

CENTRE DE GESTION DE LA FPT DE LA REUNION

Contrat collectif d'assurance prévoyance

Conventions spéciales



REFERENCE DE LA CONSULTATION N° : CONV/PSC/2024/CDG/007

Contenu

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

1 Adhésion des agents

Absence de limite d'âge à l'adhésion

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

Formalisation de l'adhésion

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

Droit de renonciation à l'adhésion

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

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

Durée de l'adhésion

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

Lorsque des modifications contractuelles sont apportées, l'Assureur doit communiquer la nouvelle version de la notice d'information trois mois au minimum avant la date d'entrée en vigueur de ces modifications.

L'Assuré peut résilier son adhésion à réception de cette nouvelle version du fait de ces modifications, par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception à l'Assureur. La résiliation prend effet au premier jour du mois qui suit la réception de la demande de résiliation par l'Assureur.

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

Demande et date d'effet de l'adhésion

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

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

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

Cessation de l'adhésion

L'adhésion cesse de produire leur effet :

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

2 Cotisations

Base des cotisations

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

Mode de paiement des cotisations

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

La périodicité des paiements de la cotisation est mensuelle.

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

Exonération de cotisations

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

3 Garanties

3.1 Garantie incapacité temporaire de travail

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

Base de l'assurance

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

La Base de l'assurance est composée comme suit :

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

Période indemnisée

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

Assurés	Franchise	Durée d'indemnisation
Fonctionnaires CNRACL et détachés de l'Etat	Période de plein traitement selon les congés pour raison de santé.	1 095 indemnités journalières versées par l'Assureur.
Fonctionnaires IRCANTEC	Période de plein traitement selon les congés pour raison de santé	
Contractuels de droit public IRCANTEC Assistantes familiales et maternelles	30 jours.	
Contractuels de droit privé IRCANTEC	30 jours.	

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

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

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

Le service des indemnités journalières prend fin à effet :

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

Droits rétablis

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

3.2 Garantie invalidité permanente

Définition

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

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

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

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

Base de l'assurance

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

La Base de l'assurance est composée comme suit :

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

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

Période indemnisée

La rente est servie mensuellement à terme échu à compter :

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

Le service de la rente prend fin à effet :

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

Revalorisation

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

3.3 Garantie perte de retraite

Définition

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

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

Période indemnisée

La **rente mensuelle viagère** est servie mensuellement et selon un terme échu à compter de la date d'entrée en jouissance de la pension de retraite servie par le régime de base de l'Assuré, et prend fin à la date de décès de l'Assuré.

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

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

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

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

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

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

Bénéficiaires

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

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

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

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

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

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

- A défaut de ceux-ci, aux grands-parents survivants,
- A défaut, et par parts égales, à ses frères et sœurs,
- A défaut, aux héritiers et selon la répartition en vigueur conformément aux principes du droit de la succession.

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

Base de l'assurance

Le montant du capital est :

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

4 Dispositifs de maintien et de renfort des garanties

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La période de suspension donne lieu à une indemnisation :

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

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

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

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

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

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

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

5 Dispositions communes aux garanties

Exclusions

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

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

Cumul des prestations

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

Réticence ou fausse déclaration

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

Omission ou déclaration inexacte

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

Contrôle médical

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

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

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

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

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

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

Revalorisation des prestations

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

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

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

Prescription :

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

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