

DEPARTEMENT DE L'ILLE ET VILAINE
CONVENTION DE PARTICIPATION
Décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011
Risque prévoyance
Convention de participation

La **convention de participation** est conclue entre le **Souscripteur** et l'**Assureur** :

	Souscripteur	Assureur
Raison sociale :	DEPARTEMENT DE L'ILLE ET VILAINE	...MNT
SIRET n° :	223 500 018 00013	...775 678 584 03070
Siège social :	1 AV DE LA PREFECTURE 35000 RENNES	...4 rue d'Athènes – 75009 PARIS
Représenté par :	Son Président	...Christophe ROPERCH
En qualité de :	Président	...Directeur adjoint au sein de la MNT
Qualité juridique :		
Raison sociale :		...
SIRET n° :		...
Siège social :		...

Si l'Assureur est représenté par son mandataire, il doit indiquer son représentant (nom, prénom, qualité) de celui-ci, ainsi que sa qualité juridique (courtier en assurance, mutuelle...), sa raison sociale, son SIRET et son siège social.

Contenu

1	Préambule	3
1.1	Objet de la convention	3
1.2	Effet et durée de la convention.....	3
1.3	Bénéficiaires	3
1.4	Nature des garanties	3
2	Obligations de l'Assureur à l'égard des Bénéficiaires	3
2.1	Obligation générale d'exécution	3
2.2	Obligation générale d'information.....	3
2.3	Respect des principes de solidarité.....	3
3	Obligations de l'Assureur envers le Souscripteur	4
3.1	Obligation générale d'exécution	4
3.2	Informations à communiquer au cours de la convention	4
3.2.1	Suivi technique	4
3.2.2	Rapport.....	5
4	Obligation de l'Employeur : le versement de la participation.....	5
5	Pilotage de la convention	5
5.1	Information délivrée par le Souscripteur	5
5.2	Comité de suivi	5
6	Résiliation	6
7	Annexes : documents contractuels	6

1 Préambule

1.1 Objet de la convention

La convention est un document de subventionnement destiné à régler les relations financières entre le Souscripteur, et l'Assureur, en application du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents. La convention peut être modifiée par voie d'avenant signé par l'Assureur et le Souscripteur. Elle est accompagnée du contrat collectif d'assurance à adhésions facultatives.

1.2 Effet et durée de la convention

La convention prend effet au **1^{er} janvier 2024**.

Elle est conclue pour une période de six ans, et peut être prorogée pour des motifs d'intérêt général, pour une durée ne pouvant excéder un an.

Elle peut être résiliée dans les conditions prévues dans la présente convention.

La date de clôture des comptes de résultat annuels est fixée au 31 décembre de chaque année.

1.3 Bénéficiaires

Les Bénéficiaires sont le personnel dans l'effectif de l'Employeur ayant adhéré à la présente convention et au contrat collectif d'assurance à adhésions facultatives, et bénéficiant de la qualité de fonctionnaire et d'agent contractuel de droit public ou de droit privé.

1.4 Nature des garanties

Les garanties accordées par l'Assureur portent sur le risque de prévoyance. Les garanties, la base de l'assurance et les niveaux de prestations sont mentionnés dans le contrat collectif à adhésions facultatives.

2 Obligations de l'Assureur à l'égard des Bénéficiaires

2.1 Obligation générale d'exécution

L'Assureur délivre aux Bénéficiaires les garanties et les services selon les conditions tarifaires de l'offre retenue par le Souscripteur.

L'Assureur s'engage à offrir aux Bénéficiaires, pendant toute la durée de la convention, l'ensemble des options prévues au titre des garanties.

2.2 Obligation générale d'information

L'Assureur est tenu à la délivrance des informations suivantes aux Bénéficiaires :

- Un bulletin d'adhésion mentionnant très clairement le ou les Bénéficiaires, les garanties proposées, les options, le montant de la cotisation annuelle, les modalités de paiement et le mode de fractionnement, les conditions et la durée de rétractation de l'assuré. Sont également indiquées la date d'effet de l'adhésion, la durée de l'adhésion et les conditions de résiliation.
- La notice d'information du contrat collectif, ainsi que les conditions d'intervention des garanties d'assistance.

2.3 Respect des principes de solidarité

L'Assureur doit respecter les principes de solidarité suivants :

- Les garanties proposées comprennent au moins la couverture du risque incapacité de travail,
- La cotisation est au même taux pour tous les agents affiliés. Elle est exprimée en pourcentage de la rémunération brute,
- L'adhésion des agents ne peut être conditionnée par leur âge ou leur état de santé. Les agents qui ne sont pas en arrêt de travail à la date d'effet du contrat collectif et qui ne sont pas inscrits à celui-ci peuvent y adhérer sous réserve que leur adhésion intervienne pendant les six premiers mois qui suivent la date de prise d'effet du contrat collectif. Les agents embauchés postérieurement à la date de prise d'effet du contrat peuvent y adhérer sous réserve que leur adhésion intervienne dans les six premiers mois qui suivent la date d'embauche. Les agents en arrêt de travail peuvent adhérer au contrat collectif dans les conditions prévues par celui-ci. Passé ce délai de six mois suivant la date de prise d'effet du contrat collectif, ou la date d'embauche, l'adhésion est conditionnée aux conditions du contrat collectif à adhésions facultatives.

3 Obligations de l'Assureur envers le Souscripteur

3.1 Obligation générale d'exécution

L'Assureur est tenu de respecter l'intégralité de son offre acceptée par le Souscripteur après mise en concurrence, et reprise dans la convention et ses annexes.

3.2 Informations à communiquer au cours de la convention

3.2.1 Suivi technique

L'Assureur communique au Souscripteur les tableaux de bord semestriels, dans les 2 mois qui suivent la fin de chaque semestre, et le compte de résultat technique annuel au 30 juin au plus tard.

Pour les tableaux de bord semestriels, l'Assureur communique :

- Le **tableau de bord de l'avancement du plan de développement**,
- La **liste des adhérents** qui précisera, par bénéficiaire la date d'adhésion et la date de résiliation de l'adhésion et le montant de la cotisation annuelle et mensuelle.

Pour les tableaux de bord annuels, l'Assureur communique :

- Le tableau de bord **par garanties et options souscrites** : répartition par tranche d'âge et par sexe,
- Le **tableau de bord du risque**, comportant une répartition pour chacun des risques :
 - o Du nombre d'arrêt de travail, de leur durée, de leur nature et de leurs causes,
 - o Du nombre d'agents en arrêts de travail,
 - o Du rattachement des arrêts de travail aux exercices de survénance, avec établissement du triangle de prestations et calcul du ratio prestations sur cotisation (P/C) par exercice,
- Le **compte de résultat technique**, vu par exercice comptable et par exercice de survénance, incluant la mesure des écarts avec le prévisionnel communiqué lors de l'appel public à concurrence. Le résultat est calculé selon la différence entre :
 - o Les cotisations hors taxes, par ailleurs minorées de la contribution prévue au I de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale et de la dotation à la provision pour cotisations non acquises, puis majorées de la reprise sur cette même provision,
 - o Et :
 - Les prestations, par ailleurs majorées des dotations aux provisions techniques correspondantes, et minorées des reprises sur ces mêmes provisions,
 - Les frais de gestion.

- Le **compte de résultat technique solidaire**¹, mettant en valeur les transferts intergénérationnels pour chacun des adhérents d'un âge supérieur à 50 ans bénéficiaires de la convention, incluant la mesure des écarts avec le prévisionnel communiqué lors de l'appel public à concurrence. Le résultat est calculé selon la différence entre :
 - o Les prestations, par ailleurs majorées des dotations aux provisions techniques correspondantes, et minorées des reprises sur ces mêmes provisions, et majorées d'un chargement pour frais de gestion de 10 % sur les prestations,
 - o Les cotisations hors taxes, par ailleurs minorées de la contribution prévue au I de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale et de la dotation à la provision pour cotisations non acquises, puis majorées de la reprise sur cette même provision.

3.2.2 Rapport

L'Assureur produit au Souscripteur au terme de la période de trois ans, et au terme de la convention, un rapport retraçant les opérations réalisées au vu des critères des 2° et 4° de l'article 18 du décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011. Si ces critères ne sont pas satisfaits, le Souscripteur peut résilier la convention de participation.

4 Obligation de l'Employeur : le versement de la participation

L'Employeur s'engage à verser chaque année, et pendant toute la durée de la présente convention, une participation dans les conditions prévues par le titre III du décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 précité. La participation constitue une aide à la personne et son montant ne peut excéder le montant de la cotisation qui serait dû en l'absence d'aide.

5 Pilotage de la convention

5.1 Information délivrée par le Souscripteur

Le Souscripteur s'engage pendant la durée de la convention à :

- Faciliter l'information de l'Employeur afin de permettre l'adhésion des agents Assurés, dans le cadre du plan de développement prévu par l'Assureur,
- Informer l'Employeur de la signature de la convention, des caractéristiques du contrat collectif à adhésions facultatives au titre duquel elle est conclue, ainsi que des modalités d'adhésion à celui-ci,
- Communiquer à l'Employeur la notice d'information du contrat collectif à adhésions facultatives.

5.2 Comité de suivi

Chaque partie veille à la mise en œuvre de la convention de participation et à faciliter les adhésions et la gestion du contrat collectif.

Un comité de suivi de la convention de participation et du contrat collectif est mis en place. Il est composé des représentants du Souscripteur et de l'Assureur.

Le comité de suivi se réunit au moins une fois par an, et au plus tard dans les six mois suivant la clôture de l'exercice, afin de prendre connaissance du rapport annuel de l'Assureur.

¹ Dispositif précisé par l'arrêté du 8 novembre 2011 relatif aux critères de choix des collectivités territoriales et des établissements publics en relevant dans le cas d'une convention de participation.

6 Résiliation

Par application de l'article 21 du décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011, si le Souscripteur constate que l'Assureur ne respecte pas les dispositions de ce décret et de la présente convention, il résilie la convention de participation et le contrat collectif d'assurance selon la procédure suivante :

- Le Souscripteur adresse une lettre recommandée avec accusé de réception à l'Assureur, lui notifiant sa volonté de résilier et lui indique qu'il peut se faire assister par un conseil ou représenter par un mandataire de son choix,
- Puis le Souscripteur recueille les observations écrites et, le cas échéant, sur sa demande, orales de l'Assureur qui doivent être produites dans les 30 jours à compter de la réception de la lettre recommandée avec accusé de réception,
- A la réception des observations, le Souscripteur adresse une lettre recommandée avec accusé de réception à l'Assureur, lui notifiant la résiliation de la convention de participation avec mention de la date d'effet de la résiliation.

7 Annexes : documents contractuels

A la présente convention sont annexés les documents contractuels ci-après :

- Conditions particulières du contrat collectif d'assurance,
- Conventions spéciales du contrat collectif d'assurance,
- Conditions générales du contrat collectif d'assurance,
- Tableaux prévisionnels des comptes de résultat,
- Dossier contractuel de gestion,
- Notice d'information de la garantie d'assistance.

Signature de la convention de participation	
Fait à :PARIS	Le : 07/06/2023
Pour l'Assureur	Pour le Souscripteur
Prénom / Nom : Christophe ROPERCH	Prénom / Nom :
Qualité : Directeur Adjoint	Qualité :
Signature :	Signature :

DEPARTEMENT DE L'ILLE ET VILAINE
CONVENTION DE PARTICIPATION
Décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011
Risque prévoyance
Contrat collectif à adhésions facultatives : conditions particulières

Le **contrat collectif à adhésions facultatives** est conclu entre le **Souscripteur** et l'**Assureur** au titre de la convention de participation :

	Souscripteur	Assureur
Raison sociale :	DEPARTEMENT DE L'ILLE ET VILAINE	...MNT
SIRET n° :	223 500 018 00013	...775 678 584 03070
Siège social :	1 AV DE LA PREFECTURE 35000 RENNES	...4 rue d'Athènes – 75009 PARIS
Représenté par :	Son Président	...Christophe ROPERCH
En qualité de :	Président	...Directeur adjoint au sein de la MNT
Qualité juridique :		
Raison sociale :		...
SIRET n° :		...
Siège social :		...

Si l'Assureur est représenté par son mandataire, il doit indiquer son représentant (nom, prénom, qualité) de celui-ci, ainsi que sa qualité juridique (courtier en assurance, mutuelle...), sa raison sociale, son SIRET et son siège social.

Contenu

1. Dispositions générales.....	2
2. Garanties d'assurance	4
3. Cotisations d'assurance.....	9
4. Gestion et pilotage	14
5. Réserves	15
6. Formation du contrat	16

1. Dispositions générales

Objet du contrat

Le contrat collectif d'assurance a pour objet le versement aux Assurés par l'Assureur de prestations de prévoyance complémentaire en relais et en complément de leur protection sociale de base, soit le régime spécial de la fonction publique territoriale pour les agents affiliés à la CNRACL (ou au régime spécial pour les agents détachés de l'Etat), soit le régime de l'Assurance maladie et/ou de l'Employeur pour les agents affiliés à l'IRCANTEC. Le contrat est régi par la législation sur les opérations d'assurance et comprend, **par ordre**

d'application préférentielle :

1. Les conditions particulières,
2. Les conventions spéciales,
3. Le dossier contractuel de gestion.
4. Les conditions générales de l'Assureur,

Le contrat est régi par le droit français et notamment par les dispositions suivantes qui s'appliquent obligatoirement :

- **Loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 modifiée dite « Loi Evin »** concernant les règles applicables aux contrats collectifs à adhésion facultative,
- **Articles L 827-1 à L 827-12 du code général de la fonction publique,**
- **Décret n°2022-581 du 20 avril 2022** relatif aux garanties de protection sociale complémentaire et à la participation obligatoire des collectivités territoriales et de leurs établissements publics à leur financement.
- **Décret n°2011-1474** relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents.

Parties prenantes au contrat

Assurés. Fonctionnaires et agents contractuels de droit public et de droit privé, y compris les agents mis à disposition par le Souscripteur auprès d'un autre employeur public et les agents détachés auprès du souscripteur.

Assureur. Société d'assurance régie par le code des assurances, ou mutuelle ou union de mutuelles régie par le Livre II du code de la mutualité, ou institution de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale dûment agréé pour pratiquer les opérations d'assurance du risque prévoyance. L'Assureur peut être représenté par un intermédiaire d'assurance enregistré à l'ORIAS.

Souscripteur. Employeur public territorial ayant qualité pour souscrire le présent contrat collectif d'assurance à adhésion facultative des Assurés.

Effet et durée

Date d'effet. 1^{er} janvier 2024.

Echéance. 1^{er} janvier.

Durée. Six (6) années, soit du 1^{er} janvier 2024 au 31 décembre 2029, prorogeable une (1) année.

Résiliation du contrat. Toute demande de résiliation du contrat est effectuée par lettre recommandée avec accusé de réception. Le contrat peut être résilié par :

- **Le Souscripteur**, moyennant un préavis de **quatre (4) mois** avant l'échéance, réduit à deux (2) mois dans le cas d'une proposition de majoration tarifaire par l'Assureur refusée par le Souscripteur (application des dispositions de l'article 3.2),
- **L'Assureur**, moyennant un préavis de **six (6) mois** avant l'échéance,

Résiliation de l'adhésion. Toute demande de résiliation de l'adhésion est effectuée par lettre recommandée avec accusé de réception. L'adhésion peut être résiliée par :

- **L'Assuré**, moyennant un préavis de **deux (2) mois** avant la date d'échéance.

2. Garanties d'assurance

Les garanties délivrées par l'Assureur sont les suivantes : 2 hypothèses sont proposées sachant que le Souscripteur sélectionnera l'une des deux à la conclusion du contrat :

HYPOTHESE 1

GARANTIES OBLIGATOIRES	BASE	RENFORT
Garantie maintien de salaire en cas d'incapacité temporaire de travail		
Les indemnités journalières complémentaires garantissent une rémunération indiquée au titre des plafonds ci-dessous, <u>déduction faite</u> des montants correspondant aux garanties statutaires versées par l'employeur et/ou des indemnités journalières versées par la Sécurité sociale.		
Les plafonds d'indemnisation sont exprimés en <u>net</u>		
Fonctionnaires relevant du régime spécial de la CNRACL	Indemnisation	Indemnisation
Maladie et accident de la vie privée		
Placement en congés pour raison de santé, disponibilité d'office pour raison de santé et maintien du demi-traitement dans l'attente de l'avis du conseil médical, à compter du passage à demi-traitement	90% TI+NBI+RI	
Placement en congés de maladie ordinaire en périodes de plein-traitement	Non garanti	
Placement en congés de longue maladie et de longue durée en périodes de plein-traitement	Non garanti	
Accident et maladie imputables au service	Non garanti	
Temps partiel pour raison thérapeutique		
Y compris si précédé d'un congé pour raison de santé ou d'un congé pour invalidité temporaire imputable au service	90% RI	
Agents relevant du régime général de la Sécurité sociale		
> Fonctionnaires		
Maladie et accident de la vie privée		
Placement en congés pour raison de santé, disponibilité d'office pour raison de santé et maintien du demi-traitement dans l'attente de l'avis du conseil médical, à compter du passage à demi-traitement	90% TI+NBI+RI	
Placement en congés de maladie ordinaire en périodes de plein-traitement	Non garanti	
Placement en congés de grave maladie en périodes de plein-traitement	Non garanti	
Accident et maladie imputables au service	Non garanti	
> Contractuels de droit public		
Maladie et accident de la vie privée		
Placement en congés de maladie et congés de grave maladie et tout arrêt de travail de moins de 1 095 jours, dès perception d'indemnités journalières de la Sécurité sociale	90% TI+NBI+RI	
Franchise	30 jours	
Placement en congés de maladie ordinaire en périodes de plein-traitement	Non garanti	
Placement en congés de grave maladie en périodes de plein-traitement	Non garanti	
Accident et maladie imputables au service	90% TI+NBI+RI	
Franchise	Néant	
> Contractuels de droit privé		
Maladie et accident de la vie privée		
Arrêt de travail de moins de 1 095 jours, dès perception d'indemnités journalières de la Sécurité sociale	90% du salaire net	
Franchise	30 jours	
Accident et maladie imputables au service	90% du salaire net	
Franchise	Néant	
> Temps partiel pour motif thérapeutique		
Y compris si précédé d'un congé pour raison de santé (ou arrêt de travail) ou d'un congé pour invalidité temporaire imputable au service (ou accident du travail)	90% TI+NBI+RI	

GARANTIES OBLIGATOIRES	BASE	RENFORT
Garantie maintien de salaire en cas d'invalidité permanente		
Les plafonds d'indemnisation sont exprimés en net	Indemnisation	Indemnisation
Fonctionnaires relevant du régime spécial de la CNRACL		
Invalidité non imputable au service	90% TI+NBI	90% RI
Franchise :	Néant	
Invalidité imputable au service	90% TI+NBI	90% RI
Franchise :	Néant	
Agents relevant du régime général de la Sécurité sociale		
Invalidité suite à maladie ou accident de la vie privée		
Invalides capables d'exercer une activité rémunérée (1ère catégorie)	Non garanti	
Invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque (2ème catégorie)	90% TI+NBI	90% RI
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 (3ème catégorie)	90% TI+NBI	90% RI
Incapacité permanente de la vie professionnelle		
Avec taux d'incapacité permanente < à 66%	Non garanti	
Avec taux d'incapacité permanente > à 66%	90% TI+NBI	90% RI
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 dernier mois et selon le taux défini par l'Assureur.		
GARANTIES OBLIGATOIRES	BASE	RENFORT
Garantie décès toutes causes et perte totale et irréversible d'autonomie		
Les plafonds d'indemnisation sont exprimés en brut	Indemnisation	Indemnisation
Ensemble fonctionnaires et agents contractuels		
Décès toutes causes (maladie et accident)		
Perte totale et irréversible d'autonomie. Le versement du capital en cas de perte totale et irréversible d'autonomie de l'Assuré met fin à la garantie décès	25% du salaire annuel brut	75% du salaire annuel brut
Frais d'obsèques	Non garanti	
GARANTIES FACULTATIVES	BASE	RENFORT
Garantie perte de retraite consécutive à une invalidité permanente		
Les plafonds d'indemnisation sont exprimés en net	Indemnisation	Indemnisation
Fonctionnaires relevant du régime spécial de la CNRACL		
Suite à invalidité imputable ou non au service (Capital)	Non garanti	50% PASS
Agents relevant du régime général de la Sécurité sociale		
Suite à invalidité imputable ou non au service (Capital)	Non applicable	Non applicable

PASS : Plafond Annuel de la Sécurité Sociale

HYPOTHESE 2

GARANTIES OBLIGATOIRES	BASE	RENFORT
Garantie maintien de salaire en cas d'incapacité temporaire de travail		
Les indemnités journalières complémentaires garantissent une rémunération indiquée au titre des plafonds ci-dessous, <u>déduction faite</u> des montants correspondant aux garanties statutaires versées par l'employeur et/ou des indemnités journalières versées par la Sécurité sociale.		
Les plafonds d'indemnisation sont exprimés en <u>net</u>	Indemnisation	Indemnisation
Fonctionnaires relevant du régime spécial de la CNRACL		
Maladie et accident de la vie privée		
Placement en congés pour raison de santé, disponibilité d'office pour raison de santé et maintien du demi-traitement dans l'attente de l'avis du conseil médical, à compter du passage à demi-traitement	90% TI+NBI+RI	
Placement en congés de maladie ordinaire en périodes de plein-traitement	Non garanti	
Placement en congés de longue maladie et de longue durée en périodes de plein-traitement	Non garanti	
Accident et maladie imputables au service	Non garanti	
Temps partiel pour raison thérapeutique		
Y compris si précédé d'un congé pour raison de santé ou d'un congé pour invalidité temporaire imputable au service	90% RI	
Agents relevant du régime général de la Sécurité sociale		
> Fonctionnaires		
Maladie et accident de la vie privée		
Placement en congés pour raison de santé, disponibilité d'office pour raison de santé et maintien du demi-traitement dans l'attente de l'avis du conseil médical, à compter du passage à demi-traitement	90% TI+NBI+RI	
Placement en congés de maladie ordinaire en périodes de plein-traitement	Non garanti	
Placement en congés de grave maladie en périodes de plein-traitement	Non garanti	
Accident et maladie imputables au service	Non garanti	
> Contractuels de droit public		
Maladie et accident de la vie privée		
Placement en congés de maladie et congés de grave maladie et tout arrêt de travail de moins de 1 095 jours, dès perception d'indemnités journalières de la Sécurité sociale	90% TI+NBI+RI	
Franchise	30 jours	
Placement en congés de maladie ordinaire en périodes de plein-traitement	Non garanti	
Placement en congés de grave maladie en périodes de plein-traitement	Non garanti	
Accident et maladie imputables au service	90% TI+NBI+RI	
Franchise	Néant	
> Contractuels de droit privé		
Maladie et accident de la vie privée		
Arrêt de travail de moins de 1 095 jours, dès perception d'indemnités journalières de la Sécurité sociale	90% du salaire net	
Franchise	30 jours	
Accident et maladie imputables au service	90% du salaire net	
Franchise	Néant	
> Temps partiel pour motif thérapeutique		
Y compris si précédé d'un congé pour raison de santé (ou arrêt de travail) ou d'un congé pour invalidité temporaire imputable au service (ou accident du travail)	90% TI+NBI+RI	

GARANTIES OBLIGATOIRES	BASE	RENFORT
Garantie maintien de salaire en cas d'invalidité permanente		
Les plafonds d'indemnisation sont exprimés en net	Indemnisation	Indemnisation
Fonctionnaires relevant du régime spécial de la CNRACL		
Invalidité non imputable au service	90%TI+NBI+50%RI	40% RI
Franchise :	Néant	
Invalidité imputable au service	90%TI+NBI+50%RI	40% RI
Franchise :	Néant	
Agents relevant du régime général de la Sécurité sociale		
Invalidité suite à maladie ou accident de la vie privée		
Invalides capables d'exercer une activité rémunérée (1ère catégorie)	Non garanti	
Invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque (2ème catégorie)	90%TI+NBI+50%RI	40% RI
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 (3ème catégorie)	90%TI+NBI+50%RI	40% RI
Incapacité permanente de la vie professionnelle		
Avec taux d'incapacité permanente < à 66%	Non garanti	
Avec taux d'incapacité permanente > à 66%	90%TI+NBI+50%RI	40% RI

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 dernier mois et selon le taux défini par l'Assureur.

GARANTIES OBLIGATOIRES	BASE	RENFORT
Garantie décès toutes causes et perte totale et irréversible d'autonomie		
Les plafonds d'indemnisation sont exprimés en brut	Indemnisation	Indemnisation
Ensemble fonctionnaires et agents contractuels		
Décès toutes causes (maladie et accident)		
Perte totale et irréversible d'autonomie. Le versement du capital en cas de perte totale et irréversible d'autonomie de l'Assuré met fin à la garantie décès	25% du salaire annuel brut	75% du salaire annuel brut
Frais d'obsèques	Non garanti	
GARANTIES FACULTATIVES	BASE	RENFORT
Garantie perte de retraite consécutive à une invalidité permanente		
Les plafonds d'indemnisation sont exprimés en net	Indemnisation	Indemnisation
Fonctionnaires relevant du régime spécial de la CNRACL		
Suite à invalidité imputable ou non au service (Capital)	Non garanti	50% PASS
Agents relevant du régime général de la Sécurité sociale		
Suite à invalidité imputable ou non au service (Capital)	Non applicable	Non applicable

PASS : Plafond Annuel de la Sécurité Sociale

PRECISIONS SUR LES GARANTIES D'ASSURANCE

- L'Assureur intervient en cas de maintien ou de suspension du RI par le Souscripteur.
- Les plafonds de prestation sont à considérer en net des prélèvements sociaux (CSG et CRDS), c'est-à-dire que l'Assureur doit verser à l'Assuré le pourcentage de prestation indiqué dans le tableau des garanties. Ainsi, l'Assureur verse les prestations d'indemnités journalières ou de rente complémentaire sur la base d'exemples de salaire et de niveaux de remboursement des garanties ci-dessous, ainsi que des taux de cotisations sociales et des prélèvements sociaux en vigueur :

Traitement				Régime indemnitaire				Pension invalidité			
Exemple sur traitement + NBI				Exemple pour congé de longue maladie				Exemple sur rente CNRACL moyenne			
TI + NBI :	Taux	Base	2 200 €	RI :	Taux	Base	300 €	Pension :	Taux	Base	1 003 €
CNRACL	11,10%	2 200,0 €	244,2 €	CNRACL				CNRACL			0,0 €
CSG	9,20%	2 161,5 €	198,9 €	CSG	9,20%	294,8 €	27,1 €	CSG (max.)	8,30%	985,4 €	81,8 €
CRDS	0,50%	2 161,5 €	10,8 €	CRDS	0,50%	294,8 €	1,5 €	CRDS	0,50%	985,4 €	4,9 €
RAFP				RAFP	5,00%	300,0 €	15,0 €	RAFP			
CASA				CASA				CASA	0,30%	985,4 €	3,0 €
Traitement net :			1 746,1 €	Régime indemnitaire net :			256,4 €	Pension nette :			913,3 €
			79,37%				85,47%				91,06%
Niveau d'indemnisation net			90%	Niveau d'indemnisation net			90%	Niveau d'indemnisation net			90%
Soit un traitement net de			1 571,5 €	Soit un traitement net de				Soit un traitement net de			1 571,5 €
Soit un RI net de				Soit un RI net de			230,8 €	Soit un RI net de			0,0 €
A déduire TI maintenu			873,1 €	A déduire RI maintenu			0,0 €	A déduite rente CNRACL			913,3 €
IJ mensuelles assureur			698,5 €	IJ mensuelles assureur			230,8 €	Rente mensuelle assureur			658,2 €
Le produit des prélèvements sociaux est calculé en sus et versé par l'Assureur à l'URSSAF				Le produit des prélèvements sociaux est calculé en sus et versé par l'Assureur à l'URSSAF				Le produit des prélèvements sociaux est calculé en sus et versé par l'Assureur à l'URSSAF			

Situation du régime indemnitaire
Maintenu à due proportion du traitement ou suspendu

Congé	RIFSEEP	Autres primes & indemnités
Maladie ordinaire	Maintenu	Maintenu
Longue maladie	Maintenu	Maintenu
Longue durée	Maintenu	Maintenu
Grave maladie	Maintenu	Maintenu
Temps partiel thérapeutique	Maintenu en proportion du taux d'activité	Maintenu en proportion du taux d'activité
Disponibilité d'office pour raison de santé	Maintenu	Maintenu
En attente de l'avis du conseil médical	Maintenu	Maintenu

3. Cotisations d'assurance

Grille des taux de cotisation :

Les taux de cotisations sont exprimés en pourcentage du salaire de référence des Assurés, et sont identiques pour tous les adhérents (article 31 du décret n°2011-1474).

Le salaire de référence, qui est l'assiette des cotisations en brut et des prestations en net, est composé :

- **Pour les agents fonctionnaires et contractuels de droit public :**
 - Du traitement indiciaire (TI), y compris le complément de traitement Indiciaire (CTI) et l'indemnité compensatrice de la CSG,
 - De la nouvelle bonification indiciaire (NBI),
 - Du régime indemnitaire (RI), composé de l'ensemble des primes et des indemnités, à l'exception
 - de celles énumérées à l'article 15 du décret n°87-602 du 30 juin 1987 que sont :
 - Les primes et indemnités qui ont le caractère de remboursement de frais,
 - Les primes et indemnités liées au changement de résidence, à la primo-affectation, à la mobilité géographique et aux restructurations,
 - Les primes et indemnités liées à l'organisation du travail,
 - Les avantages en nature,
 - Les indemnités d'enseignement ou de jury ainsi que les autres indemnités non directement liées à l'emploi,
 - La part ou l'intégralité des primes et indemnités dont la modulation est fonction des résultats et de la manière de servir,
 - Les versements exceptionnels ou occasionnels de primes et indemnités correspondant à un fait générateur unique,
 - La prise en charge partielle du prix des titres d'abonnement correspondant aux déplacements effectués par les agents publics entre leur résidence habituelle et leur lieu de travail,
 - Et des indemnités et destinées à l'entretien de l'enfant accueilli pour les agents bénéficiant de la qualité d'assistantes familiales (ASSFAM).
- **Pour les agents contractuels de droit privé :**
 - Du salaire brut soumis à cotisations des organismes de Sécurité sociale et des prélèvements sociaux.

HYPOTHESE 1		
TABLEAU DES TAUX DE COTISATION		
L'Assureur complète les taux de cotisation		
Garanties d'assurance	Plafonds d'indemnisation	Taux de cotisation TTC
Garanties obligatoires (Garanties répondant à minima aux exigences des articles 3 et 4 du décret n°2022-581)		
▪ Incapacité temporaire de travail :	90% TI NBI RI	0,86%
▪ Invalidité permanente :	90% TI NBI	0,77%
▪ Décès toutes causes et PTIA :	25% SAB	0,07%
Taux de cotisation global :		1,70%
Taux de cotisation minimum :		1,70%
Renforts et garanties facultatives (L'Assuré peut adhérer à l'un ou à la totalité des renforts)		
▪ Incapacité temporaire de travail RI CLM CLD CGM en périodes de plein-traitement :	Non garantie	/
▪ Invalidité permanente :	90% RI	0,12%
▪ Décès toutes causes et PTIA :	75% SAB	0,22%
▪ Perte de retraite suite à invalidité CNRACL :	50% PASS	0,35%
<p><u>Légende :</u> CLM : congé de longue maladie, CLD : congé de longue durée, CGM : congé de grave maladie, TI : traitement indiciaire, NBI : nouvelle bonification indiciaire, PASS : plafond annuel de la Sécurité sociale, PTIA : perte totale et irréversible d'autonomie, RI : régime indemnitaire, SAB : salaire annuel brut de référence.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les taux de cotisation sont appliqués au mois le mois, y compris sur les éléments de salaire rétroactifs pouvant intervenir dans le dossier de l'Assuré. ▪ Les taux de cotisations s'appliquent à l'assiette, comprennent toutes les garanties et services proposés par l'Assureur, et ne peuvent être différents selon des tranches de taux d'adhésion ou de la participation mensuelle versée par l'employeur. <p>Les taux TTC de cotisation minimum ne peuvent être dérochés, si mentionnés dans le tableau. Il s'agit de taux planchers incompressibles au regard de la nature et de l'ampleur des risques à garantir.</p>		

HYPOTHESE 2		
TABLEAU DES TAUX DE COTISATION		
L'Assureur complète les taux de cotisation		
Garanties d'assurance	Plafonds d'indemnisation	Taux de cotisation TTC
Garanties obligatoires		
(Garanties répondant à minima aux exigences des articles 3 et 4 du décret n°2022-581)		
▪ Incapacité temporaire de travail :	90% TI NBI RI	0,86%
▪ Invalidité permanente :	90% TI NBI + 50% RI	0,82%
▪ Décès toutes causes et PTIA :	25% SAB	0,07%
Taux de cotisation global :		1,75%
Taux de cotisation minimum :		1,70%
Renforts et garanties facultatives		
(L'Assuré peut adhérer à l'un ou à la totalité des renforts)		
▪ Incapacité temporaire de travail RI CLM CLD CGM en périodes de plein-traitement :	Non garantie	/
▪ Invalidité permanente :	40% RI	0,07%
▪ Décès toutes causes et PTIA :	75% SAB	0,22%
▪ Perte de retraite suite à invalidité CNRACL :	50% PASS	0,35%
Légende :		
CLM : congé de longue maladie, CLD : congé de longue durée, CGM : congé de grave maladie, TI : traitement indiciaire, NBI : nouvelle bonification indiciaire, PASS : plafond annuel de la Sécurité sociale, PTIA : perte totale et irréversible d'autonomie, RI : régime indemnitaire, SAB : salaire annuel brut de référence.		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les taux de cotisation sont appliqués au mois le mois, y compris sur les éléments de salaire rétroactifs pouvant intervenir dans le dossier de l'Assuré. ▪ Les taux de cotisations s'appliquent à l'assiette, comprennent toutes les garanties et services proposés par l'Assureur, et ne peuvent être différents selon des tranches de taux d'adhésion ou de la participation mensuelle versée par l'employeur. 		
Les taux TTC de cotisation minimum ne peuvent être dérochés, si mentionnés dans le tableau. Il s'agit de taux planchers incompressibles au regard de la nature et de l'ampleur des risques à garantir.		

Evolution des taux de cotisation :**Motifs d'évolution :**

L'évolution exceptionnelle des cotisations est limitée selon l'article 20 du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011. Ainsi, le dépassement des limites tarifaires, prévues au titre de l'évolution annuelle des cotisations, n'est possible que dans les cas ci-après, et si le changement revêt un caractère significatif :

- Aggravation de la sinistralité,
- Variation du nombre d'agents adhérents,
- Evolutions démographiques,
- Modifications de la réglementation.

Cas de l'aggravation de la sinistralité :

L'aggravation de la sinistralité doit être constatée par l'Assureur par garantie sur la base :

- D'au moins deux années consécutives, et par cumul des exercices,
- Du compte de résultat technique, calculé par différence entre :
 - o Les cotisations, par ailleurs minorées de la contribution prévue au I de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale et de la dotation à la provision pour cotisations non acquises, puis majorées de la reprise sur cette même provision,
 - o Et :
 - Les prestations, par ailleurs majorées des dotations aux provisions techniques correspondantes, et minorées des reprises sur ces mêmes provisions,
 - Les frais de gestion.

Dans ce cas, les cotisations peuvent être majorées dans le respect des taux d'augmentation maximum à compléter dans le tableau ci-après, la borne maximum ne pouvant être dépassée.

L'Assureur complète le tableau ci-après et ne peut indiquer de taux supérieur à la tranche de P/C > 130% :

Périodes	Ratio P/C	Taux de majoration
Année 1	/	0%
Année 2	/	2,5%
Année 3	/	2,5%
Années 4 et suivantes	P/C < 100%	0%
	P/C < 110%	7%
	P/C < 120%	10%
	P/C < 130%	11%
	P/C > 130%	12%
Le P/C (ratio prestations / cotisations hors taxes) s'apprécie sur la base du compte de résultat cumulé depuis la date d'effet du contrat		

Cas des modifications de la réglementation :

La modification des garanties proposée par l'Assureur visant à les mettre en conformité avec les règles fixées par les articles L827-9 à L827-11 du code général de la fonction publique relatives à la définition et aux niveaux des garanties minimales est réputée acceptée à défaut d'opposition du Souscripteur. L'Assureur informe par écrit le Souscripteur des nouvelles garanties proposées et des conséquences juridiques, sociales, fiscales et tarifaires qui résultent de ce choix. Le Souscripteur dispose d'un délai de trente jours pour refuser par écrit cette proposition. Les modifications acceptées entrent en application au plus tôt un mois après l'expiration du délai précité de trente jours et au plus tard dans un délai compatible avec les obligations légales et

conventionnelles d'information des Assurés par le Souscripteur.

Cadre à respecter :

Lorsque l'Assureur souhaite modifier les cotisations à la date d'échéance de l'année suivante en cas d'aggravation de la sinistralité, de la variation du nombre d'agents adhérents ou encore des évolutions démographiques, il adresse sa demande au Souscripteur **180 jours au plus tard à compter de la date d'échéance**. Cette demande doit être accompagnée d'une étude documentée justifiant qu'au moins un des cas de majoration précités nécessite de modifier les taux de cotisations pour préserver l'équilibre du contrat d'assurance. L'Assureur indique dès lors pour chacune des garanties les nouveaux taux de cotisation qu'il entend appliquer. Le Souscripteur étudie la proposition :

- En cas d'acceptation des modifications tarifaires proposées par l'Assureur, les nouveaux taux de cotisation font l'objet d'un avenant aux conditions particulières,
- En cas de refus des modifications tarifaires proposées par l'Assureur, le Souscripteur peut résilier le présent contrat moyennant un préavis de deux (2) mois avant l'échéance.

Evolution des dispositions contractuelles à la demande du Souscripteur :

Lorsque le Souscripteur souhaite modifier les conditions contractuelles, il en informe l'Assureur par lettre recommandée avec accusé de réception en précisant sa demande. L'Assureur accuse réception de la demande et doit envoyer sa réponse au plus tard dans les 30 jours à compter de la réception de la demande. Dès lors :

- Soit le Souscripteur accepte la proposition de l'Assureur. Il l'informe par tout moyen à sa convenance et l'Assureur émet un avenant au présent contrat avec mention du contenu des évolutions contractuelle et de la date d'effet,
- Soit le Souscripteur refuse la proposition de l'Assureur, et une négociation s'engage pour parvenir à un accord. En cas d'accord, l'Assureur émet un avenant au présent contrat avec mention du contenu des évolutions contractuelle et de la date d'effet.

4. Gestion et pilotage

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

Adhésions	Les adhésions sont enregistrées directement par l'Assureur.
Cotisations	Les cotisations sont prélevées mensuellement à terme échu sur la paie des Assurés par le Souscripteur par précompte, puis reversées le mois suivant à l'Assureur.
Prestations	Les déclarations d'arrêts de travail et de demande de prestations sont réalisées par la DRH sur l'extranet mis à la disposition de l'Assureur.
Pilotage	Afin d'assurer la qualité du pilotage des engagements d'assurance du présent contrat collectif, l'Assureur participe au financement du pilotage de celui-ci (réunion annuelle du comité de suivi avec l'Assureur, contrôle des données et analyse du compte de résultat annuel établi annuellement par l'Assureur, état de gestion des dossiers, suivi des demandes éventuelles de majorations tarifaires de l'Assureur). Ce financement consiste en la prise en charge par l'Assureur au titre de ses frais de gestion, des frais de conseil de la société ALCEGA Conseil, enregistrée à l'ORIAS sous le numéro 12065199, de 3 500,00 € HT par an.

5. Réserves

Les réserves de l'Assureur aux conditions particulières et aux conventions spéciales doivent faire l'objet d'une énumération précise et exhaustive, être obligatoirement numérotées et faire référence aux articles des conventions spéciales concernées :

Numéro de la réserve	Articles des conventions spéciales	Réserves
1	Conventions Spéciales Prévoyance : Cessation de l'adhésion et cessation des prestations	<p>Afin de pouvoir maîtriser l'engagement de la Mutuelle Nationale Territoriale et de déterminer la tarification appropriée, il est nécessaire que le terme du bénéfice des garanties ainsi que le terme du versement des prestations soient clairement définis. Cela permet également aux adhérents de connaître de façon précise les limites du bénéfice des garanties et de la durée du versement des prestations.</p> <p>Cela nous amène à émettre les réserves suivantes :</p> <p>Garanties Indemnités journalières et Décès toutes causes : Les garanties cessent de produire effet au 67ème anniversaire du membre participant.</p> <p>Garanties Invalidité, Régime Indemnitaires Invalidité et Perte totale et irréversible d'autonomie : Les garanties cessent de produire effet au 62ème anniversaire du membre participant.</p>
2	Conventions Spéciales Prévoyance : Revalorisation des prestations	<p>L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (A.C.P.R) est très attentive aux modalités de revalorisation des rentes dans la mesure où il s'agit d'un engagement sur une durée très longue. En effet, la durée d'une rente invalidité peut atteindre 30 ans. Le niveau de revalorisation s'appliquant uniformément à l'ensemble des rentes, il doit pouvoir être maîtrisé par l'organisme d'assurance. Une indexation automatique des rentes sur un indice extérieur, non contrôlable par l'organisme d'assurance, ne peut, par conséquent, être mise en place. Toutefois, il peut être fait référence à un indice extérieur à condition que celui-ci soit maîtrisé par l'organisme d'assurance.</p> <p>la Mutuelle Nationale Territoriale définit le taux de revalorisation de la rente au 1^{er} juillet de chaque année en fonction des résultats annuels des garanties invalidité assurées par la Mutuelle Nationale Territoriale. La revalorisation s'effectue dans la limite de l'évolution de l'indice 100 majoré de la Fonction Publique constatée au cours des 12 derniers mois.</p>
3	Conditions Particulières : Montant de la prestation Indemnités journalières et invalidité	<p>Dans la continuité de la convention de participation en cours à la Mutuelle Nationale Territoriale, le montant de la prestation Indemnités journalières et invalidité est brut de tous prélèvements obligatoires (notamment la CSG et la CRDS) dus par l'adhérent conformément à la réglementation applicable. La prestation est versée déduction faite de l'ensemble de ces prélèvements.</p>
4		
5		

6. Choix du Souscripteur

Le souscripteur sélectionne :

_ L'hypothèse 1 :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
_ L'hypothèse 2 :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

7. Formation du contrat

Formation et signature du contrat collectif d'assurance

La signature des présentes conditions particulières vaut acceptation de l'ensemble des documents qui composent le contrat collectif d'assurance que sont, dans l'ordre d'application préférentielle :

- Les présentes conditions particulières,
- Les conventions spéciales,
- Le dossier contractuel de gestion,
- Les conditions générales de l'Assureur.

Seuls ces documents forment le contrat collectif d'assurance qui engage les parties.

L'Assureur rédige la notice d'information du contrat d'assurance en respectant scrupuleusement les dispositions des présentes conditions particulières et des conventions spéciales, qu'il adresse au Souscripteur pour validation préalable avant diffusion auprès des Assurés.



L'assureur s'engage à appliquer les dispositions contractuelles issues de ces documents précités, et à ne pas les réécrire ou les modifier tant sur la forme que sur le fond, et attribue un numéro de contrat dès l'acceptation par le Souscripteur.

Fait à : PARIS

Le : 07/06/2023

Pour l'Assureur

Prénom / Nom : Christophe ROPERCH
 Qualité : Directeur Adjoint
 Signature :

Pour le Souscripteur

Prénom / Nom :
 Qualité :
 Signature :

N° de contrat :