MARCHÉ PUBLIC DE FOURNITURES COURANTES
ET DE SERVICES D'ASSURANCES

Groupement Hospitalier de Territoire
Haute-Garonne et Tarn Ouest

Établissement Support

Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse
Hôtel-Dieu
2, rue Viguerie – TSA 80035
31059 Toulouse Cedex 9

CAHIER DES CLAUSES TECHNIQUES PARTICULIÈRES
COMMUN À TOUS LES LOTS

LOTS 8 à 9

ASSURANCE PRESTATIONS STATUTAIRES

CAHIER DES CLAUSES TECHNIQUES PARTICULIÈRES
ASSURANCE PRESTATIONS STATUTAIRES

Le présent Cahier des Clauses Techniques Particulières a pour objet de définir les garanties du contrat sur la base des questionnaires de souscription joints au présent marché.

En cas de contradiction entre les clauses du contrat d'assurance et le présent Cahier des Clauses Techniques Particulières, les dispositions les plus favorables à l'assuré trouveront à s'appliquer.

SOUSCRIPTEURS : Centre Hospitalier Comminges Pyrénées de Saint-Gaudens
Hôpitaux de Luchon

Etablissements parties du GHT Haute Garonne et Tarn Ouest.

Représentés par : Le Directeur de chaque Etablissement

ADRESSES : CH Comminges Pyrénées : 351 Avenue de Saint Plancard 31800 Saint-Gaudens
Hôpitaux de Luchon : 5 Cours des Quinconces 31110 Bagnères-de-Luchon

Chacun des Etablissements agissant tant pour leur compte que pour le compte de qui il appartiendra. La notion de tiers reste maintenue entre tous les différents assurés.

EFFET : 1er Janvier 2027

ÉCHEANCE PRINCIPALE : 1er Janvier.

PAIEMENT : Annuel.

DURÉE : Le marché est conclu pour une durée d'un an reconductible tacitement trois fois soit pour **une durée totale de 4 ans,** à compter du 1er Janvier 2027 0 heure et expirera le 31 décembre 2030 à 24 heures.

RÉSILIATION : Chacune des parties dispose d'une faculté de résiliation annuelle dans le respect d'un délai de **préavis de 6 mois pour l'assureur** et **3 mois pour l'assuré** avant chaque date d'échéance fixée au 1er janvier.

SOMMAIRE

TITRE I : - ASSURANCE PRESTATIONS STATUTAIRES - 5

ARTICLE 1 : OBJET DU CONTRAT 5

ARTICLE 2 : ADMISSION A L'ASSURANCE 5
2-1 Les Agents 5
2-2 Les Agents en arrêt de travail 5
2-3 Les nouveaux Agents 5
2-4 Les Agents qui changent de régime de retraite 5
2-5 Les Agents en temps partiel thérapeutique 6
2-6 Les Agents en disponibilité on en congé parental 6

ARTICLE 3 : GARANTIES DU CONTRAT 6

TITRE II : - LES GARANTIES - 7

ARTICLE 1 : CAPITAL - DÉCÈS 7
1-1 Décès toutes causes. 7
1-2 Décès suite à accident de service ou maladie imputable au service. 7

1-3 Décès consécutif à un attentat ou à un acte de dévouement. 7
1-4 Cas particuliers : 8
2 Clause particulière relative aux exclusions 8
3 Modalités de Règlement 8

ARTICLE 2 : ACCIDENT OU MALADIE IMPUTABLE AU SERVICE 8
2-1 Définitions 8
2-2 Objet de la garantie 9

ARTICLE 3 : CONGÉ DE MALADIE ORDINAIRE 11

ARTICLE 4 : CONGÉS DE LONGUE MALADIE 12

ARTICLE 5 : CONGÉS DE LONGUE DURÉE 12

ARTICLE 6 : TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE 13

ARTICLE 7 : INVALIDITÉ POUR INFIRMITÉ DE GUERRE 13

ARTICLE 8 : MISE EN DISPONIBILITÉ D'OFFICE POUR RAISON DE SANTÉ 13

ARTICLE 9 : CONGÉ DE MATERNITÉ – ADOPTION - PATERNITÉ ET ACCUEIL DE L'ENFANT - 14

ARTICLE 10 : DISPOSITIONS PARTICULIÈRES 15

ARTICLE 11 : DELAIS DE DÉCLARATION ET DE TRANSMISSION DES PIÈCES 15

TITRE III : - EXCLUSIONS - 16

TITRE IV : - FONCTIONNEMENT DU CONTRAT - 17

ARTICLE 1 : BASE LÈGALE 17

ARTICLE 2 : EFFET - DURÈE - RÉSILIATION 17

ARTICLE 3 : CESSATION DES GARANTIES 17

ARTICLE 4 : CESSATION DES PRESTATIONS 17

ARTICLE 5 : RÉSILIATION DU CONTRAT 17
5-1 Le contrat peut être résilié avant sa date d'expiration normale 17
5-2 Le contrat est résilié de plein droit 18

ARTICLE 6 : COTISATION D'ASSURANCE 18

ARTICLE 7 : REVALORISATION DES PRESTATIONS 18

ARTICLE 8 : DÉCLARATION DES SINISTRES 18

ARTICLE 9 : CONTROLES MÉDICAUX ET EXPERTISES MEDICALES 18

ARTICLE 10 : RÉGLEMENT DES PRESTATIONS 18

ARTICLE 11 : RECHUTES 19

ARTICLE 12 : SERVICE DES PRESTATION APRES RÉSILIATION 19

ARTICLE 13 : SUBROGATION - RECOURS 19

ARTICLE 14 : LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME 20

TITRE I : - ASSURANCE PRESTATIONS STATUTAIRES -

ARTICLE 1 : OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat d'assurance a pour objet de garantir à l'Etablissement, selon les conditions et modalités définies aux présentes conditions particulières, le versement ou le remboursement de tout ou partie des sommes laissées à sa charge dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, régissant le statut de ses **Agents titulaires et stagiaires** de la fonction publique Hospitalière.

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

ARTICLE 2 : ADMISSION A L'ASSURANCE

2-1 Les Agents

Sont admis obligatoirement au contrat la totalité des agents suivants :

- ✓ Titulaires permanents affiliés à la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL), **sauf les agents détachés dans une autre collectivité**,
- ✓ Stagiaires nommés dans un emploi permanent conduisant à pension de la CNRACL,
- ✓ Agents détachés dans la collectivité contractante,
- ✓ Agents transférés dans l'Etablissement sont admis au bénéfice du contrat, y compris ceux en arrêt de travail à la date de leur transfert,
- ✓ Agents mis à disposition dès lors que leur traitement est assuré par l'Etablissement assuré.
- ✓ Agents bénéficiant d'une période de préparation au reclassement (PPR) visée à l'article L.826-2 du Code Général de la Fonction Publique. Il est cependant précisé que la période de préparation au reclassement en tant que telle, n'est pas prise en charge par l'assureur. Seuls les sinistres survenant au cours de ladite période sont pris en charge dès lors que la garantie correspondante est souscrite. Ces agents seront pleinement admis au contrat à la date de leur reclassement effectif. A défaut de reclassement (en cas de réintégration de l'agent dans sa position initiale), seules les garanties « décès » et « maternité – adoption – paternité et accueil de l'enfant » sont accordées le cas échéant. Les garanties liées aux droits à congé maladie ou accident de l'agent restent de la seule responsabilité de l'assuré ou de l'assureur tenant lors de la survenance initiale du sinistre.

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

Ces agents doivent être régulièrement inscrits sur le registre du personnel de la collectivité contractante.

2-2 Les Agents en arrêt de travail

Les Agents en arrêt de travail à date d'effet du présent contrat seront admis à l'assurance le jour de la reprise effective de leur activité à **l'EXCEPTION DU RISQUE DECES pour lequel la couverture est effective dès la date d'effet du contrat**. (Si souscription de ce risque)

2-3 Les nouveaux Agents

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

2-4 Les Agents qui changent de régime de retraite

Les Agents qui changent de régime de retraite (affiliation du régime IRCANTEC au régime CNRACL) au cours du contrat sont admis dans le contrat à la date de prise d'effet de leur affiliation au nouveau régime de retraite, sous réserve qu'ils soient en activité normale de service à cette date. Si l'agent nouvellement affilié à la CNRACL est en arrêt de travail pour raison de santé à la date de sa nouvelle affiliation, il sera admis au contrat le jour de la reprise effective de son activité normale de service. Cette disposition ne s'applique pas à la garantie décès qui s'exerce dès la date de leur affiliation nouvelle.

2-5 Les Agents en temps partiel thérapeutique

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

2-6 Les Agents en disponibilité on en congé parental

Pour les agents en disponibilité ou en congé parental lors de la prise d'effet du contrat, ils seront admis au contrat le jour de la reprise de leur activité normale de service.

ARTICLE 3 : GARANTIES DU CONTRAT

Les garanties accordées sont celles figurant aux présentes Conditions Particulières qui prévalent sur les dispositions prévues par l'Assureur.

TITRE II : - LES GARANTIES -

ARTICLE 1 : CAPITAL - DÉCÈS

La garantie a pour objet le remboursement à l'Etablissement, du capital qu'il aura versé aux ayants droit de l'Agent (titulaire, stagiaire ou en service détaché dans l'Etablissement).

Le montant du capital assuré est celui mis à la charge de l'Etablissement.

Pour les Agents Titulaires :
Le remboursement se fera en fonction de la base de l'assurance retenue par l'Etablissement.
Ce sont les articles 7 du décret n°60-58 du 11 janvier 1960, D.712-19 et suivants du Code de la Sécurité Sociale ainsi que les dispositions dérogatoires prévues par le décret n°2021-176 du 17 février 2021 modifié qui s'appliquent.

Pour les Agents Stagiaires :
Ce sont les articles 5 du décret n°77-812 du 13 juillet 1977 et l'article L.361-1 du Code de la Sécurité Sociale qui s'appliquent.

1-1 Décès toutes causes.

1-1-1 Agents titulaires n'ayant pas atteint l'âge légal de départ à la retraite mentionné par l'article D. 712-19 du code de la Sécurité Sociale.

Le capital versé est égal à la dernière rémunération brute annuelle de l'Agent décédé telle que prévue par les dispositions de l'article 20 de la loi du 13 juillet 1983 codifiée, le cas échéant majoré par enfant à charge de 3 % du traitement indiciaire brut annuel soumis à retenues pour pension correspondant à l'indice brut 585.

Sont considérés comme enfants à charge, les enfants visés à l'article D. 712-20 du code de la Sécurité Sociale.

1-1-2 Agents titulaires ayant atteint l'âge légal de départ à la retraite mentionné à l'article D. 712-22 du code de la Sécurité Sociale.

Le capital versé est égal à un quart de la dernière rémunération brute annuelle de l'Agent décédé telle que prévue par les dispositions de l'article 20 de la loi du 13 juillet 1983 codifiée.

1-2 Décès suite à accident de service ou maladie imputable au service.

- ✓ **Agents titulaires n'ayant pas atteint l'âge légal de départ à la retraite mentionné aux articles D.712-19 et D.712-22 du Code de la Sécurité Sociale** : le capital versé est égal à la dernière rémunération brute annuelle de l'Agent décédé telle que prévue par les dispositions de l'article 20 de la loi du 13 juillet 1983 codifiée, le cas échéant majoré par enfant à charge de 3% du traitement indiciaire brut annuel soumis à retenues pour pension correspondant à l'indice 585.
- ✓ **Agents titulaires ayant atteint l'âge légal de départ à la retraite mentionné aux articles D.712-19 et D.712-22 du Code de la Sécurité Sociale**, le capital est égal à la dernière rémunération brute annuelle de l'Agent décédé telle que prévue par les dispositions de l'article 20 de la loi du 13 juillet 1983 codifiée.

1-3 Décès consécutif à un attentat ou à un acte de dévouement.

- ✓ **Agents titulaires, n'ayant pas atteint l'âge légal de départ à la retraite**
  Lorsque l'agent est décédé à la suite d'un attentat, d'une lutte dans l'exercice de ses fonctions ou d'un acte de dévouement dans un intérêt public ou pour sauver la vie d'une ou plusieurs personnes, le capital décès est égal à la dernière rémunération brute annuelle de l'Agent décédé telle que prévue par les dispositions de l'article 20 de la loi du 13 juillet 1983 codifiée, augmenté le cas échéant de la majoration pour enfant à charge. Il est versé trois années de suite dans les conditions ci-après : le premier versement au décès de l'Agent et les deux autres au jour anniversaire de cet évènement.
- ✓ **Agents titulaires ayant atteint l'âge légal de départ à la retraite**
  Le capital décès est égal à la dernière rémunération brute annuelle de l'Agent décédé telle que prévue par les dispositions de l'article 20 de la loi du 13 juillet 1983 codifiée. Il est versé trois années de suite dans les conditions ci- après : le premier versement au décès du fonctionnaire et les deux autres au jour anniversaire de cet évènement.

1-4 Cas particuliers :

- ✓ **Agents autorisés à travailler à temps partiel**
  Le capital décès sera versé dans les conditions visées ci-avant.
- ✓ **Agents titulaires à temps non complet ayant plusieurs employeurs**
  Le capital décès sera versé dans les conditions visées ci-dessus en tenant compte du nombre d'heures effectuées par l'Agent au service de l'Etablissement.
- ✓ **Agents stagiaires**
  Le Capital Décès correspond à une somme forfaitaire en application de l'article 5 du décret n°77-812 du 13 juillet 1977 et de l'article L.361-1 du Code de la Sécurité Sociale
- ✓ Agents décédés dans les trois mois suivant le départ en retraite.
  Le Capital Décès correspond à une somme forfaitaire en application de l'article L.361-1, R.361-3 et le cas échéant de l'article D.712-22 du Code de la Sécurité Sociale.

2 Clause particulière relative aux exclusions

L'objet du contrat étant de garantir à l'Etablissement ses obligations statutaires vis à vis de ses Agents, **l'Assureur accepte de ne pas opposer aux Agents les exclusions prévues au Code des Assurances si elles devaient être contraires aux engagements statutaires de l'Etablissement vis à vis de ses Agents**.

3 Modalités de Règlement

L'Etablissement assuré doit fournir à l'Assureur, toutes les pièces justificatives comprenant notamment :

- ✓ Une attestation, établie par le service de l'Etablissement justifiant le calcul et le paiement du capital,
- ✓ L'original de l'acte de décès,
- ✓ La copie intégrale de l'acte de naissance ou un extrait de l'acte de naissance (original daté de moins de 3 mois)
- ✓ Le bulletin de salaire du dernier mois du décès,
- ✓ La photocopie du certificat de scolarité si enfants à charges âgés de plus de 16 ans,
- ✓ La photocopie de dernier avis d'imposition ou attestation de l'administration fiscale précisant que les ascendants ne sont pas imposables au jour du décès,
- ✓ Un certificat médical précisant la cause du décès ou, à défaut, tous documents justifiant le lien de causalité du décès avec le service, en cas de décès résultat d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle,
- ✓ La copie recto-verso en cours de validité de la pièce d'identité de chaque bénéficiaire, ou du représentant légal.

Le capital décès dû au titre du contrat est réglé à l'Etablissement. Le versement effectué a un caractère libératoire pour l'Assureur.

ARTICLE 2 : ACCIDENT OU MALADIE IMPUTABLE AU SERVICE

2-1 Définitions

Accident de service :
Pour être reconnu comme tel, l'accident doit être survenu à l'Agent, quelle qu'en soit la cause, dans le temps et le lieu du service, dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions ou d'une activité qui en constitue le prolongement normal, en l'absence de faute personnelle ou de toute autre circonstance particulière détachant l'accident du service.

Lorsque l'Agent exerce une activité en dehors de son temps et/ou de son lieu habituel de travail, l'accident de service est pris en charge sous réserve des conditions suivantes :

- ✓ L'Etablissement démontre le caractère professionnel de l'activité exercée ou l'existence d'un lien de subordination lors de l'exercice de ladite activité,
- ✓ Soit lorsque l'agent qui exerce une activité de sapeur-pompier volontaire, se blesse au cours d'une mission ou d'un entraînement.

Etant précisé que seuls les Frais médicaux qui ne peuvent être pris en charge en application des dispositions de l'article 19 de la loi n° 91-1389 du 31 décembre 1991 relative à la protection des sapeurs -pompiers volontaires seront, le cas échéant, indemnisés.

Accident de trajet : Il s'agit d'un accident dont est victime l'agent et qui se produit sur le parcours habituel entre le lieu où s'accomplit son service et sa résidence ou son lieu de restauration et pendant la durée normale pour l'effectuer, sauf si un fait personnel de l'Agent ou toute autre circonstance particulière étrangère notamment aux nécessités de la vie courante est de nature à détacher l'accident du service.

Maladies imputables au service :

- ✓ **Maladies professionnelles figurant aux tableaux des maladies professionnelles** : Maladies désignées par les tableaux de maladies professionnelles mentionnés aux articles L. 461-1 et suivants du Code de la Sécurité Sociale et contractées dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions dans les conditions mentionnées à ce tableau.

- ✓ **Maladies d'origines professionnelles ne remplissant pas les conditions des tableaux des maladies professionnelles :** Maladies telles qu'elles sont désignées par les tableaux de maladies professionnelles mentionnés aux articles L461-1 et suivants du Code de la Sécurité Sociale pour lesquelles une ou plusieurs conditions tenant au délai de prise en charge, à la durée d'exposition ou à la liste limitative des travaux ne sont pas remplies lorsqu'il est établi qu'elles sont directement causées par l'exercice des fonctions par la commission de réforme ou l'autorité administrative.

- ✓ **Maladies contractées en service ne figurant pas aux tableaux des maladies professionnelles :** Maladies non désignées dans les tableaux de maladies professionnelles mentionnés aux articles L. 461-1 et suivants du Code de la Sécurité Sociale lorsque qu'elles sont essentiellement et directement causées par l'exercice des fonctions et qu'elles entraînent une incapacité permanente à un taux déterminé et évalué dans les conditions prévues par décret en Conseil d'Etat.

2-2 Objet de la garantie

Cette garantie a pour objet le remboursement à l'Etablissement des prestations en espèces (Indemnités Journalières) et des prestations en nature (Frais Médicaux et funéraires) dues à ses Agents en cas de réalisation en période d'assurance d'un des risques suivants :

- ✓ Accident ou maladie imputable au service survenu en cours d'assurance, et répondant aux définitions précisées ci-dessus et à la jurisprudence en vigueur ou ayant une cause exceptionnelle (acte de dévouement ou de sauvetage) telle que définie à l'article L.27 du Code des Pensions Civiles et Militaires de retraite sous réserve que :
  - Cet accident ou celle maladie soit reconnue imputable au service
  et
  - Que la première constatation médicale de la pathologie en cause (fixant la date d'origine de la maladie imputable au service) intervienne en cours d'assurance.

Pour être reconnu imputable au service, il est nécessaire de fournir à l'Assureur :

- ✓ Pour toutes déclarations de rechutes avec ou sans arrêt de travail : obligatoirement l'enquête administrative et/ou la décision de l'autorité administrative mentionnant l'imputabilité au service et/ou l'avis favorable du conseil médical réuni en formation plénière lorsque celui-ci a été saisi par l'Etablissement et dans le cadre de maladies professionnelles répondant à l'ensemble des critères des tableaux de la Sécurité Sociale, l'avis favorable du médecin du travail.

- ✓ Pour les prolongations de moins d'un an :
  - La décision de l'autorité administrative mentionnant l'imputabilité au service et/ou l'avis favorable du Conseil Médical réuni en formation plénière lorsque celui-ci a été saisi par l'Etablissement.

- ✓ Pour toute prolongation d'arrêt supérieure à un an (article L.27 du Code des Pensions Civiles et Militaires de Retraite) et pour toute prothèse ou émanant d'une expertise médicale ou du Conseil médicale réuni en formation plénière.

En cas de désaccord entre le Conseil médical réuni en formation plénière ou l'autorité administrative ou en cas de doute de l'Assureur sur la recevabilité de la demande, l'Etablissement permettra à l'Assureur (sous peine de suspension des prestations) de faire procéder auprès de ses Agents à une expertise ou tierce expertise par un médecin agréé et à ses frais.
Il est précisé que si l'agent de se présente pas à la convocation du médecin agréé, l'Assureur se réserve le droit de suspendre les prestations concernées.

Prestations en espèces (Indemnités Journalières) :

La garantie a pour objet le remboursement par l'Assureur, du traitement intégral de l'Agent en arrêt de travail jusqu'à ce qu'il soit apte à reprendre son service ou, dans le cas contraire, jusqu'à la mise à la retraite. A défaut de franchise, l'indemnisation du CITIS débute à compter du lendemain de la survenance de l'Accident imputable au service.

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

Au cas où une expertise est diligentée, l'Assureur se réserve la possibilité de verser les indemnités journalières à réception et au vu des conclusions de ladite expertise.

Le traitement indiciaire brut retenu pour l'indemnisation des prestations en espèces est celui de l'Agent au jour de l'arrêt de travail. Pendant son arrêt de travail le montant de la prestation d'assurance ne peut excéder ce que l'agent aurait perçu s'il avait exercé son activité.

Les prestations sont indemnisées sur la base de :

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

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

L'indemnisation cesse :

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

Pour la reprise de fonction ou consolidation :

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

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

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

Si aucune date n'est précisée :

- ✓ Pour l'aménagement du poste de travail, ou le reclassement :180 jours après la date de la séance de la commission départementale de réforme ou du rapport de la dernière expertise indiquant l'aménagement du poste de travail, ou le reclassement
- ✓ Pour la mise en retraite pour invalidité : 180 jours après la date de la séance de la commission départementale de réforme indiquant la mise en retraite pour invalidité.
- ✓ En tout état de cause : à la date à laquelle l'agent atteint la limite d'âge prévue par les dispositions législatives et règlementaires pour l'exercice de leur activité, sauf en cas de prolongation légale d'activité.

Les accidents et maladies professionnelles donnant lieu à une pension de la part de la CNRACL n'ouvrent droit à aucune prestation en espèce en application du contrat.

Prestations en espèces : Indemnités journalières suite au temps partiel thérapeutique

Les dispositions ci-après s'appliquent en cas de reprise de fonction à temps partiel thérapeutique pour raison médicale à la suite d'une décision de l'Etablissement reconnaissant l'accident ou la maladie imputable au service, pris en charge par l'assureur au titre du contrat.

Le montant de l'indemnité journalière est fixé comme suit et en fonction du pourcentage de l'assiette retenue pour l'indemnisation : pour une période de 1 à 3 mois renouvelable dans la limite d'un an : 1/30e du traitement indiciaire brut mensuel correspond au prorata du taux d'absence de l'agent par référence à la quotité de travail déterminée par le médecin traitant et le cas échéant le médecin agréé, et en dernier ressort par le Conseil médical réuni en formation restreinte. Pour les éléments optionnels figurant le cas échéant sur le formulaire « Base de cotisation », le remboursement est égal aux sommes réellement à la charge de l'Etablissement.

Il est précisé qu'après la résiliation du contrat, seules les prestations en espèces et en nature consécutives à des accidents ou maladies survenus pendant la période d'assurance continuent à être remboursées. Les Indemnités Journalières cessent d'être revalorisées. De même en cas de rechute postérieure à la résiliation du contrat, et après avis favorable de la Commission Départementale de Réforme, les versements reprennent sur une base constante égale à la dernière indemnité versée.

Pour les Agents à Temps Partiel Thérapeutique, les prestations sont calculées au prorata du taux de travail effectué et en fonction du pourcentage de l'assiette de cotisation retenue.

Pour les Agents à temps non complet et affiliés CNRACL, elles sont calculées au prorata du nombre d'heure effectuées et en fonction de l'assiette de cotisation retenue.

Prestations en nature - (Frais médicaux)

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

- ✓ Un accident ou maladie imputable au service,
- ✓ Une cause exceptionnelle.

Les frais médicaux et autres actes survenus en cours d'assurance doivent avoir un lien médical direct et certain avec la lésion ou la pathologie résultant de l'accident ou de la maladie imputable au service

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

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

- ✓ L**es frais de prothèses (dentaire et appareillage),**
- ✓ L**es frais de transports prescrits médicalement afférents aux cures thermales,**

L'absence de réponse sous 15 jours par l'assureur ou le courtier d'assurance équivaut à une acceptation de prise en charge.
Pour la prise en charge des frais de cures thermales et des prothèses, les conclusions d'expertises médicales ou avis du Conseil médical réuni en formation plénière sont nécessaires.

Les frais d'hébergement liés aux cures thermales sont pris en charge à hauteur de 350 euros.

Le versement des prestations en nature continue, le cas échéant, après que l'Agent ait atteint la limite d'âge légale prévue pour faire valoir ses droits à la retraite si elles sont liées à un accident ou une maladie contractée en service et survenue pendant la période de validité du contrat.

Les médicaments non remboursés par la Sécurité Sociale sont pris en charge sous réserve de faire l'objet d'une prescription médicale et d'être médicalement justifiés.

Prestations en nature - (Frais Funéraires)

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

ARTICLE 3 : CONGÉ DE MALADIE ORDINAIRE

La garantie a pour objet le remboursement par l'Assureur des indemnités journalières versées par l'Etablissement assuré à son Agent, conformément à ses obligations statutaires en cas d'incapacité totale de travail de l'Agent et **résultant d'une maladie ou d'un accident non professionnel** et survenus pendant la période d'assurance.
Le montant de l'indemnité journalière versée ne peut toutefois excéder ce qui est réellement dû à l'Agent au regard de son statut.

Conformément à l'article 189 de la li des finances pour 2025, le montant de l'indemnité journalière est fixé comme suit et en fonction du pourcentage de l'assiette retenue pour l'indemnisation :

- ✓ Les 3 premiers mois : 90% des 1/30e du traitement majoré du supplémenta familial et de l'indemnité de résidence.

- ✓ Les 9 mois suivants : 1/30e du demi-traitement indiciaire brut mensuel, majoré éventuellement de la moitié de la nouvelle bonification indiciaire et, le cas échéant, du montant des élément optionnels choisis par l'Etablissement.

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

Le délai de carence n'est pas appliqué :

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

ARTICLE 4 : CONGÉS DE LONGUE MALADIE

On entend par Congé de Longue Maladie (**CLM**), pour cause de maladie ou d'accident **non imputable au service** un arrêt nécessitant un traitement et des soins prolongés, présentant un caractère d'invalidité et de gravité confirmé et reconnu par le Comité Médical, mettant l'Agent dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions (article 41-3° de la loi du 9 janvier 1986). Le versement des Indemnités Journalières ne débute qu'à l'expiration de la période de franchise définie aux Conditions Particulières. Elle s'applique pour chaque nouvel arrêt, SAUF dans le cas d'une rechute survenant dans les 30 Jours suivant la fin de l'arrêt précédent.

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

- ✓ Jusqu'à la fin de la 1ère année de congé : 1/30e du traitement indiciaire brut mensuel majoré éventuellement de la nouvelle bonification indiciaire et, le cas échéant du montant des éléments optionnels, choisis par l'Etablissement pour sa base de cotisation.
- ✓ Pendant les 2 années suivantes : 1/30e du demi-traitement indiciaire brut mensuel, majoré éventuellement de la moitié de la nouvelle bonification indiciaire. Pour les éléments optionnels figurant, le cas échéant du montant des éléments optionnels, choisis par l'Etablissement.

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

ARTICLE 5 : CONGÉS DE LONGUE DURÉE

On entend par Congé de Longue Durée (**CLD**), le congé résultant d'une des maladies suivantes : tuberculose, affection cancéreuse, maladie mentale, poliomyélite, ou déficit immunitaire grave et acquis, ayant fait l'objet d'une reconnaissance par le Comité Médical Départemental, mettant l'Agent dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions (article 41-4° de la loi du 9 janvier 1986). Le versement des Indemnités Journalières ne débute qu'à l'expiration de la période de franchise définie aux Conditions Particulières. Elle s'applique pour chaque nouvel arrêt, SAUF dans le cas d'une rechute survenant dans les 30 Jours suivant la fin de l'arrêt précédent.

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

- ✓ Jusqu'à la fin de la 3ème année de congé : 1/30e du traitement indiciaire brut mensuel majoré éventuellement de la nouvelle bonification indiciaire et, le cas échéant du montant des éléments optionnels, choisis par l'Etablissement.
- ✓ Pendant les 2 années suivantes : 1/30e du demi-traitement indiciaire brut mensuel, majoré éventuellement de la moitié de la nouvelle bonification indiciaire. Pour les éléments optionnels figurant, le cas échéant du montant des éléments optionnels, choisis par l'Etablissement.

Un Agent ne peut bénéficier que d'un seul congé de longue durée par groupe d'affection.

Dispositions communes aux articles 3,4 et 5 :

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

Il devra être fourni à l'Assureur, dans les 120 jours à compter de leur établissement, l'avis de la commission départementale de réforme ou du comité médical, constatant l'inaptitude définitive de l'Agent (ou la décision de la CNRACL) stipulant la date de réintégration, de reclassement, de mise en disponibilité ou d'admission de l'Agent à la retraite.

ARTICLE 6 : TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE

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

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

- ✓ Pendant 1 à 3 mois, renouvelables dans la limite d'un an : 1/30e du traitement indiciaire brut mensuel majoré correspondant au taux de l'absence de l'agent, par référence à la quotité de travail déterminée par le médecin traitant et le médecin agréé, ou le cas échéant le Comité médical réuni en formation restreinte.

Conformément aux Décrets n°2021-846 du 29 juin 2021 et n° 2021-1462 du 8 novembre 2021, un Agent peut désormais bénéficier d'un arrêt de travail en Temps Partiel Thérapeutique pour raison thérapeutique sans faire suite à un arrêt total de travail. Il est renouvelé par période de 3 mois dans la limite d'une année. Cette disposition est applicable dans la mesure ou la garantie pour Maladie Ordinaire aura été souscrite, avec application de la même franchise le cas échéant.

ARTICLE 7 : INVALIDITÉ POUR INFIRMITÉ DE GUERRE

Les dispositions ci-après concernent l'Agent mis en congé spécial pour indisponibilité résultant d'une infirmité de guerre. Le montant de l'indemnité journalière est fixé comme suit :

- ✓ Pendant 2 ans maximum : 1/30e du traitement indiciaire brut mensuel majoré, le cas échéant, du montant des éléments optionnels choisis par l'Etablissement.

ARTICLE 8 : MISE EN DISPONIBILITÉ D'OFFICE POUR RAISON DE SANTÉ

Les dispositions ci-après concernent l'Agent remplissant les conditions visées à l'article 62 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 et du titre 7 du décret 88-386 du 19 avril 1988.

8-1 Mise en disponibilité d'office pour raison de santé suite à une inaptitude physique, à l'épuisement des droits de l'Agent à congés de Maladie Ordinaire, Longue Maladie Longue Durée.

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

8-2 Indemnités de coordination en application des articles 4 et 15 du décret n°60-58 du 11/01/1960.

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

- ✓ Pendant 3 ans maximum y compris les congés statutaires ayant donné lieu à indemnisation : 50 % du montant des éléments optionnels, choisis par l'Etablissement

8-3 Allocation d'invalidité temporaire (AIT) suite à épuisement des droits au congé de longue maladie ou congé de longue durée ou à indemnités de coordination.

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

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

- ✓ 1ère catégorie : Invalide capable d'exercer une activité rémunérée : 30 % du dernier traitement en vigueur à la date de l'arrêt de travail déclaré.
- ✓ 2ème catégorie : Invalide dans l'impossibilité d'exercer une activité rémunérée : 50 % du dernier traitement en vigueur à la date de l'arrêt de travail déclaré.

- ✓ 3ème catégorie : Invalide dans l'incapacité absolue d'exercer une profession et dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie (se nourrir, se laver, se déplacer, se coucher) de façon permanente et définitive. L'indemnité définie pour l'invalidité de 2e catégorie majorée de : 40 % des éléments du traitement sans pouvoir être inférieure à l'indemnité prévue par le régime général de la Sécurité Sociale pour assistance d'une tierce personne (article R. 341-6 du code de la Sécurité Sociale). La majoration n'est pas due pendant une période d'hospitalisation.

ARTICLE 9 : CONGÉ DE MATERNITÉ – ADOPTION - PATERNITÉ ET ACCUEIL DE L'ENFANT -

La garantie a pour objet le remboursement par l'Assureur, des rémunérations dues à l'Agent pendant la période légale des congés de maternité (augmentée le cas échéant du congé spécial pour grossesse et couches pathologiques) des congés de paternité et accueil de l'enfant (sous déduction des sommes versées par la Caisse Nationale des Allocations Familiales) ou pour adoption (article 41-5° de la loi du 9 janvier 1986).

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

- ✓ 1/30e du traitement indiciaire brut mensuel majoré éventuellement de la nouvelle bonification indiciaire et, le cas échéant du montant des éléments optionnels choisis par l'Etablissement.

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

Naissances multiples

La période de congé légal est respectivement portée à :

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

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

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

Lorsque l'accouchement prématuré intervient 6 semaines avant la date présumée d'accouchement et nécessite l'hospitalisation postnatale de l'enfant, la durée s'écoulant entre l'accouchement prématuré et le début de la sixième semaine précédant la date présumée d'accouchement s'ajoute au congé de maternité. Cette période qui s'ajoute à la durée initiale du congé de maternité ne peut être reportée à la fin de l'hospitalisation de l'enfant.

Lorsque l'accouchement intervient postérieurement à la date prévue d'accouchement, la durée entre la date prévue d'accouchement et la date réelle est prise en compte et ajoutée au congé prénatal.

L'indemnité journalière prévue ci-dessus est servie par l'assureur pendant une période constituant le congé légal d'adoption : 16 semaines à compter de l'arrivée de l'enfant au foyer (ou dans les 7 jours qui précèdent la date prévue de cette arrivée). Toutefois, si l'adoption porte à trois ou plus le nombre d'enfants à charge, la période de remboursement est portée à 18 semaines. En cas d'adoptions multiples, la période légale est portée à 22 semaines.

Conformément au Décret n°2021-1342 du 13 octobre 2021, les conditions d'attribution et les durées du congé de maternité, congé de naissance, du congé pour l'arrivée d'un enfant placé en vue de son adoption, du congé d'adoption, de paternité et, par transposition du Code du Travail, l'Etablissement dispose d'une couverture conforme aux dispositions du Décret susvisé dès lors que la garantie est souscrite.

Congé de paternité et d'accueil de l'enfant

L'indemnité est versée pendant la période du congé légal soit : 25 jours calendaires portés à 32 jours calendaires en cas de naissances multiples. Ce congé peut être fractionné en deux périodes dont l'une des deux devant être au moins égale à 7 jours. Il devra être pris dans les 4 mois suivant la naissance ou l'accueil de l'enfant.

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

Cette indemnité complète dans la limite du traitement dû à l'agent les sommes versées par la Caisse nationale d'allocation familiale par l'intermédiaire de la Caisse des dépôts et Consignations.
Le congé de paternité et d'accueil de l'enfant est pris en charge conformément aux dispositions statutaires.

Congé de naissance
L'indemnité est versée pendant la période du congé légal soit 3 jours calendaires. Ce congé est pris de manière continue à compter du jour de la naissance de l'enfant ou du premier jour ouvrable qui suit.

Congé pour l'arrivée d'un enfant placé en vue de son adoption
L'indemnité est versée pendant la période du congé légal soit 3 jours calendaires. Ce congé est pris de manière continue ou fractionnée à l'occasion de chaque arrivée d'un enfant placé en vue de son adoption dans les quinze jours entourant l'arrivée de l'enfant adopté.

ARTICLE 10 : DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

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

Agents permanents à temps non complet affiliés à la CNRACL
Les prestations sont calculées à hauteur du pourcentage de l'assiette retenue pour l'indemnisation et au prorata du nombre d'heures effectuées au service de la collectivité contractante.

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

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

Pour la prise en charge de ce maintien du demi-traitement, il est nécessaire de fournir :
- ✓ L'avis du comité médical stipulant : la date de réintégration, de reclassement ou de mise en disponibilité d'office pour raisons de santé ;
- ✓ Ou l'avis favorable du comité médical ou de la commission de réforme à la mise en retraite pour invalidité de l'agent et la décision de la CNRACL stipulant sa date d'admission.

ARTICLE 11 : DELAIS DE DÉCLARATION ET DE TRANSMISSION DES PIÈCES

Délais de déclarations des sinistres de la part de l'Etablissement : L'Etablissement s'engage à transmettre toutes les pièces (sans désignation particulière) qui seront nécessaires au traitement de ses dossiers dans un délai MAXIMUM de **120 Jours**.

Concernant la transmission des demandes de remboursement des Frais de Soins, le délai MAXIMUM est de **2 ans**. **L'Assureur ou son gestionnaire** s'engage (en cas de délai trop long dans la transmission des pièces justificatives nécessaires à la gestion du dossier), **à relancer l'Etablissement 30 Jours avant la date butoir de remise exigée**. A défaut d'effectuer cette relance, l'Assureur ne peut opposer un refus de prise en charge pour motif de déclaration tardive.

Outre la déclaration d'arrêt de travail, l'Etablissement doit fournir à l'Assureur toutes pièces justificatives comprenant notamment
- ✓ Un duplicata de l'arrêt de travail, accompagné d'un certificat détaillé du médecin traitant et, en cas d'accident, le procès-verbal de cet accident,
- ✓ Une attestation de l'Etablissement indiquant le montant du traitement mensuel versé à l'Agent le mois précédant l'arrêt de travail,
- ✓ Les doubles des bulletins de salaire des mois pendant lesquels l'Assureur verse ses prestations,

Toute modification de l'état de santé de l'Agent, toute prolongation d'arrêt de travail doit être notifiée à l'Assureur dans les **120 jours**, à défaut, l'Agent est considéré comme guéri à l'expiration du certificat précédemment reçu.

En cas de résiliation OU au terme du contrat, l'Etablissement dispose d'un délai supplémentaire de 30 Jours supplémentaires pour déclarer tout nouveau sinistre pouvant mettre en cause les garanties souscrites à l'exception des garanties Décès, Congés de Longue Durée ou de Longue Maladie et Maladie Ordinaire.

TITRE III : - EXCLUSIONS -

Il n'y a pas assurance :

- ✓ **En cas de guerre civile ou étrangère (sauf pour la garantie infirmité de guerre) d'émeute, d'insurrection, d'invasion, de mouvement populaire, d'acte de terrorisme ou de sabotage, de rixe, quel que soit le lieu où se déroulent ces évènements, dès lors que l'agent y prend une part active** SAUF en cas de légitime défense ou d'assistance à personne en péril**. Les garanties ne seront accordées que conformément aux dispositions de la législation française des Assurances sur la Vie à intervenir dans ce cas.**

- ✓ **En cas de dommages causés ou aggravés par des armes ou engins destinés à exploser par modification du noyau de l'atome, ou par tout combustible nucléaire, produit ou déchet radioactif ou par toute autre source de rayonnements ionisant.** Toutefois, sont garantis les dommages causés par toute source de rayonnements ionisants utilisée ou destinée à être utilisée par le personnel dans le cadre de son activité professionnelle pour autant que la valeur corrigée de dépasse pas 37 giga Becquerel soit 37 G Bq (anciennement 1 curie).

- ✓ **En cas de déplacement ou séjour dans une région ou un des pays formellement déconseillés par le Ministère Français des Affaires Etrangères.**

TITRE IV : - FONCTIONNEMENT DU CONTRAT -

ARTICLE 1 : BASE LÈGALE

Le contrat est régi par les Obligations Statutaires applicables aux Agents de la Fonction Publique Hospitalière des Agents affiliés à la C.N.R.A.C.L. par référence aux dispositions législatives et réglementaires applicables entre l'Etablissement et les Agents concernés.

ARTICLE 2 : EFFET - DURÈE - RÉSILIATION

Le contrat prend effet à la date indiquée à la page 2 du présent CCTP. Sa durée est également définie page 2 du présent CCTP. Il est souscrit dans le cadre de l'année civile et vient à échéance le 31 décembre de chaque année.
Il se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1er janvier de chaque année, sauf dénonciation signifiée par lettre recommandée avec accusé de réception **comme il est précisé à la page 2 du présent CCTP**.

ARTICLE 3 : CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent :

- ✓ À la date à laquelle l'agent ne répond plus aux conditions d'admission prévues à l'Art. 2 Titre1,
- ✓ À la date de liquidation de la pension vieillesse,
- ✓ À la date à laquelle l'agent atteint la limite d'âge prévue par les dispositions législatives ou règlementaires pour l'exercice de son activité, sauf en cas de prolongation légale d'activité,
- ✓ À la date de radiation de l'agent des listes de l'établissement,
- ✓ À la date d'échéance du contrat,
- ✓ À la date d'effet de la résiliation du contrat,
- ✓ À la date de la mise en disponibilité sur demande,
- ✓ En cas de défaut de paiement de la cotisation

ARTICLE 4 : CESSATION DES PRESTATIONS

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

- ✓ À la date de reprise d'activité de l'agent,
- ✓ À la date à laquelle l'agent atteint la limite d'âge prévue par les dispositions législatives ou règlementaires pour l'exercice de son activité (ou par décret n° 60-58 du 11 janvier 1960 pour l'invalidité) sauf en cas de prolongation légale d'activité,
- ✓ À la date de mise à la retraite de l'agent ou le lendemain du décès de l'agent,
- ✓ À la date d'aptitude reconnue par le contrôle médical ou expertise médicale pour le risque accident ou maladie imputable au service ?
- ✓ A la date à laquelle l'agent bénéficie d'une période de préparation au reclassement visée à l'article L.826-2 du Code Général de la Fonction Publique, SAUF en cas de sinistres survenus au cours de ladite période.

ARTICLE 5 : RÉSILIATION DU CONTRAT

5-1 Le contrat peut être résilié avant sa date d'expiration normale

Par l'assureur :

- ✓ En cas de non-paiement de cotisation (article L 113-3 du Code des Assurances).
- ✓ En cas d'aggravation significative du risque (article L 113-4 du Code des Assurances).
- ✓ En cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration du risque à la souscription ou en cours de contrat (article L 113-9 du Code des Assurances).

Par le Souscripteur :

- ✓ En cas de disparition des circonstances aggravantes, si l'assureur refuse de réduire la cotisation en conséquence (article L 113-4 du Code des Assurances)
- ✓ En cas de transfert de portefeuille de l'assureur (article L 324-1 du Code des Assurances).
- ✓ En cas de modification du tarif d'assurance selon les dispositions prévues à l'article 6 ci-après (cotisation).
- ✓ Au cas où l'Assureur ne remplit pas ses obligations,
- ✓ Pour motif d'intérêt général.

5-2 Le contrat est résilié de plein droit

En cas de retrait de l'agrément de l'assureur (article L 326-12 du Code des Assurances).

ARTICLE 6 : COTISATION D'ASSURANCE

Les cotisations de toutes les solutions envisageables (offre de base) sont basées exclusivement, sur le Traitement Indiciaire Brut annuel soumis à retenue pour pension (**compte 641-11 de l'année N-1**) à la date d'adhésion du contrat.

L'établissement peut toutefois majorer sa base de cotisation selon ses besoins à la souscription du contrat (NBI + Supplément Familial + Complément de Traitement Indiciaire (C.T.I. conformément au **Décret n°2022-1497 du 30 novembre 2022**) + Primes et Indemnités diverses). Les taux de cotisations sont fixés aux Conditions Particulières. Ils sont exprimés en pourcentage de la base de calcul des cotisations.

A la fin de chaque exercice, l'établissement adressera à l'Assureur le montant de l'assiette réelle correspondant à la base de l'assurance réellement due à l'aide d'un formulaire « base de cotisation ».

L'Assureur déterminera alors la cotisation annuelle définitive. Cette cotisation définitive fera l'objet d'un ajustement, selon le cas, à l'appel d'un complément de prime ou d'un remboursement du trop-perçu. Le présent contrat est exonéré de taxe d'assurance à sa date d'effet ; toutefois, toute taxe établie postérieurement à cette date entraînerait un ajustement de cotisation.

ARTICLE 7 : REVALORISATION DES PRESTATIONS

L'ensemble des prestations périodiques versées par l'assureur sont revalorisées en fonction de l'augmentation générale des traitements de la fonction publique Hospitalière et des avancements éventuels des agents. La revalorisation intervient à la date d'augmentation générale des traitements ou de l'avancement de l'Agent.

ARTICLE 8 : DÉCLARATION DES SINISTRES

L'assuré s'engage à fournir la description exacte du sinistre ainsi que tous les éléments d'identification de la victime nécessaires à l'évaluation du sinistre et aux recours éventuels. Tout retard dans la déclaration ou la transmission des pièces ci-avant n'aura pour seul effet de réduire l'indemnité à laquelle l'assuré a droit et **dans la limite du préjudice réellement subi par l'assureur en raison de ce retard**.

ARTICLE 9 : CONTROLES MÉDICAUX ET EXPERTISES MEDICALES

Sur demande de l'Assureur, l'établissement est tenu de lui transmettre la copie des avis de la Commission de Réforme ou du Comité Médical Départemental indiquant la nature et le point de départ du congé accordé ou de la rechute ainsi que, le cas échéant, les conclusions du médecin expert agréé consulté par la Commission de Réforme. L'Assureur pourra pour sa part, faire procéder auprès de l'agent à un contrôle médical (contre-visite ou expertise), par un médecin agréé.

En cas de contestation des conclusions du médecin agréé de l'Assureur par l'Etablissement, ce dernier a la possibilité de désigner un deuxième expert médical chargé de la même mission. Si un désaccord persiste sur les conclusions de l'expertise, les parties opposées désigneront un médecin-arbitre pour les départager.

Faute d'entente sur son choix, la désignation est faite par le Président du Tribunal de Grande Instance compétent du domicile de l'Agent. La décision du médecin-arbitre s'impose au souscripteur et à l'assureur quand bien même elles seraient contraires à l'avis de la commission de réforme ou du comité médical départemental.

Le refus de l'Agent ou du Sociétaire de se soumettre à cette expertise entraîne systématiquement l'arrêt du versement des prestations par la Société.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin. Les honoraires du troisième médecin sont partagés à parts égales.

ARTICLE 10 : RÉGLEMENT DES PRESTATIONS

Le paiement des prestations en nature intervient à réception par l'Assureur des pièces justificatives. Elles sont remboursées au fur et à mesure de la présentation des pièces justificatives et de la prescription médicale correspondante.

En l'absence d'arrêt de travail, la première demande de remboursement doit être accompagnée d'une déclaration sur un imprimé spécial (fourni par l'Assureur) permettant de vérifier que la demande est formulée au titre d'un accident ou d'une maladie imputable au service.

Lorsque l'accident a été causé par un tiers, l'Etablissement est tenu d'indiquer à l'Assureur les circonstances précises de l'accident notamment lui transmettre une photocopie du constat amiable automobile ou du procès-verbal de police ou de gendarmerie s'il s'agit d'un accident de la circulation.

Pour la demande de prise en charge des prestations en espèces, l'Etablissement doit joindre à sa déclaration les pièces justificatives suivantes :

- ✓ Le bulletin de salaire de l'Agent du mois civil en cours,
- ✓ Le certificat médical prescrivant l'arrêt de travail,
- ✓ L'enquête administrative,
- ✓ La décision administrative reconnaissant l'imputabilité,
- ✓ Les conclusions du médecin expert agréé s'il a été consulté,
- ✓ Le procès-verbal de la Commission de Réforme si elle a été saisie,
- ✓ En cas de prolongation de l'arrêt de travail au-delà de la durée initialement prévue, les certificats de prolongation (au fur et à mesure qu'ils sont délivrés à l'Agent).

ARTICLE 11 : RECHUTES

Seules les garanties congé de longue maladie, congé de longue durée, accident et maladie imputable au service peuvent donner lieu à rechute. Par rechute, il faut entendre l'aggravation de l'état de santé de l'agent, subite ou naturelle, strictement liée à une affection précédente survenue en cours d'assurance et sans intervention d'une cause extérieure. Dans ce contexte, l'agent peut avoir besoin d'un traitement médical avec ou sans arrêt de travail.

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

Les rechutes liées à un sinistre dont l'origine est survenue avant la date de prise d'effet du contrat ne sont pas prises en charge sauf si elles ont fait l'objet d'un accord préalable entre l'Etablissement et l'Assureur. Dans ce cas, l'établissement s'engage à communiquer les conditions générales, les conditions particulières de l'ancien contrat, les déclarations de sinistres, de rechutes et toutes autres pièces nécessaires.

Le montant des indemnités journalières est exprimé en pourcentage de la 30e partie des éléments mensuels de rémunération en vigueur à la date de la rechute, selon la base de l'assurance retenue par l'établissement.

ARTICLE 12 : SERVICE DES PRESTATION APRES RÉSILIATION

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

En conséquence, au terme ou en cas de résiliation du contrat, les indemnités journalières afférentes aux sinistres survenus avant la date de fin de terme ou de résiliation du contrat et en cours de service à la date de fin de terme ou de résiliation continuent à être versées selon les conditions prévues au contrat.

Les prestations en nature consécutives à des accidents et maladie imputable au service en cours de prise en charge au moment du terme ou à la date de la résiliation du contrat et survenus en cours d'assurance continuent à être indemnisées, même après la mise à la retraite de l'agent concerné. L'assureur et/ou son mandataire se réservent le droit de proposer un contrôle médical ou une expertise. Les conclusions de ces derniers détermineront la prise en charge ou non de la prestation. Le refus de l'établissement (ou de l'agent) de (se) soumettre à un contrôle médical entraîne l'arrêt de la prise en charge des prestations.

Les rechutes liées à un sinistre survenu en cours d'assurance sont prises en charge dans les mêmes conditions que l'arrêt initial.

ARTICLE 13 : SUBROGATION - RECOURS

En application de l'ordonnance n° 59-76 du 7 janvier 1959 modifiée par la loi n° 68-2 du 2 janvier 1968, la collectivité contractante est subrogée dans les droits de l'agent.
Les prestations en cause ayant un caractère indemnitaire et étant versées en réparation du dommage causé à l'agent, l'assureur est donc lui-même subrogé dans les droits et actions de la collectivité contractante contre toute personne responsable du sinistre, et cela jusqu'à concurrence des sommes qu'il a versées.

ARTICLE 14 : LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

L'assureur s'engage à respecter la réglementation relative à la prévention du blanchiment des capitaux et du financement du terrorisme telle qu'elle résulte des dispositions en vigueur. Conformément à l'article R. 561-14-2 et au 3° de l'article R561-15 du Code monétaire et financier, le courtier d'assurance doit identifier la Collectivité contractante, personne morale ainsi que son représentant légal, personne physique.
Ainsi :

- ✓ Pour la collectivité contractante, l'identification repose sur la collecte de la dénomination, de l'adresse et du nom du représentant légal ;
- ✓ Pour le représentant légal de la Collectivité contractante, l'identification repose sur la collecte des nom patronymique, prénoms, des date et lieu de naissance.

Le courtier d'assurance collecte également un document probant justifiant la qualité de représentant légal de la collectivité contractante (par exemple et sans que cette liste ne soit limitative, le décret de nomination ou la délégation de pouvoir).

Le courtier d'assurance s'engage à collecter les éléments d'identification visés ci-dessus de la collectivité contractante et de son représentant légal à la souscription du contrat, conformément à l'article L. 561-8 du Code monétaire et financier. A défaut, le contrat ne produira pas ses effets.

Pour la mise en œuvre des mesures de vigilance simplifiées prévues dans les cas visés à l'article L. 561-9 du Code monétaire et financier, le courtier d'assurance recueille les informations suffisantes pour établir que la collectivité contractante et son représentant légal présentent un faible risque de blanchiment ou de financement du terrorisme.

En application de l'article L561-8 du Code monétaire et financier et de l'article R113-14 du Code des assurances, l'assureur peut être amené à refuser de procéder à l'opération demandée par la Collectivité contractante, voire à mettre fin au contrat, si les éléments d'identification ou d'informations demandées ci-dessus ne lui sont pas communiqués.