

ASSURANCE GROUPE

Caractéristiques 2022-2025

1. Objet

L'employeur public a des obligations de maintien de traitement et de paiement de certaines prestations, en cas d'arrêt de ses agents, qui restent à sa charge s'il n'est pas assuré.

Pour les collectivités adhérant au service, le Centre de Gestion de la Meuse assure la mise en œuvre et veille au parfait fonctionnement du contrat assurance groupe, souscrit par l'intermédiaire de la société de courtage Gras Savoye-Berger Simon. Ce contrat a pour objet de garantir les risques statutaires suivants :

Agents titulaires et/ou stagiaires affiliés au régime spécial CNRACL

Décès : remboursement du capital décès versé aux ayants droit d'un agent décédé pendant la période d'assurance conformément aux obligations statutaires.

- Le versement du capital décès est maintenu pour les agents dont le décès survient dans les 3 mois qui suivent leur départ à la retraite.
- La prestation est également maintenue pour un agent décédé durant une période de disponibilité d'office à condition que la collectivité ait cotisé pour l'agent concerné.

Maladie ordinaire : remboursement des indemnités journalières versées conformément aux obligations statutaires survenues pendant la période d'assurance. Le montant de la garantie ne peut excéder les droits à rémunération fixés par le statut.

- L'indemnité journalière est basée sur le montant de la rémunération due au cours du mois de l'arrêt de travail et défini comme étant égal au 30^{ème} du traitement soumis à retenue pour pension.
- Le versement des indemnités journalières ne débute qu'à l'issue de la période de franchise. La franchise est applicable à chaque arrêt. ***Elle s'annule pour tout arrêt supérieur à 60 jours continus, seulement si l'option « franchise de 10 jours fixes par arrêt en maladie ordinaire avec suppression au-delà de 60 jours d'arrêt continu » a été choisie.***

Longue maladie : remboursement des indemnités journalières versées conformément aux obligations statutaires survenues pendant la période d'assurance. Le montant de la garantie ne peut excéder les droits à rémunération fixés par le statut.

- L'indemnité journalière est basée sur le montant de la rémunération due au cours du mois de l'arrêt de travail et défini comme étant égal au 30^{ème} du traitement soumis à retenue pour pension.
- Si la même affection a déjà entraîné une indemnisation, le point de départ du congé de longue maladie est celui du congé de maladie ordinaire.

Maladie de longue durée et maladie de longue durée contractée en service : remboursement des indemnités journalières versées conformément aux obligations statutaires survenues pendant la période d'assurance. Le montant de la garantie ne peut excéder les droits à rémunération fixés par le statut.

- Le montant de l'indemnité journalière est basé sur la rémunération au cours du mois de l'arrêt de travail et défini comme étant égal au 30^{ème} du traitement soumis à retenue pour pension perçu au cours du mois de l'arrêt.
- Si la même affection a déjà entraîné une indemnisation, le point de départ du congé de longue durée est celui du congé de maladie ordinaire ou du congé de longue maladie.

Temps partiel thérapeutique : remboursement pour un montant ne pouvant excéder 50% du traitement, de la NBI et du supplément familial, tant que dure le temps partiel thérapeutique et au maximum pendant 1 an, des indemnités journalières.

- Le taux de remboursement est fonction du taux d'activité de l'agent en temps partiel thérapeutique.
- La date de survenance doit se situer pendant la durée du contrat.

Disponibilité d'office pour raison de santé : remboursement pendant une durée maximale de 3 ans des indemnités journalières prévues par le statut.

- La disponibilité d'office doit faire suite à un risque pris en charge au titre du contrat.
- La date de survenance du sinistre à l'origine de la disponibilité d'office doit se situer pendant la durée du contrat.

Invalidité temporaire : remboursement de l'allocation, après avis du conseil médical, sous réserve que l'invalidité ne donne pas lieu au versement d'une rente par la CNRACL, conformément aux obligations statutaires.

- Le versement des prestations cesse d'être versé dès que l'agent est réintégré dans ses fonctions, mis à la retraite et dès qu'il atteint l'âge de 60 ans.

Infirmité de guerre : versement en cas de mise en congé spécial pour indisponibilité résultant d'infirmité de guerre, d'une indemnité journalière pendant une période maximum de 2 ans.

Agents ayant épuisé leurs droits à prestations pour congé de maladie

Les prestations sont maintenues à ½ traitement jusqu'à la décision de reprise de service, de reclassement, de mise en disponibilité d'office ou de mise en retraite pour invalidité.

Le remboursement de ces indemnités journalières est limité à **9 mois** et est subordonné à la transmission de l'avis du conseil médical constatant la reprise de service, le reclassement, la mise en disponibilité d'office ou la mise en retraite pour invalidité.

Accident de service et maladie professionnelle : remboursement, en cas d'incapacité totale de travail résultant d'un accident ou d'une maladie imputable au service, d'une maladie professionnelle, survenus durant la période d'assurance, des indemnités journalières et prestations en nature versées conformément aux obligations statutaires.

- L'indemnité journalière est basée sur le montant de la rémunération due au cours du mois de l'arrêt de travail et défini comme étant égal au 30^{ème} du traitement soumis à retenue pour pension.
- L'avis de l'autorité territoriale reconnaissant l'imputabilité au service d'un accident ou d'une maladie professionnelle est obligatoire.
- L'avis du conseil médical est obligatoire pour la reconnaissance de l'imputabilité au service d'une maladie professionnelle, en cas de rechute d'accident ou de maladie professionnelle, en cas de prolongation pour tout arrêt dont la durée est supérieure à 1 an.
- Après résiliation du contrat, seules les prestations en espèces et en nature, consécutives à des accidents ou maladies survenues pendant la période d'assurance continuent à être remboursées. Les indemnités journalières cessent d'être revalorisées. En cas de rechute postérieure à la résiliation du contrat, et après avis favorable du conseil médical, les versements reprennent sur une base constante égale à la dernière indemnité versée.
- Les prestations sont calculées au prorata du taux d'activité pour les agents à temps partiel et au prorata du nombre d'heures pour les agents à temps non complet.
- Une prolongation d'arrêt ne peut être indemnisée que si l'arrêt initial a été pris en charge au titre de l'assurance.
- Le versement des indemnités journalières ne débute qu'une fois que le conseil médical a émis un avis favorable.
- Les accidents résultant d'une faute détachable du service ne sont pas pris en charge.
- L'indemnisation n'intervient qu'à partir du 1^{er} jour d'arrêt légal, soit le lendemain de l'accident.
- Dans le cas d'une maladie imputable au service ou d'une maladie professionnelle, la date de 1^{ère} constatation médicale doit intervenir pendant la période d'assurance et l'indemnisation commencera à partir de la date de reconnaissance.
- Les versements cessent lorsque l'agent est apte à la reprise de ses fonctions et au plus tard à la date de radiation des cadres.

Maternité /Adoption : remboursement des indemnités journalières, conformément aux obligations statutaires, durant la période d'assurance.

- L'indemnité journalière est basée sur le montant de la rémunération due au cours du mois de l'arrêt de travail et défini comme étant égal au 30^{ème} du traitement soumis à retenue pour pension.
- Les prestations sont versées durant toute la période légale du congé.
- Les périodes de congés pour grossesse ou couches pathologiques sont assimilées à des périodes de maternité dans la limite de 2 semaines pour le congé prénatal et 4 semaines pour le congé postnatal.
- La prestation est versée si la maternité ou l'adoption survient durant une disponibilité d'office pour maladie.

Paternité : remboursement du complément des indemnités journalières versées par la CNRACL durant la période légale du congé.

Les frais de soins de santé et honoraires médicaux sont directement versés aux prestataires médicaux ou paramédicaux après réception des justificatifs et contrôle sur la légalité des dépenses. Ils sont versés, même après résiliation du contrat, tant que dure l'obligation statutaire, y compris pour les agents mutés, en disponibilité, démissionnaires, radiés des cadres ou retraités.

Agents fonctionnaires et/ou contractuels relevant du régime général (IRCANTEC)

Maladie ordinaire : remboursement des indemnités journalières versées conformément aux obligations statutaires durant la période d'assurance. Le montant de la garantie ne peut excéder les droits à rémunération fixés par le statut.

- Le versement des indemnités journalières ne débute qu'à l'issue de la période de franchise. La franchise est applicable à chaque arrêt. Elle s'annule pour tout arrêt supérieur à 60 jours continus.
- Le montant de l'indemnité journalière est égal à la différence entre les obligations statutaires et le montant des prestations servies par la sécurité sociale pour la même période indemnisée.

Grave maladie : remboursement des indemnités journalières versées conformément aux obligations statutaires durant la période d'assurance. Le montant de la garantie ne peut excéder les droits à rémunération fixés par le statut.

- L'indemnité journalière est basée sur le montant de la rémunération due au cours du mois de l'arrêt de travail et défini comme étant égal au 30^{ème} du traitement soumis à retenue pour pension.
- Le montant de l'indemnité journalière est égal à la différence entre les obligations statutaires et le montant des prestations servies par la sécurité sociale pour la même période indemnisée.

Maternité/adoption : remboursement des indemnités journalières versées conformément aux obligations statutaires durant la période d'assurance.

- L'indemnité journalière est basée sur le montant de la rémunération due au cours du mois de l'arrêt de travail et défini comme étant égal au 30^{ème} du traitement soumis à retenue pour pension.
- Les prestations sont versées durant toute la période légale du congé.
- Les périodes de congés pour grossesse ou couches pathologiques sont assimilées à des périodes de maternité dans la limite de 2 semaines pour le congé prénatal et 4 semaines pour le congé postnatal.

Paternité : remboursement de l'indemnité journalière suivant les conditions statutaires, pendant la durée légale du congé.

Accident et maladie professionnelle : remboursement des indemnités journalières versées conformément aux obligations statutaires durant la période d'assurance.

- L'indemnité journalière est basée sur le montant de la rémunération due au cours du mois de l'arrêt de travail et défini comme étant égal au 30^{ème} du traitement soumis à retenue pour pension.
- Le versement des indemnités ne débute qu'après avis favorable de la CPAM.
- L'indemnisation intervient au plus tôt à partir du 1^{er} jour d'arrêt légal, soit le lendemain de l'accident.
- La durée de l'indemnisation est liée à l'ancienneté de l'agent et le montant est égal à la différence entre les obligations statutaires et le montant des prestations servies par la sécurité sociale pour la même période indemnisée.
- Quelle que soit l'ancienneté de l'agent, les versements cessent lorsqu'il est en mesure de reprendre ses fonctions et au plus tard à la date de sa mise en retraite, dans la limite de la durée d'indemnisation.
- Après résiliation du contrat, seules les prestations en espèces consécutives à des accidents ou maladies survenus pendant la période d'assurance continuent à être remboursées.
- En cas de rechute postérieure à la résiliation du contrat, et après avis favorable de la CPAM, les versements reprennent sur une base constante égale à la dernière indemnité versée.

2. Taux d'assurance à compter du 1^{er} janvier 2022 (en tenant compte du décret n° 2021-1860 du 27 décembre 2021 relatif au versement du capital décès)

- ⇒ **6.28%** de la base de l'assurance pour les collectivités employant de 1 à 30 agents affiliés au régime spécial CNRACL, avec application d'une franchise en maladie ordinaire de 10 jours fixes par arrêt avec suppression au-delà de 60 jours d'arrêt continu
- ⇒ **5.85%**, de la base de l'assurance pour les collectivités employant de 1 à 30 agents affiliés au régime spécial CNRACL avec application d'une franchise 15 jours consécutifs par arrêt en maladie ordinaire
- ⇒ **5.19%** de la base de l'assurance pour les collectivités employant de 1 à 30 agents affiliés au régime spécial CNRACL avec application d'une franchise 30 jours consécutifs par arrêt en maladie ordinaire
- ⇒ **1.50%** de la base de l'assurance avec application d'une franchise en maladie ordinaire de 10 jours fixes pour les agents relevant du régime général (IRCANTEC).

3. Versement des primes à l'assureur

Les primes provisionnelles sont calculées sur la base de la masse salariale (définie comme indiquée ci-après) de l'année précédente avec régularisation en fin d'exercice.

4. Rémunération du centre de gestion

- ⇒ **Régime spécial CNRACL** : **0.40%** du traitement indiciaire brut + NBI
- ⇒ **Régime général** : **0.20%** du traitement indiciaire brut + NBI

La rémunération du CDG fera l'objet d'un titre de recettes. Une participation forfaitaire de 20 € est fixée pour les collectivités dont le montant se situerait en deçà de ce seuil.

5. Base de l'assurance

La base de l'assurance comprend au minimum le traitement brut indiciaire et la nouvelle bonification indiciaire et au choix de la collectivité :

- le supplément familial de traitement,
- toutes autres indemnités ou primes à l'exclusion de celles ayant le caractère de remboursement de frais,
- les charges patronales.

Le taux est unique. Seuls les éléments entrant dans le calcul de la prime font fluctuer le montant de cette dernière.

6. Durée de l'adhésion et résiliation

La convention est valable jusqu'au 31 décembre de l'année au cours de laquelle a eu lieu l'adhésion et se renouvelle ensuite par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année, jusqu'au terme du contrat souscrit par le Centre de Gestion, soit le 31 décembre 2025.

La résiliation de ce dernier peut s'effectuer annuellement moyennant un préavis de quatre mois.

7. Reprise du passé

Nouvelles collectivités

- L'assureur accepte de prendre en charge les rechutes dont la date d'origine du sinistre serait antérieure au 1^{er} janvier 2022, en cas de refus avéré et justifié de leur précédent assureur. Ces prestations cesseront d'être versées dès résiliation du contrat.

Collectivités déjà adhérentes au contrat d'assurance souscrit par le Centre de Gestion de la Meuse

- L'assureur propose une continuité avec les précédents contrats souscrits auprès d'AXA. Toutefois, tout sinistre dont la date d'origine sera antérieure au 1^{er} janvier 2022 sera géré conformément aux conditions générales en vigueur à la date d'origine de celui-ci.

8. Gestion et outils supplémentaires

Le centre de gestion a demandé, afin de renforcer la prévention des sinistres et améliorer les prestations de gestion, la mise en place les outils suivants :

- production et analyse de la sinistralité détaillée par collectivité,
- contrôle médical par un médecin agréé,
- appui technique en matière de prévention,
- tiers payant pour les frais médicaux en accident de service,
- frais médicaux payés sur les bases définies pour les fonctionnaires de l'Etat.
-

Le centre de gestion assure la gestion des dossiers de demande de prestations, à l'exclusion des règlements. Le coût de ce service correspond à la rémunération du CDG.