité professionnelle, à la suite :

- d'une maladie non professionnelle ou
- d'un accident de la vie privée ou
- d'un accident ou d'une maladie professionnelle en complément des prestations versées par la sécurité sociale pour les agents relevant du régime général de la sécurité sociale,

et

- perçoit, à ce titre, des prestations de son employeur en application du statut de la Fonction Publique dont il dépend ou du régime général d'assurance maladie de la sécurité sociale,

ou

- ne perçoit aucune rémunération ou indemnité.

La garantie est due si l'assuré :

- est reconnu comme atteint d'incapacité temporaire totale de travail.

12.1.3 - Agents recrutés à temps complet et non complet

Le montant de la prestation est égal à 90 % ou 95 % du traitement indiciaire, de la nouvelle bonification indiciaire et 40 % à 95 % du régime indemnitaire nets.

12.1.4 - Agents à temps partiel

L'indemnité journalière est égale à 90 % ou 95 % du traitement indiciaire, de la nouvelle bonification indiciaire et 40 % à 95 % du régime indemnitaire nets correspondant au pourcentage de temps de travail effectué, évalué à la date de prise en charge de l'incapacité de travail par le prestataire au titre de la présente garantie.

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

12.1.5 - Règle de cumul

Le montant de l'indemnité journalière versée par le prestataire augmenté des prestations versées par l'employeur ou de toute autre indemnité ne peut excéder le produit de 1/360^{ème} de la totalité ou fraction de la base annuelle des garanties définie à l'article 8 des présentes conditions particulières, pris en compte par le prestataire au titre de la présente garantie, par le pourcentage du plafond d'indemnisation précisé à l'article 9 des conditions particulières du présent contrat et revalorisé dans les conditions définies à l'article 10 des conditions particulières du présent contrat.

En cas de dépassement de la limite de 95 % du traitement, les indemnités versées par le prestataire sont réduites afin de ne pas dépasser cette limite.

12.1.6 - Période de franchise et durée de la prestation.

La prestation est servie mensuellement, à terme échu.

a) Agents titulaires et stagiaires affiliés à la CNRACL ou détachés d'une administration d'Etat :

- En cas de congé de maladie ordinaire : à partir du 91^{ème} jour continu ou discontinu,
- En cas de congé de longue maladie : à partir du 366^{ème} jour continu ou discontinu,
- En cas de congé de longue durée : à partir du 1 096^{ème} jour continu ou discontinu,
- En cas de mise en disponibilité d'office pour raison de santé : après épuisement des droits à congé de maladie.

b) Pour les Assurés agents titulaires affiliés à l'IRCANTEC :

- En cas de congé de maladie ordinaire : à partir du 91^{ème} jour continu ou discontinu,

- En cas de congé de grave maladie : à partir du 366^{ème} jour continu ou discontinu,
- En cas de mise en disponibilité d'office pour raison de santé : après épuisement des droits à congé de maladie.
- En cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle : à partir du 91^{ème} jour d'arrêt de travail continu ou discontinu en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle.

c) Pour les Assurés contractuels :

- En cas de maladie ordinaire
 - o Agents d'une ancienneté de moins de 4 mois : l'Assuré n'est pas garanti,
 - o Agents d'une ancienneté comprise entre 4 mois et 2 ans : à partir du 31^{ème} jour continu ou discontinu,
 - o Agents d'une ancienneté comprise entre 2 ans et 3 ans : à partir du 61^{ème} jour continu ou discontinu,
 - o Agents d'une ancienneté égale ou supérieure à 3 ans : à partir du 91^{ème} jour continu ou discontinu,
- En cas de congé de grave maladie :
- Agents d'une ancienneté supérieure à 3 ans : à partir du 366^{ème} jour **continu ou discontinu.**
- En cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle : à partir du 31^{ème} jour d'arrêt de travail continu ou discontinu en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle.

d) Durée de la prestation :

Sauf pour les agents contractuels, les indemnités journalières versées au titre du présent contrat ne comportent aucune durée maximale de versement des prestations autres que celles prévues à l'article 12.1.7 ci-après.

En cas de rétablissement du plein traitement par l'employeur, à effet rétroactif, pour la période indemnisée au titre de la présente garantie, lorsque le bénéficiaire est placé en congé de longue maladie (CLM) ou congé de grave maladie (CGM) ou en congé de maladie de longue durée (CLD), les indemnités versées par le prestataire doivent lui être remboursées intégralement par le bénéficiaire. La prise en charge de la suite de l'arrêt est soumise au remboursement préalable de cette somme, ou est retranchée sur les futures prestations.

12.1.7 - Terme du versement

L'indemnisation cesse dès :

- La reprise d'activité de l'assuré, même partielle (y compris le temps partiel Thérapeutique)
- La fin de l'indemnisation par l'employeur au titre du statut de la Fonction Publique Territoriale ou par l'assurance maladie au titre du régime général de la sécurité sociale,

- La fin du contrat de travail pour les agents contractuels,
- La liquidation d'une pension d'invalidité par le régime de base de l'assuré,
- La liquidation de la pension de retraite,
- L'âge d'ouverture des droits à la retraite à taux plein,
- Le décès ou la PTIA de l'assuré,
- En cas de résultat défavorable d'un contrôle médical sur la personne de l'assuré, par l'assureur et/ou la collectivité
- En cas de démission ou de radiation des effectifs de la collectivité adhérente.

12.1.8 - Maintien des prestations.

En cas de résiliation de la présente convention de participation, le service des prestations est maintenu jusqu'au terme prévu à l'article 12.1.6 et 12.1.7 du présent document.

12.2 - GARANTIE INVALIDITE PERMANENTE

12.2.1 - Objet et définition de la garantie

La garantie a pour objet le paiement aux agents, d'une rente en cas d'invalidité permanente survenue avant l'âge légal de départ à la retraite.

L'invalidité permanente est reconnue lorsque l'assuré remplit les conditions suivantes :

- Pour les assurés relevant du statut de la Fonction Publique Territoriale, avoir été mis à la retraite pour une invalidité reconnue par les organismes compétents.

ou

- Pour les assurés relevant du régime général de la sécurité sociale, être atteint d'une invalidité non imputable au service classée 2ème ou 3ème catégorie, ou justifier d'une invalidité réduisant d'au moins deux tiers sa capacité de travail

12.2.2 - Montant de la prestation

Le montant de la prestation versée sous forme de rente, est égal à 90 % du traitement net de référence sans distinction du pourcentage d'invalidité, quel que soit le pourcentage d'invalidité retenu pour les agents CNRACL.

Pour les agents du régime général les conditions sont les suivantes :

-Incapacité réduite des 2/3 avec classement 2e ou 3e catégorie

Ou

-taux d'incapacité d'au moins 66% en cas de maladie professionnelle ou accident du travail

Le montant de cette 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 d'assurance.

Aucun avancement ou reclassement à un grade ou à un échelon supérieur susceptible d'intervenir postérieurement à la date de prise en charge par le prestataire au titre de la garantie « Invalidité Permanente », même à effet rétroactif, ne sera pris en considération. Le grade, l'échelon et l'indice de l'assuré sont figés à cette date.

12.2.3 - Règle de cumul :

Le montant annuel de la rente versée par le prestataire, augmenté des prestations servies par la CNRACL, la sécurité sociale ou tout autre organisme **ne peut excéder 90%** du traitement net de référence (articles 3 et 4 du décret 2022-581 du 22 Avril 2022), pris en compte par le prestataire et revalorisé dans les conditions définies à l'article 10 des conditions particulières.

En cas de dépassement de la limite, la rente versée par le prestataire est réduite afin de ne pas dépasser ce montant défini ci-dessus.

12.2.4 - Point de départ et service de la prestation

-A compter de la date de mise en retraite invalidité pour les agents CNRACL

-A compter de la date d'attribution d'une pension d'invalidité de 2 ou 3e catégorie

12.2.5 - Terme du versement

Le versement de la rente cesse dès :

- la reprise de toute activité professionnelle, même partielle et si l'agent est amené à cesser son activité, le versement de la rente reprend

ou

- le décès,

ou

- à l'âge d'ouverture des droits à la retraite,

ou

- la liquidation de la pension vieillesse de l'assuré.

12.2.6 - Maintien des prestations

En cas de résiliation de la présente convention de participation, le service des prestations est maintenu, jusqu'au terme prévu à l'article 12.2.6 des conditions particulières du présent document.

12.3 - GARANTIE PERTE DE RETRAITE CONSECUTIVE A UNE INVALIDITE PERMANENTE (CAPITAL UNIQUE VERSE AU DEPART A LA RETRAITE)

Cette garantie ne peut être souscrite qu'associée aux garanties "baisse du traitement consécutive à une Incapacité Temporaire Totale de travail" et "Invalidité Permanente".

12.3.1 - Définition de la garantie

L'assureur garantit le versement d'un capital, en cas d'invalidité permanente survenue avant l'âge légal de départ à la retraite.

L'invalidité permanente s'entend telle qu'elle est définie à l'article 12.2 des conditions particulières du présent document.

12.3.2 - Montant de la prestation

Le montant du capital est égal à 1 PMSS (Plafond mensuel de la sécurité sociale) par année d'invalidité

12.3.3 - Service de la prestation

Le capital est versé à l'âge légal de départ à la retraite en une fois.

(Au moment de la liquidation de la pension de vieillesse)

12.4 - GARANTIE DECES OU PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)

12.4.1 - Définition de la garantie décès ou PTIA toutes causes

Le prestataire garantit le versement d'un capital en cas de réalisation des risques suivants en période de garantie :

- Décès survenant avant l'âge d'ouverture du droit à la retraite à taux plein,
- PTIA.

Est considéré comme atteint d'une PTIA l'assuré qui est reconnu par le prestataire être dans l'incapacité définitive de se livrer à une quelconque activité pouvant lui procurer gain ou profit et être obligé de recourir pendant toute son existence à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie.

Le paiement du capital au titre de la PTIA fait cesser la garantie décès.

12.4.2 - Montant de la prestation

Le montant du capital de base garanti est égal à 100 % de la base annuelle résultant de la rémunération nette de l'assuré, définie à l'article 3-4 des conditions particulières du présent contrat, évalué à la date du sinistre.

12.4.3 - Bénéficiaires

Sont bénéficiaires des prestations :

- En cas de PTIA : l'assuré lui-même,
- En cas de décès, et sauf désignation expresse par l'assuré d'autres bénéficiaires, le conjoint survivant de l'assuré, non divorcé, non séparé de corps judiciairement, à défaut, par parts égales, les enfants nés ou à naître de l'assuré, à défaut par parts égales ses ascendants, à défaut ses héritiers.
- A la souscription, l'assuré peut choisir d'affecter le capital décès - PTIA à la couverture d'un prêt bancaire en désignant l'organisme financier bénéficiaire de tout ou partie du capital assuré.

Changement de bénéficiaires :

L'adhérent a le droit de modifier la clause bénéficiaire du capital décès à tout moment lorsqu'il le souhaite, notamment, lorsque sa situation familiale change (mariage, naissance, séparation, divorce, etc.).

DISPOSITIONS TARIFAIRES

ARTICLE 13 / CALCUL DES COTISATIONS ET PRIMES ACCESSOIRES

Les garanties sont accordées moyennant le paiement par l'assuré d'une cotisation annuelle selon les garanties retenues.

Le montant de la cotisation est obtenu par l'application d'un pourcentage.

- Agents recrutés à temps complet, travaillant à temps complet :
 - ✓ à 100 % de la base annuelle de garantie résultant des rémunérations de l'assuré définie à l'article 7 des conditions particulières du présent document.
- Agents recrutés à temps non complet et agents travaillant à temps partiel sur un poste à temps complet :
 - ✓ à la fraction de la base annuelle de garantie résultant des rémunérations de l'assuré définie à l'article 7 des conditions particulières du présent document correspondant à la quantité du travail effectué.

ARTICLE 14 / PAIEMENT DES COTISATIONS

Le paiement des cotisations s'effectue mensuellement.

A l'égard du prestataire, seule la collectivité est tenue au paiement de la cotisation.

Les cotisations sont prélevées mensuellement sur les traitements par la collectivité et versées au prestataire dans un délai de 15 jours.

En cas d'adhésion en cours d'exercice, la cotisation est calculée au prorata temporis en mois complets avec effet au 1^{er} jour du mois qui suit la date de demande d'adhésion.

La prime sera précomptée sur le salaire de l'agent assuré.

Les cotisations seront payées par la collectivité.

ARTICLE 15 / DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

A défaut de paiement des cotisations dues par la collectivité, et après mise en demeure par lettre recommandée, la convention de participation est résiliée conformément à l'article L. 113-3 du code des assurances.

Les organismes d'assurance non soumis au code des assurances appliqueront les dispositions résultant des articles L. 113-3 et L. 141-3 du code des assurances.

ARTICLE 16 / ASSIETTE ET TAUX DE COTISATION

L'assiette de cotisation s'établit sur les éléments de rémunération brute suivants (salaire brut) :

- TBI
- NBI
- Régime indemnitaire (RI, soit RIFSEEP et autres primes et indemnités)

Les prestations sont servies sur les éléments de rémunération nette (Salaire net), sur la base de l'assiette de cotisation

Les taux de cotisation sont fixés comme suit et applicables selon les dispositions de l'article 13 des conditions particulières du présent document.

Garanties	90% du Traitement indiciaire Net+ 90 % NBI nette + 40 % RI net	95% du Traitement indiciaire net+ 95 % NBI nette + 45 % RI net	90% du Traitement indiciaire net+ 90 % NBI nette + 90 % RI net	95% du Traitement indiciaire net+ 95 % NBI nette + 95 % RI net
Garantie 1 : Incapacité (Selon le niveau indiqué en tête de colonne)				
Garantie 2 : Invalidité (90 % du traitement net de référence)				
Garantie 3 : CAPITAL Perte de retraite (1 PMSS* par année d'invalidité)				
Option Décès PTIA (CAPITAL 100% du traitement net annuel (traitement indiciaire, NBI et régime indemnitaire))				

*Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (3 428 € en 2022)

La souscription à la garantie 1 est obligatoire, l'agent choisi l'une des 4 couvertures

La souscription à la garantie 2 est conditionnée à l'adhésion à la garantie 1.

La souscription à la garantie 3 est conditionnée à l'adhésion aux garanties 1 et 2.

La souscription à l'option est conditionnée au minimum à l'adhésion à la garantie 1

Les taux sont fixes pour toute la durée de la convention de participation.

L'éventuelle évolution des cotisations se fera conformément aux engagements du prestataire dans l'annexe « Maitrise financière » et dans l'offre.

MODALITÉS DE GESTION

ARTICLE 17 / GESTION DE LA POPULATION ASSURÉE

Avant chaque 31 janvier, la collectivité fournit au gestionnaire la liste nominative des assurés précisant distinctement les montants de la base annuelle de garantie de chaque assuré ainsi que le total pour l'ensemble des assurés.

De la même manière, en cours d'année, la collectivité informera le gestionnaire des mutations survenant au sein du groupe des assurés.

ARTICLE 18 / DÉCLARATION DES COTISATIONS

A chaque échéance trimestrielle, pour la déclaration des cotisations, la collectivité utilise les documents suivants, fournis par le prestataire qu'elle transmet au gestionnaire, dûment complétés :

- La déclaration d'échéance qui permet le calcul du montant de l'échéance trimestrielle.
- Les déclarations d'adjonctions et de radiations qui permettent le calcul de la cotisation prorata temporis.
- La déclaration de cotisation qui permet de récapituler le montant dû compte tenu de l'échéance trimestrielle, des adjonctions ou radiations.

DISPOSITIONS AFFÉRENTES AUX SINISTRES

ARTICLE 19 / GESTION DU RÉGLEMENT DES SINISTRES

Pour toute demande de prestation, la collectivité assure la réception des demandes individuelles de paiement de prestation, centralise les pièces justificatives et adresse le dossier complet au gestionnaire.

Toute demande de prestation en cas de "baisse de traitement consécutive à une « Incapacité Temporaire Totale de travail » doit parvenir au gestionnaire dans un délai de 3 mois à compter de la date à laquelle l'assuré peut prétendre au paiement de prestations au titre de la garantie.

Cependant, pour rappel, l'article L113-2 du code des assurances et notamment à l'alinéa indique : « Lorsqu'elle est prévue par une clause du contrat, **la déchéance pour déclaration tardive au regard des délais prévus au 3° et au 4° ci-dessus ne peut être opposée à l'assuré que si l'assureur établit que le retard dans la déclaration lui a causé un préjudice.** Elle ne peut également être opposée dans tous les cas où le retard est dû à un cas fortuit ou de force majeure »

ARTICLE 20 / OBLIGATION EN CAS DE SINISTRE

Les déclarations de sinistres s'effectuent à l'aide de formulaires de demandes de prestations et les éléments nécessaires au calcul des prestations. A l'appui de la demande, l'adhérent ou les bénéficiaires fournissent les pièces suivantes :

20.1 - EN CAS D'INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL

- l'attestation de la prise en charge à demi-traitement au titre du statut de la Fonction Publique Territoriale ou les décomptes de la sécurité sociale.
- une attestation émanant de l'employeur qui indique : la nature du congé accordé (maladie ordinaire, longue maladie, congé de longue durée, disponibilité).
- et accessoirement les avis du conseil médical le cas échéant
- L'assureur respecte les décisions de l'employeur (les arrêtés administratifs)
- un certificat médical
- les bulletins de paie pour les périodes à demi-traitement.
- le dernier bulletin de paie à plein traitement.
- une attestation de l'employeur indiquant les périodes d'arrêt de travail au cours des 365 jours précédant l'arrêt au titre duquel la prestation est demandée.
- pour les non-titulaires, une attestation de l'employeur précisant la date d'embauche de l'assuré.
- un relevé d'identité bancaire, postal ou de caisse d'épargne (RIB - RIP - RICE) du (des) bénéficiaire(s).

20.2 - EN CAS D'INVALIDITE

- une déclaration sur l'honneur valant certificat de vie, à l'ouverture des droits et une déclaration d'impôt pour vérifier les revenus complémentaires de l'agent à chaque début d'année.
- un certificat médical indiquant le taux d'invalidité validé par la caisse des dépôts et la date d'effet, ou la catégorie d'incapacité pour les agents dépendant du régime général de sécurité sociale

- une attestation établie par l'employeur certifiant que le bénéficiaire a épuisé ses droits statutaires à congé de maladie ou l'arrêté de radiation des cadres.
- un relevé d'identité bancaire, postal ou de caisse d'épargne (RIB - RIP - RICE).

Pour les agents relevant de la CNRACL

- un extrait de liquidation de la retraite pour invalidité CNRACL.
- les bulletins de paiement émanant de la CNRACL.

Pour les agents relevant de la sécurité sociale (IRCANTEC)

- la notification d'attribution d'une rente invalidité 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie.
- les décomptes de paiement de la sécurité sociale.

En résumé :

L'Assureur prend en compte le dispositif de gestion suivant :

Adhésions	- Les adhésions sont enregistrées directement par l'Assureur.
Cotisations	- Les cotisations sont prélevées mensuellement à terme échu sur la paie des Assurés par l'Employeur selon la procédure du précompte, puis reversées le mois suivant à l'Assureur.
Prestations	<ul style="list-style-type: none"> - Les employeurs déclarent directement les demandes de prestations auprès de l'Assureur. - L'Assureur met obligatoirement à disposition des Employeurs un Extranet de gestion pour les déclarations et leur suivi, - Les prestations sont versées aux agents dans un délai maximum de 5 jours, à réception du dossier complet.

ARTICLE 21 / DÉCISION ADMINISTRATIVE - CONTRÔLE MÉDICAL

Pour les sinistres donnant lieu à la prise en charge partielle des indemnités versées aux agents en application des obligations statutaires de la collectivité, soit au titre du régime spécial des fonctionnaires, soit au titre du régime général de la sécurité sociale, les assureurs s'engagent à respecter les décisions de l'autorité administrative de qualification de l'arrêt de travail.

Pour les sinistres ne donnant plus lieu à une indemnisation au titre des obligations statutaires de la collectivité (exemple ; disponibilité d'office, retraite pour invalidité...), le prestataire se réserve le droit envers tout bénéficiaire qui formule une demande ou bénéficie de prestations, de réaliser des contrôles ou enquêtes ou de faire procéder à des visites médicales.

Si les renseignements fournis s'avèrent insuffisants pour se prononcer sur l'ouverture des droits ou la poursuite du service des prestations, le prestataire se réserve le droit de réclamer tout document et renseignement complémentaire.

Au vu des conclusions du contrôle médical, le prestataire statue sur l'acceptation ou le rejet de la demande, l'arrêt ou la poursuite du paiement des prestations et notifie sa décision à l'intéressé directement ou par l'intermédiaire de la collectivité.

Si le résultat du contrôle est contesté par le bénéficiaire ou par le médecin du bénéficiaire, ceux-ci peuvent demander la mise en œuvre de la procédure d'arbitrage sous forme d'une expertise auprès d'un médecin mandaté par le prestataire ; les frais afférents à cette procédure seront supportés par le bénéficiaire.

En tout état de cause, la contestation doit être formulée dans un délai de trois mois à compter de la date à laquelle le bénéficiaire a été informé de la décision ; à défaut, les prestations éventuellement dues à la suite de la contre-expertise ne prendront effet qu'à partir de la date de cette dernière.

Suite à expertise, en cas de désaccord entre les deux médecins, ceux-ci font appel à un troisième praticien pour les départager.

A défaut d'entente sur la désignation de ce dernier, ce choix sera fait, à la diligence du prestataire, par le Président du Tribunal de Grande Instance du ressort du domicile du bénéficiaire.

Les conclusions du troisième médecin s'imposent aux parties, sous réserve des recours qui pourraient être exercés par les voies de droit.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin ; ceux du tiers arbitre, ainsi que les frais que comporte l'exercice de sa mission, sont à la charge du prestataire dès lors que sa proposition n'est pas entièrement admise par la troisième expertise, ils sont à la charge du bénéficiaire dans le cas contraire.

ARTICLE 22 / RECOURS SUBROGATOIRE

Le prestataire est subrogé dans les droits de l'adhérent, victime d'un accident, dans son action contre le tiers responsable de l'accident, que la responsabilité du tiers dans l'événement soit totale ou partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que le prestataire a engagées.

ARTICLE 23 / INFORMATION DES BENEFICIAIRES

23.1 - NOTICE D'INFORMATION

Conformément à l'article 19 du décret 2011-1474 du 8 novembre 2011, une notice d'information établie par le prestataire définit les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre. Cette notice doit être remise par le gestionnaire à la collectivité, à charge pour cette dernière de la remettre à chaque bénéficiaire.

Cette notice d'information devra impérativement être remise dans un délai de 15 jours à compter de la prise d'effet du contrat.

23.2 - MODIFICATION DES GARANTIES

Il incombe à la collectivité d'informer les bénéficiaires par écrit des modifications apportées à leurs droits et obligations. En cas de désaccord, chaque bénéficiaire peut résilier son adhésion.

ARTICLE 24 / SUIVI ANNUEL

Une réunion annuelle aura lieu entre l'assureur et le CDG pour un compte rendu d'exécution du contrat dans le courant du 1^{er} trimestre de l'exercice suivant.

A l'occasion de cette rencontre, le prestataire devra présenter un document montrant :

La maîtrise financière du dispositif,

Le niveau de solidarité intergénérationnelle et/ou familiale.

Le montant et les modalités des garanties ont été établis en fonction des textes législatifs et réglementaires existant à la date de prise d'effet de la convention de participation.

Si ultérieurement ces textes venaient à être modifiés, le prestataire se réserve le droit de réviser ses conditions de garanties et un avenant au contrat d'assurance devra être soumis à l'approbation de la collectivité. En cas de désaccord de la collectivité sur les nouvelles conditions proposées, la convention de participation sera résiliée en respectant un préavis de 6 mois. Pendant ce préavis, la convention de participation en cours sera maintenue.

ARTICLE 25 / RESERVES

Les réserves ne sont pas admises. Les conditions particulières ne pourront faire l'objet d'aucune réserve, observation ou amendement de la part des candidats. Toute modification portant sur une disposition des conditions particulières conduira au rejet de l'offre.

ARTICLE 26 / PIÈCES ANNEXES

Conditions générales (Modèle du prestataire)

Le souscripteur
**LE CENTRE DE GESTION
DE LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE
DE L'EURE**

Le Prestataire