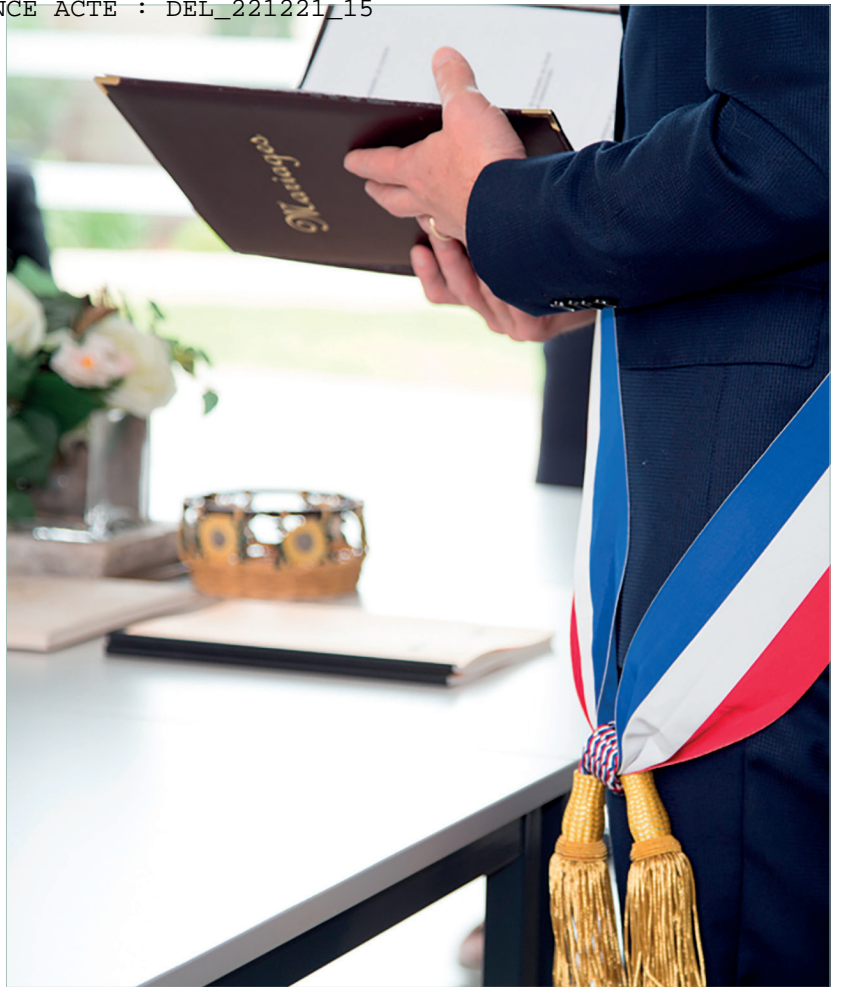


APC

Assurance
du Personnel
des Collectivités



DISPOSITIONS GÉNÉRALES ET GARANTIES STATUTAIRES

ASSURANCE DU PERSONNEL DES COLLECTIVITÉS

Groupama Gan Vie

Société anonyme au capital de 1 371 100 605 euros (entièrement versé)
RCS Paris 340 427 616 – APE : 6511Z
Siège social : 8-10 rue d’Astorg – 75383 Paris Cedex 08 – Tél. : 01 44 56 77 77

pour la garantie Décès,

La Caisse Locale d’Assurances Mutuelles Agricoles

ayant souscrit un traité de Réassurance emportant substitution auprès de :

La Caisse Régionale d’Assurances Mutuelles Agricoles (identifiée aux Conditions particulières)

elle-même réassurée auprès de :

Caisse Nationale de réassurance mutuelle agricole Groupama

Siège social : 8-10, rue d’Astorg - 75 383 Paris Cedex 08 - 343 115 135 RCS Paris

Entreprises régies par le Code des assurances et l’article L. 771-1 du Code rural.

Substitution du réassureur

Conformément à l’article R 322.132 du Code des assurances, la Caisse Régionale se substitue à la Caisse Locale réassurée pour la constitution des garanties prévues par la réglementation des entreprises d’assurance et l’exécution des engagements d’assurance pris par la Caisse Locale.

pour les autres garanties,

ci-après dénommés “l’Assureur”.

I SOMMAIRE

1 LES DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1.1	Le contrat	2
1.1.1	Composition du contrat	2
1.1.2	Objet du contrat	2
1.1.3	Définition de certains termes du contrat	2
1.1.4	Exclusions générales du contrat	4
1.1.5	Limites des garanties	4
1.1.6	Étendue territoriale des garanties	4
1.2	Le fonctionnement du contrat	4
1.2.1	La vie du contrat	4
1.2.2	Les déclarations obligatoires à la souscription ou en cours de contrat	5
1.2.3	La cotisation, les montants de garantie et franchises	6
1.2.4	Le sinistre	7
1.2.5	Les dispositions diverses	9

2 LES GARANTIES PROPOSÉES

2.1	Les prestations dues aux agents affiliés à la C.N.R.A.C.L.	11
2.1.1	Garantie Maladie - Accident de la vie privée	11
2.1.2	Garantie Maternité - Paternité - Adoption	11
2.1.3	Garantie Accident imputable au service et maladie professionnelle (CITIS)	11
2.1.4	Garantie Décès	12
2.2	Les prestations dues aux agents affiliés à l'I.R.C.A.N.T.E.C.	12
2.2.1	Garantie Maladie - Accident de la vie privée	12
2.2.2	Garantie Maternité - Paternité - Adoption	13
2.2.3	Garantie Accident imputable au service et maladie professionnelle	13

I DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1

1.1 LE CONTRAT

▶ 1.1.1 Composition du contrat

Le contrat se compose :

- des **Conditions Générales**, c'est-à-dire :
 - des présentes dispositions générales, qui définissent le cadre et les principes généraux du contrat. Elles regroupent les règles de fonctionnement du contrat et rappellent les droits et obligations réciproques de l'Assuré et de l'Assureur,
 - des garanties proposées,
 - du Tableau des Montants de Garantie et des Franchises ;
- des Conditions particulières, dont un exemplaire est à retourner signé.

▶ 1.1.2 Objet du contrat

Le contrat a pour objet de garantir le remboursement, de tout ou partie des dépenses que l'Assuré, conformément au statut de la Fonction Publique Territoriale ou Hospitalière, engagées à l'égard :

- des agents affiliés à la C.N.R.A.C.L., en cas :
 - de maladie - accident de la vie privée,
 - de maternité - paternité - adoption,
 - d'accident imputable au service - maladie professionnelle,
 - de décès ;
- des agents affiliés à l'I.R.C.A.N.T.E.C., en cas :
 - de maladie - accident de la vie privée,
 - de maternité - paternité - adoption,
 - d'accident imputable au service - maladie professionnelle.

Les événements énumérés ci-dessus et pour lesquels l'Assuré a choisi de se garantir, dans les limites indiquées dans le Tableau des Montants de Garantie et des Franchises, sont mentionnés dans les Conditions particulières.

▶ 1.1.3 Définition de certains termes du contrat

Certains termes sont fréquemment utilisés dans les contrats d'assurance. La signification qu'il convient de leur donner est indiquée ci-après :

ACCIDENT

Tout événement, soudain, imprévu et extérieur à la victime, constituant la cause des dommages corporels.

ACCIDENT DE SERVICE

Accident provoquant, au cours du travail ou du trajet, une lésion du corps humain de l'agent de l'Assuré.

ACTIVITÉ

Position du fonctionnaire qui, titulaire d'un grade, exerce effectivement les fonctions de l'un des emplois correspondant à ce grade.

AGENT DE LA COLLECTIVITÉ TERRITORIALE OU DE L'ÉTABLISSEMENT PUBLIC

- affilié à la C.N.R.A.C.L., c'est-à-dire :
 - agent permanent stagiaire ou titulaire, dans un emploi à temps complet ou non complet effectuant au moins 28 heures de travail par semaine (y compris les agents en cessation progressive d'activité) ;
 - agent détaché de l'administration de l'État et occupant un emploi conduisant à pension de la CNRACL ainsi que les agents territoriaux détachés au profit de l'Assuré ;
- affilié à l'I.R.C.A.N.T.E.C., c'est-à-dire :
 - agent permanent stagiaire ou titulaire, dans un emploi à temps non complet, effectuant moins de 28 heures de travail par semaine ;
 - agent non titulaire : saisonnier, vacataire, contractuel, auxiliaire, exécutant ou participant à l'exécution d'un service public et relevant du droit public.

ANNÉE D'ASSURANCE

Période comprise entre deux échéances annuelles consécutives.

Si la date d'échéance annuelle ne coïncide pas avec la date anniversaire de la date d'effet du contrat, la première année d'assurance est la période comprise entre la date d'effet du contrat et la date d'échéance annuelle suivante.

ARRÊT DE TRAVAIL

Période pendant laquelle la victime est dans l'impossibilité totale d'exercer son activité ; cette interruption doit être ordonnée médicalement.

ASSURÉ

Le souscripteur du contrat désigné dans les Conditions particulières.

ASSUREUR

Compagnie d'assurance, mentionnée aux Conditions particulières, auprès de laquelle le contrat a été souscrit.

AVENANT

Acte qui constate un accord nouveau intervenu en cours de contrat. Il obéit aux mêmes règles que le contrat lui-même.

AYANTS DROIT

Personnes désignées aux articles D.712-19 et D.712-20 du Code de la Sécurité sociale.

BASE DE L'ASSURANCE

Ensemble des éléments constituant l'assiette sur laquelle est fixé le taux de la cotisation.

Elle comprend le traitement indiciaire brut soumis à retenues pour pension, la nouvelle bonification indiciaire, et le cas échéant les éléments optionnels suivants : l'indemnité de résidence, le supplément familial, les primes mensuelles **(à l'exclusion de celles qui ne seraient pas maintenues en cas d'arrêt pour raison de santé)**, ainsi que tout ou partie des charges patronales dans la limite de celles dont est redevable l'Assuré.

BASE DES PRESTATIONS

Ensemble des éléments constituant l'assiette sur laquelle est fixé le remboursement des prestations.

Elle comprend les éléments retenus par l'Assuré au titre de la base de l'assurance, précisés aux Conditions particulières.

CHARGES PATRONALES

Contributions que l'Assuré est tenu de verser conformément à la réglementation en vigueur.

C.N.R.A.C.L.

Caisse Nationale de Retraite des Agents des Collectivités Locales.

CONTRÔLE MÉDICAL (CONTRE VISITE)

Examen médical effectué par un médecin référent permettant d'établir la justification de l'arrêt maladie en regard de l'état de santé de l'agent.

DOMMAGE CORPOREL

Toute altération des capacités physiques et/ou mentales d'une personne survenant au cours d'un accident ou d'une maladie.

ÉCHÉANCE ANNUELLE

Date à laquelle l'Assuré s'est engagé à payer sa cotisation pour être garanti l'année à venir.

EXPERTISE MÉDICALE

Opération effectuée par un médecin expert permettant de déterminer l'état de santé d'un agent, l'origine des troubles allégués et, le cas échéant, son évolution prévisible.

FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE RISQUE

Document rempli et signé par le déclarant, sur lequel ce dernier indique les renseignements concernant le risque à garantir.

FRANCHISE

Part du préjudice indiqué dans les Conditions particulières et qui reste dans tous les cas, à la charge de l'Assuré lors d'un règlement de sinistre.

Types de franchises applicables :

Franchise ferme : période décomptée en nombre de jours continus et qui se déduit à chaque arrêt de travail de l'agent,

Franchise cumulée : pendant la durée du contrat, période décomptée en nombre de jours cumulés sur l'ensemble des arrêts intervenus dans les douze mois précédant le dernier arrêt déclaré pendant la validité du contrat,

Franchise en pourcentage : part laissée à la charge de l'Assuré exprimée en pourcentage de la base de l'assurance appliquée à l'agent.

HOSPITALISATION

Séjour dans un établissement hospitalier public ou privé, nécessité par un accident ou une maladie.

INDEMNITÉ D'ASSURANCE

Somme que l'Assureur verse pour compenser le préjudice résultant d'un événement garanti.

INVALIDITÉ

État physiologique dans lequel se trouve la victime lorsque, après stabilisation de son état de santé ou consolidation de ses blessures, sa capacité fonctionnelle, physique ou mentale, est réduite.

I.R.C.A.N.T.E.C.

Institution de Retraite Complémentaire des Agents Non Titulaires de l'Etat et des Collectivités.

MALADIE

Toute altération de l'état de santé constatée par une autorité médicale compétente.

MALADIE PROFESSIONNELLE

Maladie contractée dans l'exercice des fonctions, inscrite dans les tableaux des maladies professionnelles prévus au Code de la Sécurité sociale ou reconnue comme telles par les instances médicales habilitées.

PRESTATIONS EN ESPÈCES

Tout ou partie des éléments de rémunération versés par l'Assuré à l'agent lorsque celui-ci est dans l'impossibilité d'exercer son travail pour raison de santé.

PRESTATIONS EN NATURE

Les frais et honoraires médicaux découlant d'un accident imputable au service, d'une maladie professionnelle ou d'une cause exceptionnelle (acte de dévouement, sauvetage) en lien direct et certain avec la lésion ou la pathologie concernée.

RECHUTE

Altération ou aggravation de l'état de santé de l'agent :

- subite ou naturelle,
- obligatoirement liée à une affection précédente,
- nécessitant un traitement médical avec ou sans arrêt de travail.

La maladie ordinaire ne peut donner lieu à rechute.

SINISTRE

Toutes les conséquences dommageables d'un accident survenu ou d'une maladie contractée pendant la période de validité du contrat, faisant l'objet d'une déclaration de l'Assuré à l'Assureur et entraînant l'application d'une garantie.

Constituent un seul et même sinistre les déclarations ayant pour origine le même accident de service ou la même maladie, hors le cas de maladie ordinaire.

SOUSCRIPTEUR

Le signataire du contrat qui s'engage, de ce fait, à payer les cotisations.

TARIF DE RESPONSABILITÉ OU BASE DE REMBOURSEMENT

Barème appliqué par la Sécurité sociale pour calculer les remboursements des dépenses de santé.

► 1.1.4 Exclusions générales du contrat

Ne sont jamais garantis

- les conséquences :
 - de la faute de l'Assuré, si elle est intentionnelle ou frauduleuse ;
 - de la guerre ;
 - des maladies, accidents ou infirmités médicalement constatés qui sont antérieurs à la souscription du contrat, sauf pour la garantie Décès acquise dès la date d'effet du contrat ;
- les dommages ou l'aggravation des dommages causés par toute source de rayonnement ionisant (en particulier tout radio-isotope) utilisée ou destinée à être utilisée hors d'une installation nucléaire et dont l'Assuré ou toute personne dont il répond a la propriété, la garde ou l'usage, ou dont il peut être tenu pour responsable, du fait de sa conception, de sa fabrication ou de son conditionnement.

À ces exclusions générales, s'ajoutent des exclusions particulières qui figurent au niveau de chacune des garanties.

► 1.1.5 Limites des garanties

Les limites des garanties sont indiquées dans le Tableau des Montants de Garantie et des Franchises et dans les Conditions particulières.

► 1.1.6 Étendue territoriale des garanties

Toutes les garanties du présent contrat s'exercent dans le monde entier.

1.2 LE FONCTIONNEMENT DU CONTRAT

Le contrat d'assurance est soumis à une réglementation particulière qui s'impose aussi bien aux Assureurs qu'aux Assurés.

Il est régi par :

- le Code des assurances et par le Code des marchés publics ;
- le cas échéant, les dispositions particulières pour les risques sis dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle.

► 1.2.1 La vie du contrat

Formation et date d'effet du contrat

Le contrat est conclu par tout acte manifestant la volonté de l'Assureur et de l'Assuré de s'engager réciproquement. Il prend effet à compter de la date figurant dans les Conditions particulières.

Durée du contrat

Le contrat est conclu pour la durée prévue et mentionnée aux Conditions particulières. Il prend fin de plein droit au terme de cette durée.

Toutefois, l'Assuré et l'Assureur peuvent résilier le contrat à l'occasion de chaque échéance annuelle par lettre recommandée.

La dénonciation du contrat devra alors avoir lieu au moins 3 mois avant cette date, sauf disposition contraire mentionnée aux Conditions particulières.

Le délai de préavis commence à courir dès la date d'envoi de la lettre recommandée figurant sur le cachet de la poste.

Prise d'effet des garanties et admission au contrat

Les agents en activité normale de service sont garantis dès la date de prise d'effet du contrat, indiquée aux Conditions particulières à l'exception des agents détachés dans une autre collectivité.

Les agents en disponibilité lors de la prise d'effet du contrat seront admis au contrat le jour de la reprise effective de leur activité normale de service.

Les agents en arrêt de travail pour raison de santé à la date de prise d'effet du contrat seront admis le jour de leur reprise effective de fonction, sauf pour la garantie en cas de décès qui s'exerce immédiatement (voir "Garantie Décès").

Les agents recrutés postérieurement à la date d'effet du contrat seront admis le jour de leur entrée en fonction.

Cessation des garanties et du versement des prestations

Les garanties cessent :

- à la reprise du travail de l'agent ;
- au jour du décès de l'agent si celui-ci survient pendant la période de prise en charge de l'Assureur ;
- à la date de mise à la retraite de l'agent sauf pour les prestations en nature ; leurs remboursements continuent après la mise à la retraite ;
- à la date de radiation des cadres (c'est-à-dire à la date à laquelle l'agent sort des effectifs ou à la date de liquidation de la pension) ;
- à la date d'effet de la résiliation du contrat ou à la date du terme du contrat.

Si le contrat est résilié ou arrive à son terme, les indemnités d'assurance en cours de versement ou dues au titre d'un sinistre survenu pendant la période de validité du contrat continuent à être versées selon les conditions prévues au contrat et en fonction de l'avis émis par les instances médicales compétentes (Comité Médical, Commission de réforme) ou des conclusions d'une contre expertise diligentée par l'Assureur.

En conséquence, le contrat est géré en capitalisation.

Modification

L'Assuré peut demander par lettre recommandée une modification du contrat. Si l'Assureur n'a pas refusé la demande de modification dans les **10 jours** à compter de sa réception, la demande est considérée comme acceptée.

Résiliation

En dehors de la dénonciation à l'échéance, le contrat peut être résilié en cours d'année selon les conditions indiquées dans le tableau de la page suivante.

CIRCONSTANCES	RÉSILIATION EFFECTUÉE PAR	CONDITIONS	MODALITÉS	DATE DE PRISE D'EFFET DE LA RÉSILIATION
Diminution du risque.	l'Assuré	Si l'Assureur ne consent pas à réduire la cotisation en conséquence, l'Assuré peut résilier le contrat.	Par lettre recommandée ou par déclaration faite contre récépissé auprès du représentant régional ou local de l'Assureur dont l'adresse figure dans les Conditions particulières.	À l'expiration d'un délai de 30 jours à compter de la date d'envoi de la lettre de résiliation.
Aggravation de risque.	l'Assureur	l'Assureur refuse de garantir l'Assuré dans ces nouvelles circonstances.	Par lettre recommandée à l'adresse indiquée dans les Conditions particulières.	À l'expiration d'un délai de 10 jours à compter de la date d'envoi de la lettre de résiliation.
L'Assureur décide, à la suite d'un sinistre, de résilier un autre contrat de l'Assuré.	l'Assuré	La résiliation doit être notifiée à l'Assureur dans le délai de 30 jours à compter du moment où l'Assuré a été informé de la décision prise par l'Assureur.	Par lettre recommandée ou par déclaration faite contre récépissé auprès du représentant régional ou local de l'Assureur dont l'adresse figure dans les Conditions particulières.	À l'expiration d'un délai de 30 jours à compter de la date d'envoi de la lettre de résiliation.
L'Assureur modifie le tarif ou la franchise à l'échéance annuelle.	l'Assuré	La résiliation doit être notifiée à l'Assureur dans le délai de 30 jours à compter du moment où l'Assuré a été informé de la décision prise par l'Assureur.	Par lettre recommandée ou par déclaration faite contre récépissé auprès du représentant régional ou local de l'Assureur dont l'adresse figure dans les Conditions particulières.	À l'expiration d'un délai de 30 jours à compter de la date d'envoi de la lettre de résiliation.
L'Assuré refuse le nouveau tarif proposé à la suite d'une aggravation du risque.	l'Assureur	Si l'Assuré ne donne pas suite ou s'il refuse le nouveau tarif dans un délai de 30 jours à compter de la proposition.	Par lettre recommandée à l'adresse indiquée dans les Conditions particulières.	À l'expiration d'un délai de 10 jours à compter de la date d'envoi de la lettre de résiliation.
Non-paiement de la cotisation.	l'Assureur	L'Assureur doit adresser à l'Assuré une lettre de mise en demeure.	Par lettre recommandée à l'adresse indiquée dans les Conditions particulières.	À l'expiration des délais légaux de mise en demeure.
Omission ou déclaration inexacte du risque.	l'Assureur	Si cette circonstance change l'objet du risque ou en diminue l'opinion que l'Assureur pouvait en avoir.	Par lettre recommandée à l'adresse indiquée dans les Conditions particulières.	À l'expiration d'un délai de 10 jours à compter de la date d'envoi de la lettre de résiliation.
Après sinistre.	l'Assureur	Lors de la survenance du sinistre.	Par lettre recommandée à l'adresse indiquée dans les Conditions particulières.	À l'expiration d'un délai de 30 jours à compter de la date d'envoi de la lettre de résiliation.

Indemnités de résiliation

L'Assureur renonce à percevoir une indemnité de résiliation et rembourse la portion de cotisation qui ne correspond plus à une période d'assurance, sauf en cas de non-paiement de cotisation.

Cette disposition ne concerne pas la garantie "Décès".

Étendue des garanties dans le temps

Les garanties produisent leurs effets pour tout sinistre dont la première déclaration est formulée :

- pendant la période de validité du contrat,
- au-delà de la période de validité du contrat, dans le délai maximum de 3 mois,

dans la mesure où la maladie ou l'accident générateur des dommages, constaté par acte médical et contrôlé par un médecin expert missionné par l'Assureur, est survenu pendant la période de validité du contrat.

► 1.2.2 Les déclarations obligatoires à la souscription ou en cours de contrat

À la souscription ou en cours de contrat

Les déclarations de l'Assuré permettent de fixer la cotisation et les conditions dans lesquelles les garanties sont acquises. Ces déclarations figurent dans les Conditions particulières et la proposition.

L'Assuré doit :

- lors de la souscription, faire parvenir à l'Assureur la liste des agents, en mentionnant pour chacun d'eux :
 - les nom, prénom, date de naissance et le nombre d'enfants à charge,
 - la position statutaire : titulaire ou non titulaire, stagiaire, à temps complet ou non complet et le nombre d'heures effectuées,
 - la date d'entrée dans la fonction publique,
 - la date d'embauche dans la collectivité,

- le traitement annuel de l'exercice précédent en fonction de l'assiette de cotisations ;
- en cours de contrat, informer l'Assureur de tout changement affectant un des éléments figurant dans les Conditions particulières dans les 15 jours qui suivent la date à laquelle il en a eu connaissance.

Si le changement que l'Assuré a signalé constitue une aggravation du risque, l'Assureur peut résilier le contrat. Il peut aussi proposer à l'Assuré un nouveau tarif.

Si l'Assuré ne donne pas suite à cette proposition ou refuse expressément ce nouveau tarif dans le délai de 30 jours, à compter de la proposition, l'Assureur peut résilier le contrat.

La résiliation prend effet 10 jours après l'expiration de ce délai de 30 jours.

Si le changement que l'Assuré a signalé constitue une diminution du risque, l'Assureur informe l'Assuré dans les 30 jours de la réduction de la cotisation.

Si, à l'issue de ce délai de 30 jours, l'Assureur n'a pas informé l'Assuré ou n'a pas réduit la cotisation, l'Assuré peut résilier le contrat.

En cas d'autres assurances du même type

Si les risques garantis par ce contrat sont ou viennent à être couverts par une autre assurance, l'Assuré doit en informer l'Assureur dans un délai de 8 jours.

Sanctions

Les bases de l'accord reposant sur les déclarations de l'Assuré, toute inexactitude intentionnelle ou non de la part de l'Assuré, toute omission, peut amener l'Assureur à invoquer la nullité du contrat ou à réduire les indemnités dues en cas de sinistre.

► 1.2.3 La cotisation, les montants de garantie et franchises

Date et modalités de paiement de la cotisation : évolution de son montant

Le montant des cotisations est établi en fonction des garanties que l'Assuré a souscrites.

Les cotisations sont payables d'avance aux dates d'échéances fixées aux Conditions particulières et doivent être acquittées chez le représentant de l'Assureur auprès duquel a été souscrit le contrat ou par un autre moyen convenu entre les parties.

Lors de la souscription d'un contrat en cours d'année, un prorata de cotisation sera perçu pour la période comprise entre la date d'effet des garanties et la date d'échéance.

La cotisation annuelle est constituée :

- d'une cotisation prévisionnelle : payable dans les 30 jours d'assurance, elle est calculée par application du taux en vigueur à l'échéance suivante sur la base de la dernière masse salariale déclarée au contrat ;
- d'une cotisation provisionnelle : payable dans les 30 jours d'assurance, elle est calculée par application du taux en vigueur au cours de cette même année sur la base des rémunérations à plein traitement (même en cas d'arrêt de travail) au cours de l'année d'assurance écoulée ;

- d'une cotisation de régularisation : payable dans les 30 jours d'assurance, elle est calculée par application du taux en vigueur au titre de l'année écoulée sur la base des rémunérations à plein traitement de l'année écoulée sous déduction des cotisations déjà appelées pour le même exercice.

La cotisation définitive correspond à la différence entre la cotisation provisionnelle et la cotisation prévisionnelle à laquelle s'ajoute la cotisation de régularisation.

Si la cotisation définitive fait apparaître :

- un solde négatif, la somme correspondante sera restituée à l'Assuré ;
- un solde positif, une cotisation complémentaire sera demandée à l'Assuré.

Lorsque le solde est compris entre - 5 et + 5 euros, aucun réajustement ne sera effectué.

Conséquences du non paiement de la cotisation

Si l'Assuré ne règle pas la cotisation ou une fraction de cotisation dans les 30 jours, l'Assureur est amené à prendre les mesures indiquées dans le tableau page suivante.

MISE EN DEMEURE ET CONSÉQUENCES

L'Assureur adresse à l'Assuré, sous pli recommandé, une lettre de mise en demeure 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours pour le paiement.
L'envoi de cette mise en demeure est indépendant du droit de l'Assureur à poursuivre l'exécution du contrat en justice (à l'exception de la cotisation correspondant à la garantie Décès qui ne fait pas l'objet de poursuite en justice).

DANS LES 30 JOURS SUIVANT LA DATE D'ENVOI DE LA MISE EN DEMEURE

L'ASSURÉ RÈGLE LA COTISATION

Les garanties conserveront tous leurs effets

L'ASSURÉ NE RÈGLE PAS LA COTISATION

Les garanties sont suspendues 30 jours après l'envoi de cette lettre (ou sa remise au destinataire, si celui-ci est domicilié hors de France Métropolitaine et lorsque la lettre lui est envoyée de France Métropolitaine).
Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, cette suspension produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La suspension des garanties ne dispense pas l'Assuré de payer, à leurs échéances, les cotisations dues.

DANS LES 10 JOURS SUIVANT CE DÉLAI DE 30 JOURS

L'ASSURÉ RÈGLE LA COTISATION

Les garanties reprennent leurs effets le lendemain à midi du jour du paiement.

L'ASSURÉ NE RÈGLE PAS LA COTISATION

Le contrat est résilié.
Même si l'Assuré paye ultérieurement la cotisation due, le contrat reste résilié.

Modification du tarif

Si, indépendamment de l'évolution de la cotisation résultant de la variation du montant de la masse des traitements annuels versés par l'Assuré aux agents, le tarif est augmenté, l'Assuré en est informé à la date d'échéance annuelle.

Si l'Assuré refuse cette modification, il peut résilier le contrat dans un délai de **30 jours** à compter du moment où il en a été informé ; il est néanmoins tenu de verser la portion de cotisation calculée à l'ancien tarif, pour la période allant jusqu'à la date de résiliation.

Modification de la franchise

Si la franchise indiquée dans les Conditions particulières est modifiée, l'Assuré en est informé au début de chaque période annuelle du contrat avec l'appel de cotisation.

S'il refuse cette modification, il peut résilier le contrat dans un délai de **30 jours** à compter de la date à laquelle il en a été informé, la garantie restant acquise dans les conditions antérieures jusqu'à la date de résiliation du contrat.

À défaut de cette résiliation, la modification de la franchise prend effet à compter de la date d'échéance.

► 1.2.4 Le sinistre

Obligations de l'Assuré en cas de sinistre

Lorsqu'un sinistre survient, l'Assuré doit adresser à l'Assureur les documents énoncés dans le tableau suivant et respecter le délai de déclaration.

L'Assureur se réserve le droit de réclamer toute pièce justificative complémentaire qu'il estime nécessaire au règlement du sinistre.

NATURE DU SINISTRE	DOCUMENTS À TRANSMETTRE À L'ASSUREUR	DÉLAI DE DÉCLARATION
EN CAS DE DÉCÈS DE L'AGENT	<ul style="list-style-type: none"> • Le certificat de décès en précisant la nature (maladie ou accident) ; • le dernier bulletin de salaire ; • la copie du livret de famille ; • les certificats de scolarité pour les enfants à charge ; • le certificat de pacte civil de solidarité (PACS) ; • le titre de paiement justifiant le versement du capital décès aux ayants droit. 	
EN CAS D'ARRÊT DE TRAVAIL OU PÉRIODE DE SOINS EN ACCIDENT DE TRAVAIL OU MALADIE PROFESSIONNELLE	<ul style="list-style-type: none"> • Une déclaration de sinistre mentionnant tous les arrêts de travail dont a déjà bénéficié l'agent ; • le certificat médical d'incapacité de travail ou de soins accompagné, le cas échéant, d'un certificat de constatation de grossesse ; • la copie intégrale du livret de famille après l'accouchement ; • le certificat médical de prolongation ; • les bulletins de salaire pendant la période d'arrêt ; • l'arrêté de l'autorité compétente octroyant le congé ; • la photocopie de l'avis pris par le Comité Médical Départemental compétent ou la Commission de réforme ; • le montant détaillé des prestations versées, y compris les factures acquittées concernant les frais et honoraires médicaux ; • la copie des bordereaux des prestations en espèces versées par la Caisse des Dépôts et Consignations pour les agents affiliés à la C.N.R.A.C.L. ou par la Sécurité sociale pour les agents affiliés à l'I.R.C.A.N.T.E.C. ; • le formulaire Cerfa n° 10170*03 volet 1 renseigné par le médecin traitant. L'agent doit le transmettre au Médecin conseil de l'Assureur sous enveloppe confidentielle. 	<p>L'Assuré doit déclarer le sinistre dès qu'il en a eu connaissance, et au plus tard dans les 90 jours, sauf cas fortuit ou de force majeure.</p> <p>Cette disposition ne s'applique pas à la garantie Décès.</p>

Non-respect du délai de déclaration

Pour tout sinistre, le délai de déclaration est limité à 90 jours. En cas de dépassement de ce délai, l'Assureur n'est plus en mesure de constituer les provisions que la législation lui impose et se trouve dans une situation ne lui permettant pas d'assumer ses engagements. De même sa vision du risque est faussée du fait de sinistre non déclaré. Cette situation entraîne la non prise en charge de ces sinistres sauf cas fortuit ou force majeure.

Contrôle médical et expertise médicale

Les contre visites et expertises statutairement obligatoires sont à la charge de l'Assuré ou des organismes concernés.

Indépendamment du contrôle médical prévu par la réglementation en vigueur, une contre visite médicale ou une expertise médicale peut être réalisée.

L'Assuré permet à l'Assureur sous peine de suspension des prestations de faire réaliser une contre visite ou une expertise médicale par un médecin agréé.

À la demande de l'Assuré, ou de l'Assureur avec l'accord de l'Assuré, une contre visite médicale peut être diligentée afin de disposer de la justification médicale de l'absence de l'agent.

Sur la demande de l'Assuré, ou de l'Assureur, une expertise médicale, réalisée par un médecin expert, pourra être exigée.

En cas d'expertise à la demande de l'Assuré, celle-ci reste à sa charge.

L'opposition de l'Assuré à cette demande ou le refus de l'agent ou sa non présentation à la convocation entraîne :

- la cessation ou la suspension du versement des prestations en cours ;
- le refus de la prise en charge de l'arrêt.

Les indemnités d'assurance sont versées en fonction du seul avis du médecin agréé missionné par l'Assureur, même s'il est contraire à l'avis du Comité Médical ou de la Commission de réforme ou l'Autorité Administrative.

Si des indemnités d'assurance ont été versées à tort, l'Assuré doit rembourser à l'Assureur les sommes indûment perçues.

Le tableau page suivante illustre le mécanisme du suivi des agents en arrêt pour raison de santé.

Arbitrage

En cas de contestation des conclusions du médecin agréé missionné par l'Assureur, une expertise amiable et contradictoire est mise en place.

L'Assureur et l'Assuré choisissent un expert.

En cas de désaccord, ces deux experts s'adjoignent un troisième expert et opèrent en commun à la majorité des voix.

Chacune des parties supporte les honoraires de son expert et par moitié ceux du troisième expert.

Les conclusions de cette dernière expertise déterminera la prise en charge ou non des prestations.

Fausses déclarations

En cas de fausses déclarations faites sciemment sur la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences d'un sinistre, l'Assuré perd, pour ce sinistre, le bénéfice des garanties du contrat.

Modalités de gestion des sinistres

Les indemnités, versées à partir du premier jour complet d'arrêt de travail, sont calculées sur la base de 365 ou 366 jours.

L'indemnité d'assurance est déterminée sur la base de l'assurance précisée aux conditions particulières (assiette de cotisation).

En cours de contrat ou après résiliation, les indemnités d'assurance sont revalorisées périodiquement en fonction de l'augmentation générale des traitements de la Fonction Publique et des avancements éventuels de l'agent.

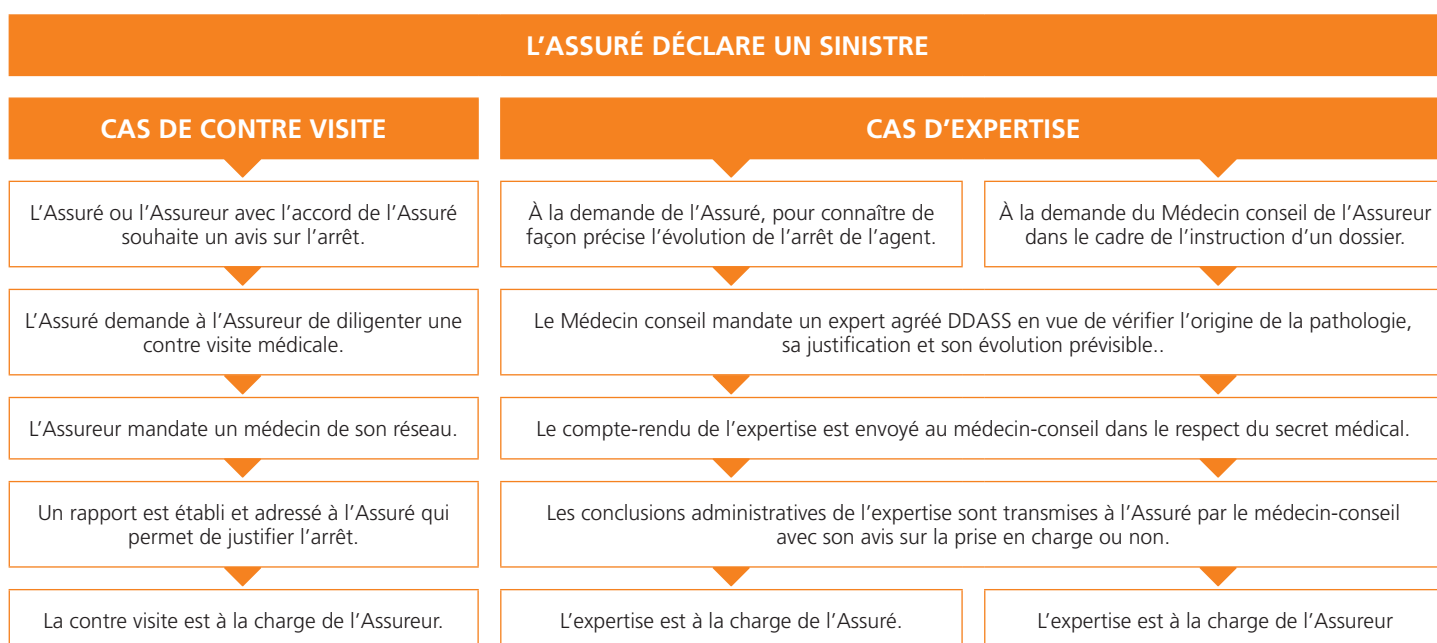
En ce qui concerne la gestion du sinistre pour les agents CNRACL en inaptitude partielle de travail nécessitant un reclassement et non reclassés, les prestations en espèces cessent au plus tard dans les 6 mois à compter de la date d'information d'un possible reclassement par le Comité médical ou par la Commission de réforme, la Sécurité sociale ou par les conclusions de la contre expertise.

Pour les agents titulaires ou non titulaires non affiliés à la CNRACL, l'Assureur suit l'avis de la Sécurité sociale.

Pour les agents à temps partiel ou à temps non complet, l'indemnité d'assurance (sauf pour la garantie Maternité) est calculée au prorata du temps effectué ou sur la base d'un pourcentage pour les agents à temps partiel. En cas de changement de situation en cours d'arrêt de travail, la base d'indemnisation sera modifiée selon la nouvelle situation de l'agent.

LE MÉCANISME DU SUIVI DES AGENTS EN ARRÊT POUR RAISON DE SANTÉ

Dans quels cas y a-t-il contre visite ou expertise ?



Délai de règlement de l'indemnité

La fréquence des règlements est hebdomadaire sous réserve de la réception de la totalité des pièces justificatives.

Subrogation (recours de l'Assureur après sinistre)

Dès que l'Assureur a versé l'indemnité, le droit éventuel à recourir contre le responsable lui est transmis automatiquement, à due concurrence du montant de l'indemnité versée.

Si cette transmission ne peut s'opérer du fait de l'Assuré, l'Assureur ne peut exercer un recours et la garantie n'est pas acquise.

1.2.5 Les dispositions diverses

Fusion et transfert de compétences

Si l'Assuré fait l'objet d'une fusion, les conséquences sur le contrat d'assurance sont les suivantes :

La continuité des garanties s'applique et bénéficie à l'entité nouvellement créée.

Les indemnités relatives aux sinistres survenus antérieurement à la fusion et pendant la période de validité du contrat continuent d'être versées à la nouvelle entité créée uniquement pour les agents inscrits à l'effectif de l'ancienne collectivité assurée.

Sauf accord contraire communiqué par l'une des deux parties, le contrat continue de s'appliquer jusqu'à son terme.

Si la nouvelle entité souhaite bénéficier de la continuité du contrat, elle s'engage à payer les cotisations correspondant à des périodes de garantie postérieures à la date de fusion ainsi que la régularisation de l'exercice précédent la fusion.

Les autres agents issus des collectivités non assurées par GROUPAMA ne sont pas concernés par ces dispositions.

Si l'Assuré transfère des agents auprès d'une autre collectivité, les conséquences sur son contrat d'assurance sont les suivantes :

en date du 22/12/2022. REFERENCE ACTE DEL_221221_15
 Les sinistres en cours au moment du transfert et les rechutes postérieures à la date du transfert continuent à faire l'objet d'une indemnisation pour des périodes postérieures à la date du transfert.

Ces indemnités sont versées auprès de la collectivité d'accueil des agents.

Sauf accord contraire communiqué par l'une des deux parties, le contrat continue de s'appliquer jusqu'à son terme. Si la collectivité d'accueil souhaite bénéficier de la continuité du contrat, elle s'engage à payer les cotisations correspondant à des périodes de garantie postérieures à la date du transfert.

En cas de transfert d'agents et sous réserve que la collectivité d'origine dispose toujours d'un compte bancaire, cette dernière réglera la régularisation précédent le transfert.

Si l'Assuré bénéficie d'un transfert d'agents, les conséquences sur son contrat d'assurance sont les suivantes :

Les agents en activité lors de la date du transfert sont intégrés dans le contrat d'assurance de l'Assuré.

Les agents en arrêt au moment de leur transfert seront admis au contrat lors de leur reprise effective d'activité sauf pour la garantie en cas de décès qui s'exerce immédiatement.

Toutefois, si les agents transférés étaient couverts par un contrat GROU-PAMA souscrit par la collectivité d'origine, ils seront garantis dès leur transfert. Les sinistres en cours et/ou rechutes éventuelles d'un événement survenu pendant la période d'assurance de la collectivité d'origine seront indemnisés selon les conditions contractuelles de la collectivité d'origine.

Délai de prescription

Aux termes de l'article L. 114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par 2 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 ;
- en cas de sinistre, 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.

Aux termes de l'article L.114-2 du Code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de celle-ci, notamment par :

- une demande en justice (même en référé) ;
- un acte d'exécution forcée ;

ainsi que par :

- la désignation d'un expert à la suite d'un sinistre ;
- l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception (par l'Assureur en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par l'Assuré en ce qui concerne le règlement de l'indemnité).

Protection des données personnelles

Les données personnelles relatives aux personnes physiques concernées par le présent contrat sont traitées dans le respect de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée. Leur traitement est nécessaire à la gestion du présent contrat et de ses garanties. A l'exception de celles relatives à la santé, elles sont destinées à votre conseiller, aux services de l'Assureur de chacune de vos garanties, à ses partenaires, mandataires ou sous-traitants, réassureurs, ainsi qu'aux organismes professionnels et administratifs concernés.

Elles peuvent notamment être utilisées à des fins d'évaluation et acceptation des risques, de contrôle interne (surveillance du portefeuille) et dans le cadre de dispositions légales, notamment concernant la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme. Dans le cadre de la lutte contre la fraude à l'assurance, vos données peuvent être transmises à des organismes professionnels de lutte contre la fraude ainsi qu'à des enquêteurs certifiés.

Le souscripteur informe ses agents de l'existence du contrat et de la transmission à l'Assureur de données personnelles les concernant. Il s'assure de leur accord express pour le recueil et le traitement des données concernant leur santé nécessaires à la gestion des garanties. Ces données sont traitées dans le respect des règles de confidentialité médicale. Elles sont exclusivement destinées au Médecin-conseil de l'Assureur en charge de la gestion de vos garanties et à son service médical, ou personnes internes ou externes habilitées (notamment experts médicaux). Ces personnes disposent d'un droit d'accès et de rectification en s'adressant au Médecin-conseil de l'Assureur.

Toute personne physique dispose, en justifiant de son identité, d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition aux données traitées, sans frais, en s'adressant par courrier postal au siège de la Caisse Régionale.

Dans le cadre de ses relations, l'Assureur informe que les appels téléphoniques peuvent être enregistrés afin de s'assurer de la bonne exécution de ses prestations et plus généralement à faire progresser la qualité de service. Ces enregistrements sont destinés aux seuls services en charge de l'appel. Si l'appelant a été enregistré et qu'il souhaite écouter l'enregistrement d'un entretien, il peut en faire la demande par courrier au siège de la Caisse Régionale. Il sera délivré, sans frais, copie de l'enregistrement téléphonique ou retranscription du contenu de la conversation, dans les limites de la durée de conservation de ces enregistrements.

Réclamations

Pour toute demande d'information ou toute réclamation (désaccord, mécontentement) relative au contrat d'assurance, le souscripteur peut s'adresser à son conseiller commercial ou son mandataire. Si la réponse ne satisfait pas le souscripteur, la réclamation peut être adressée au service «réclamations » de la Caisse Régionale, dont les coordonnées figurent dans les conditions particulières. La Caisse régionale s'engage à accuser réception de la réclamation dans un délai maximum de 10 jours ouvrables. Celle-ci sera traitée dans les deux mois au plus. Si tel n'est pas le cas, le souscripteur en sera informé.

En dernier lieu, le souscripteur peut recourir à la Médiation de l'Assurance dont les coordonnées sont disponibles sur le site www.groupama.fr ou auprès de l'interlocuteur habituel du souscripteur. Si l'avis de la Médiation de l'Assurance ne satisfait pas le souscripteur, il peut éventuellement saisir la justice.

I LES GARANTIES PROPOSÉES

2

2.1 LES PRESTATIONS DUES AUX AGENTS AFFILIÉS À LA C.N.R.A.C.L.

▶ 2.1.1 Garantie Maladie - Accident de la vie privée

Objet de la garantie

Est garanti le remboursement de tout ou partie des prestations statutaires versées par l'Assuré à l'agent, lorsque celui-ci est dans l'impossibilité d'exercer son travail à la suite d'une maladie ou d'un accident non professionnel.

Sont couverts par la garantie :

- les congés de maladie ordinaire ;
- les congés de longue maladie ;
- les congés de maladie de longue durée ;
- la mise en disponibilité d'office à l'expiration des congés de maladie ordinaire ;
- les reprises du travail à temps partiel thérapeutique après un congé de maladie ordinaire de plus de 6 mois, de longue durée ou un congé de longue maladie ;
- la mise en invalidité temporaire ;
- les congés spéciaux attribués pour indisponibilité et résultant de blessures ou d'une maladie contractées au cours d'une campagne de guerre ;
- le maintien des prestations après épuisement des droits statutaires du décret n°2011-1245 du 5 octobre 2011 ;
- les cures thermales, après accord de la Sécurité sociale et avis favorable du Comité médical ou d'un médecin agréé, selon les bases et les règles de la Sécurité sociale.

Dans le cas où un congé de maladie ordinaire est transformé en congé de longue maladie ou en congé de longue durée, pour la même affection, le point de départ de ces congés sera le premier jour d'arrêt de la maladie ordinaire.

Dans le cas de congé de longue maladie transformé en congé de longue durée, pour la même affection, le point de départ du congé de longue durée sera le premier jour du congé de longue maladie.

Exclusions

Sont exclus, outre les exclusions figurant dans les dispositions générales, les remboursements des prestations concernant :

- les arrêts de travail :
 - non prescrits médicalement,
 - prescrits à l'occasion du congé légal de maternité ;
- les rechutes d'une maladie ou d'un accident dont la survenance initiale se situe antérieurement à la prise d'effet de la garantie, ou à l'entrée en fonction de l'agent.

Durée et montant de la garantie

Les prestations sont dues durant la période d'arrêt de travail y compris en cas de rechute, à concurrence des montants et délais indiqués dans le Tableau des Montants de Garantie et des Franchises.

Le versement des prestations débute après application de la franchise choisie par l'Assuré et mentionnée dans les Conditions particulières. Il est rappelé que, pour le congé de maladie ordinaire, la franchise est applicable à chaque arrêt de travail.

▶ 2.1.2 Garantie Maternité - Paternité - Adoption

Objet de la garantie

Est garanti le remboursement de tout ou partie des prestations statutaires versées par l'Assuré à l'agent qui bénéficie :

- d'un congé légal de maternité ;
- d'un congé légal de paternité ;
- d'un congé légal d'adoption ;
- d'un congé supplémentaire de maternité :
 - lié à l'état pathologique résultant de la grossesse ou des couches, dans la mesure où il est attesté par prescription médicale particulière,
 - attribué aux mères de famille ayant déjà au moins 2 enfants à charge,
 - lié à la naissance d'enfants prématurés (naissance 6 semaines avant la date présumée de l'accouchement et hospitalisation du nouveau né) ;
- d'un congé supplémentaire d'adoption attribué au père ou à la mère adoptive lorsque, du fait de l'adoption, le nombre d'enfants au foyer passe à 3 ou plus.

Durée et montant de la garantie

Les prestations sont dues :

- pendant tout le congé légal de maternité, de paternité ou d'adoption, augmenté éventuellement des congés supplémentaires énumérés précédemment ;
- à concurrence des montants et délais indiqués dans le Tableau des Montants de Garantie et des Franchises.

▶ 2.1.3 Garantie Accident imputable au service et maladie professionnelle (CITIS)

Objet de la garantie

Est garanti le remboursement de tout ou partie des prestations statutaires versées par l'Assuré à l'agent lorsque celui-ci est dans l'impossibilité d'exercer son travail à la suite :

- d'un accident survenu ou d'une maladie contractée dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions ;

- d'un accident survenu ou d'une maladie aggravée ou contractée en accomplissant un acte de dévouement dans un intérêt public ou en exposant ses jours pour sauver la vie d'une tierce personne.

Sont également garantis :

- le remboursement des prestations statutaires versées par l'Assuré à l'agent, autorisé par la Commission de réforme à reprendre son travail à temps partiel thérapeutique ;
- le remboursement, à concurrence des montants et délais indiqués dans le Tableau de Montants de Garantie et des Franchises, des frais directement entraînés par l'accident ou la maladie imputable au service prescrit par le médecin.

Le remboursement des frais est effectué sur production des justificatifs originaux.

Les frais non pris en charge par l'Assureur restent à la charge de l'Assuré.

Les frais de prothèse (dentaire et appareillage), les frais d'optique et les frais de cure thermique sont soumis à une entente préalable.

Un contrôle sur la légitimité des dépenses est systématiquement exercé par le médecin conseil de l'Assureur.

Exclusions

Sont exclus, outre les exclusions figurant dans les dispositions générales :

- **Le remboursement de prestations concernant :**
 - **Les arrêts de travail n'ayant pas fait l'objet, d'une enquête administrative mentionnant l'imputabilité au service, ou d'un avis favorable de la commission départementale de réforme lorsque celle-ci a été saisie par l'Assuré,**
 - **les arrêts de travail ou reprises à temps partiel non ordonnés ou contrôlés médicalement par l'autorité médicale réglementairement compétente,**
 - **les rechutes d'une maladie professionnelle ou d'un accident imputable au service dont la survenance initiale se situe antérieurement à la prise d'effet de la garantie, ou à l'entrée en fonction de l'agent.**

Durée et montant de la garantie

Les prestations sont dues :

- durant la période d'arrêt de travail y compris en cas de rechute ;
- à concurrence des montants et délais indiqués dans le Tableau des Montants de Garantie et des Franchises.

▶ 2.1.4 Garantie Décès

Objet de la garantie

Est garanti à l'Assuré le remboursement du capital décès prévu au Tableau des Montants de Garantie et des Franchises aux ayants droit de l'agent en activité ou en disponibilité d'office à l'expiration des congés statutaires, et décédé à la suite d'une maladie ou d'un accident.

La garantie est maintenue pour les agents à la retraite dont le décès survient moins de 3 mois après la date de leur cessation de fonction pour retraite.

2.2 LES PRESTATIONS DUES AUX AGENTS AFFILIÉS À L'I.R.C.A.N.T.E.C.

▶ 2.2.1 Garantie Maladie - Accident de la vie privée

Objet de la garantie

POUR UN AGENT NON TITULAIRE

Est garanti le remboursement de tout ou partie des prestations statutaires versées par l'Assuré à l'agent, lorsque celui-ci est dans l'impossibilité d'exercer son travail à la suite d'une maladie ou d'un accident non professionnel.

Sont couverts par la garantie :

- les congés de maladie ordinaire ;
- les congés de grave maladie ;
- la reprise du travail à temps partiel thérapeutique après un congé de maladie ordinaire ou de grave maladie.

POUR UN AGENT PERMANENT TITULAIRE OU STAGIAIRE OCCUPANT UN EMPLOI À TEMPS NON COMPLET

Est garanti le remboursement des prestations statutaires versées par l'Assuré à l'agent, lorsque celui-ci est dans l'impossibilité d'exercer son travail à la suite d'une maladie ou d'un accident non professionnel.

Sont couverts par la garantie :

- les congés de maladie ordinaire ;
- les congés de grave maladie ;
- la mise en disponibilité d'office à l'expiration des congés maladie ordinaire ;
- la reprise du travail à temps partiel thérapeutique après un congé de maladie ordinaire ou de grave maladie.

DISPOSITIONS COMMUNES

Dans le cas où un congé de maladie ordinaire est transformé en congé de grave maladie, pour la même affection, le point de départ de ces congés sera le premier jour d'arrêt de la maladie ordinaire.

Exclusions

Sont exclus, outre les exclusions figurant dans les dispositions générales, les remboursements des prestations concernant :

- **les arrêts de travail :**
 - non prescrits médicalement ;
 - prescrits à l'occasion du congé légal de maternité ;
- **les rechutes d'une maladie ou d'un accident dont la survenance initiale se situe antérieurement à la prise d'effet de la garantie, ou à l'entrée en fonction de l'agent.**

Durée et montant de la garantie

Les prestations sont dues durant la période d'arrêt de travail y compris en cas de rechute, à concurrence des montants et délais indiqués dans le Tableau des Montants de Garantie et des Franchises.

► 2.2.2 Garantie Maternité - Paternité - Adoption

Objet de la garantie

Est garanti le remboursement de tout ou partie des prestations statutaires versées par l'Assuré à l'agent qui bénéficie :

- d'un congé légal de maternité ;
- d'un congé légal de paternité ;
- d'un congé légal d'adoption ;
- d'un congé supplémentaire de maternité :
 - lié à l'état pathologique résultant de la grossesse ou des couches, dans la mesure où il est attesté par prescription médicale particulière ;
 - attribué aux mères de famille ayant déjà au moins 2 enfants à charge ;
 - lié à la naissance d'enfants prématurés (naissance 6 semaines avant la date présumée de l'accouchement et hospitalisation du nouveau né) ;
- d'un congé supplémentaire d'adoption attribué au père ou à la mère adoptive lorsque, du fait de l'adoption, le nombre d'enfants au foyer passe à 3 ou plus.

Durée et montant de la garantie

Les prestations sont dues :

- pendant tout le congé légal de maternité, de paternité ou d'adoption, augmenté éventuellement des congés supplémentaires énumérés précédemment ;
- à concurrence des montants et délais indiqués dans le Tableau des Montants de Garantie et des Franchises.

► 2.2.3 Garantie Accident imputable au service et maladie professionnelle

Objet de la garantie

Est garanti le remboursement de tout ou partie des prestations statutaires versées par l'Assuré à l'agent lorsque celui-ci est dans l'impossibilité d'exercer son travail à la suite :

- d'un accident survenu ou d'une maladie contractée dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions ;
- d'un accident survenu ou d'une maladie aggravée ou contractée en accomplissant un acte de dévouement dans un intérêt public ou en exposant ses jours pour sauver la vie d'une tierce personne.

Est également garanti le remboursement des prestations statutaires versées par l'Assuré à l'agent autorisé par la Sécurité sociale à reprendre son travail à temps partiel thérapeutique.

Exclusions

Sont exclus, outre les exclusions figurant dans les dispositions générales,

- les remboursements de prestations concernant :
 - les arrêts de travail pour lesquels aucun arrêté ou décision administrative attestant de l'imputabilité au service de la maladie ou de l'accident n'a été pris,
 - les arrêts de travail pour lesquels un avis défavorable d'imputabilité a été prononcé par la Sécurité sociale,
 - les arrêts de travail non ordonnés ou contrôlés médicalement par l'autorité médicale réglementairement compétente ;
 - les rechutes d'une maladie ou d'un accident dont la survenance initiale se situe antérieurement à la prise d'effet de la garantie, ou à l'entrée en fonction de l'agent,

Durée et montant de la garantie

Les prestations sont dues durant la période d'arrêt de travail y compris en cas de rechute, à concurrence des montants et délais indiqués dans le Tableau des Montants de Garantie et des Franchises.

Groupama Gan Vie

Société anonyme au capital de 1 371 100 605 euros – RCS Paris 340 427 616 – APE : 6511Z
Siège social : 8-10, rue d'Astorg - 75383 Paris Cedex 08 – Tél. : 01 44 56 77 77

Caisse Régionale d'Assurances Mutuelles Agricoles

Entreprise régie par le Code des assurances et par l'article L.771-1 du Nouveau Code rural
Entreprises régies par le Code des assurances et soumises
à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) – 61 rue Taitbout – 75009 Paris

groupama.fr



Groupama
la vraie vie s'assure ici