

CAHIER DES CLAUSES PARTICULIERES (C.C.P.)

PROLONGATION AU 18 aout 2023
suite aux précisions apportées dans le cadre du maintien du RI.

LOT UNIQUE

Collectivité territoriale :	Ville de LENS (coordonnateur pour le groupement Ville – Centre Communal Action Sociale « CCAS » de Lens)		
Adresse :	Mairie de Lens 17bis, place Jean Jaurès 62300 Lens		
Objet de la consultation :	Renouvellement d'une convention de participation « prévoyance » pour les agents de la Ville et du CCAS de LENS		
Date d'effet :	1 ^{er} janvier 2024 à 0 heure	Echéance annuelle :	31 décembre de chaque année à minuit
Terme / durée :	Reconduction automatique à l'échéance chaque année jusqu'au 31 décembre 2029 à minuit, sauf non-reconduction dans les conditions de résiliation fixées par le présent dossier d'offre.		
Préavis de résiliation :	Outre les conditions prévues au Code des Assurances et au code de la Mutualité modifiées par les dispositions ci-après, la convention est résiliable annuellement à l'échéance moyennant un préavis de 6 mois pour l'assureur (hors engagement tarifaire annexe 1 de l'acte d'engagement et 6 mois pour le souscripteur de la convention, 2 mois pour les agents. IMPORTANT : Le refus du préavis de 6 mois par le candidat entraine l'irrégularité de l'offre.		
Périodicité du paiement :	Facturation et paiement mensuels		
Indexation :	NON INDEXÉ		
Pièces annexées au présent C.C.P. :	Annexe 1 : Eléments concernant le personnel Annexe 2 : sinistralité assureur <u>L'annexe 1 est à solliciter auprès de l'adresse suivante : drh.gestiondupersonnel@mairie-lens.fr</u>		

ARTICLE 1 – DISPOSITIONS GENERALES

La Ville de LENS et son CCAS souhaitent renouveler une convention de participation « **PREVOYANCE** » pour l'ensemble de son personnel à effet du 1^{er} janvier 2024.

La convention de participation mise en œuvre devra être conforme, aux dispositions 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.

Garanties conformes au Décret no 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.

Le dispositif proposé par l'organisme assureur sera géré en CAPITALISATION.

Par capitalisation, on entend le maintien des garanties après le terme du contrat mis en place dans le cadre de la présente consultation pour les événements survenus pendant la période de garantie, sans limitation de temps : encore en cours à cette date, non encore déclarés ou faisant l'objet d'une rechute validée par l'autorité administrative.

L'ensemble des dispositions du présent cahier des clauses particulières constitue les conventions particulières du contrat. Ces dispositions sont réputées déroger à toutes conditions (générales, particulières, spéciales...) émises par l'organisme d'assurance titulaire dans le cadre du présent contrat et s'appliqueront par conséquent en priorité. Toutefois, dans le cas où les conditions de l'organisme d'assurance titulaire comporteraient des dispositions plus favorables aux intérêts de l'affilé, leur application reprendrait un caractère prioritaire qui aura été actée par une mise au point avant notification.

La convention sera accompagnée des documents contractuels (bulletin d'adhésion, notices d'informations, etc...) de l'**organisme d'assurance titulaire** (contrat à adhésion facultative) et devra tenir compte de la loi Eckert.

1.1 - Calcul et paiement périodique de la cotisation :

Les services du souscripteur effectueront le précompte sur salaire des cotisations à acquitter au titre de ladite convention et reverseront mensuellement les cotisations à l'organisme assureur retenu, à terme échu.

Les modalités de mise en place du précompte seront affinées ultérieurement avec le candidat retenu étant précisé que les bases mensuelles de cotisations seront mises à jour une fois par an en référence aux salaires du mois d'octobre de l'année N-1.

Pour les agents recrutés en cours d'année, la base sera déterminée en fonction du traitement à la date de recrutement jusqu'au 31 décembre de l'année en cours. Au-delà, la base sera déterminée en fonction de l'option choisie et appliquée au 1^{er} janvier de l'année suivante (référence traitement de l'agent du mois d'octobre de l'année N-1).

L'organisme d'assurance titulaire renonce à suspendre les garanties ou à résilier le contrat si le retard de paiement des cotisations est dû à l'exécution des formalités administratives auxquelles l'assuré est astreint en matière de comptabilité publique.

1.2 - Evolution du tarif :

En application des dispositions des articles 17 et 20 du décret 2011-1474 du 8 novembre 2011, , **l'organisme d'assurance titulaire s'engage sur la tarification remise dans son offre pour la durée de la présente convention.** Le dépassement des limites tarifaires prévues dans l'offre de l'organisme d'assurance titulaire n'est possible que dans les cas suivants et si le changement revêt **un caractère significatif** :

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

Dans tous les cas, l'engagement tarifaire figurant à la fiche de tarification est ferme.

Le souscripteur ne saurait être responsable du fait d'un taux de souscription bas. Il mettra tout en œuvre pour permettre à l'organisme d'assurance titulaire d'effectuer la communication et la promotion du contrat mis en place (réunion, diffusion de support...). **L'assureur s'engage à ne pas imposer de minimum d'adhésions pour assurer la pérennité du tarif.**

Indexation : sans objet.

En cas de révision des conditions tarifaires, l'organisme d'assurance titulaire devra faire parvenir au pouvoir adjudicateur avant le 1^{er} juin en lettre recommandée avec demande d'avis de réception pour une prise d'effet au 1^{er} janvier suivant un rapport justifiant le dépassement des limites tarifaires envisagé. Le pouvoir adjudicateur disposera d'un délai de 1 mois pour émettre, par courrier recommandé avec accusé de réception, un avis. Passé ce délai, en cas de silence du pouvoir adjudicateur, le dépassement des limites tarifaires envisagé pour l'année suivante par le prestataire sera réputé acquis.

Il est demandé à chaque soumissionnaire de se prononcer sur son éventuel engagement à maintenir sur plusieurs exercices le tarif (taux) fixé dans son offre ET conjointement à ne pas résilier la convention (fiche de tarification annexe 1 du dossier d'offre).

1.3 - Confidentialité :

L'organisme d'assurance titulaire de la convention s'engage vis-à-vis du souscripteur à maintenir secrets, ou confidentiels, tous renseignements, documents ou produits quelconques reçus à l'occasion de l'exécution de la convention. Ainsi le Titulaire ne pourra ni communiquer, ni divulguer, ni publier, ni faire état, de quelque manière que ce soit, de tels renseignements, documents ou produits.

Il s'engage à étendre cette obligation de confidentialité à l'ensemble des personnes qui interviendront pour son compte ou suite à sa demande dans la réalisation des prestations objet de la présente convention, y compris des sous-traitants. L'organisme d'assurance titulaire est également tenu au respect des règles relatives à la protection des données à caractère personnel auxquelles il a accès pour les besoins de l'exécution de la convention. Il reconnaît avoir pris connaissance notamment de l'article 29 et de l'article 41 modifié, de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et libertés à la protection des données nominatives qui pourraient s'appliquer à tout manquement de sa part.

Article 2 – GARANTIES ACCORDEES

La nature et l'étendue des garanties sont définies aux articles 2 et 3 et s'entendent à législation et réglementation constantes. Elles sont déterminées, de même que leurs expressions, leurs règles d'application et leurs modes de liquidation, compte tenu des dispositions réglementaires ou législatives.

Une solution de base et un complément de garantie sous la forme d'une Prestation Supplémentaire Eventuelle (PSE) sont demandées.

L'organisme d'assurance titulaire s'engage à veiller au respect du cadre légal et réglementaire, et à informer le souscripteur de toute non-conformité à ce cadre ou évolutions de ce cadre.

De son côté, le souscripteur mettra tout en œuvre pour permettre à l'assureur d'effectuer la communication et la promotion du contrat (réunion, diffusion de support...) notamment afin de permettre l'adhésion du plus grand nombre des agents du secteur public.

2.1 - TRAITEMENT DE REFERENCE :

A) **Pour l'assiette de cotisation :**

Traitement ou salaire de référence brut : Traitement brut indiciaire (TBI) + nouvelle bonification indiciaire (NBI) brut + Régime indemnitaire (RI) brut + indemnité de résidence brut

- TBI : traitement de base : indice de rémunération de l'agent x valeur du point ramené au temps de travail
- NBI : nombre de points d'indice attribué en fonction de l'activité concernée x valeur du point, ramené au temps de travail
- Indemnité de résidence : montant correspondant à 1% du traitement de base
- Régime indemnitaire : Le régime indemnitaire comprend l'ensemble des primes et indemnités susceptibles d'être octroyées aux fonctionnaires au titre des articles L 714-4 à L 714-13 du code général de la fonction publique et du décret n° 91-875 du 6 septembre 1991. Sont exclus, les remboursements de frais, les compensations de contraintes (astreintes par exemple), les indemnités d'insalubrité et, de manière générale, toutes les primes de sujétions versées en fonction du nombre de journées ou demi-journées effectivement travaillées. Il s'agit des primes et indemnités que l'agent aurait perçues s'il n'avait pas cessé son activité à la date de prise en charge.
En cas d'indisponibilité physique de l'agent, le Régime indemnitaire est suspendu dès le premier jour d'arrêt pour les motifs de congés de maladie ordinaire, de longue maladie et de longue durée.

B) **Comme base d'indemnisation :**

Le traitement de référence ci-dessus diminué des prélèvements sociaux obligatoires soit le traitement de référence net que l'agent aurait perçu s'il n'avait pas cessé son activité à la date de prise en charge. Les prestations versées aux agents suivent l'évolution du traitement de référence de l'assuré (exemple : avancement d'échelon),

- Pour les agents ayant une rémunération variable : sur la base du traitement (ou de la rémunération) brut des 12 derniers mois.

2.2 - MAINTIEN DU TRAITEMENT – INCAPACITE

2.2.1- nature de l'indemnité :

Elle a pour objet le paiement aux agents d'une indemnité journalière complémentaire pendant les périodes de congés suivantes :

- congé de maladie ordinaire
- congé de longue maladie
- congé de longue durée
- congé de grave maladie
- congé sans traitement pour raisons de santé
- mise en disponibilité d'office suite à épuisement des droits statutaires à congés maladie
- toute absence pour incapacité de travail reconnue comme telle par la sécurité sociale.
- en cas de de temps partiel thérapeutique, sur prescription médicale du médecin de prévention, le cas échéant après avis du comité médical ou de la commission de réforme, et à étudier au cas par cas.

L'organisme d'assurance titulaire garantit le versement au bénéficiaire d'indemnités journalières en cas de baisse du traitement consécutive à une incapacité de travail dont le fait générateur est survenu en cours d'assurance.

Est considéré comme atteint d'incapacité temporaire totale de travail tout agent en activité, obligé de cesser toute activité professionnelle suite à une maladie non professionnelle ou à un accident de la vie privée. L'agent concerné peut percevoir à ce titre des prestations de son employeur en application du statut de la fonction publique territoriale, ou du régime d'assurance maladie de la sécurité sociale. La garantie est due à partir du moment où l'agent ne perçoit plus son traitement.

2.2.2- niveaux d'indemnisation

Au plus 95% du traitement de référence diminué des cotisations et prélèvements sociaux obligatoires.

- le montant de l'indemnité versée par l'organisme d'assurance titulaire augmentée des prestations de l'employeur ou toute autre indemnité ne peut dépasser le niveau d'indemnisation fixé selon la solution retenue. En cas de dépassement les indemnités versées par l'assureur sont réduites à concurrence de ce montant.

2.2.3- versement de la prestation :

La prestation est servie mensuellement, à terme échu.

L'assureur garantit le versement au bénéficiaire d'indemnités journalières en cas de baisse du traitement consécutive à une incapacité de travail dont le fait générateur est survenu en cours d'assurance.

Suites aux échanges avec les candidats :

Le régime indemnitaire des agents en CLM/CLD à plein traitement fait actuellement l'objet d'une prise en charge par l'assureur. Il est donc souhaité un niveau de prise en charge similaire ».

Couverture du RI comme suit :

- apport de 95% en MO pendant le plein traitement/dès le 1er jour d'arrêt : OUI
- apport de 95% en MO pendant le demi-traitement : OUI
- apport de 95% en LM/LD pendant le plein traitement/dès le 1er jour d'arrêt : OUI
- apport de 95% en LM/LD pendant le demi-traitement : OUI

Indépendamment du maintien du régime indemnitaire, concernant le complément du demi-traitement :

Agents stagiaires et titulaires CNRACL ou détachés de la Fonction Publique d'Etat ou Hospitalière :

- Congé de maladie ordinaire : à partir du 91^{ème} jour d'arrêt et jusqu' au 365^{ème} jour inclus
- Congé de longue maladie : à partir du premier jour de la 2^{ème} année, et jusqu'à la fin de la 3^{ème} année
- Congé de longue durée : à partir du premier jour de la 4^{ème} année, et jusqu'à la fin de la 5^{ème} année
- Congé de longue durée contracté en service : à partir du 1^{er} jour de la 6^{ème} année, et jusqu'à la fin de la 8^{ème} année

Agents stagiaires et titulaires IRCANTEC relevant du régime général de la Sécurité Sociale :

- Congé de maladie ordinaire : à partir du 91^{ème} jour d'arrêt et jusqu' au 365^{ème} jour inclus
- Congé de grave maladie : à partir du premier jour de la 2^{ème} année, et jusqu'à la fin de la 3^{ème} année

Agents non titulaires de droit public IRCANTEC relevant du régime général de la Sécurité Sociale :

- Congé grave maladie :
 - agents ayant une ancienneté (toutes collectivités publiques confondues) égale ou supérieur à 3 ans : à partir du 1^{er} jour de la 2^{ème} année, et jusqu'à la fin de la 3^{ème} année.

2.2.4- cessation du service des prestations :

- le service des prestations cesse :
 - Le jour de la reprise d'activité,
 - À la fin de l'indemnisation par l'employeur au titre du statut de la fonction publique territoriale ou par l'assurance maladie au titre du régime général de la Sécurité sociale.
 - À la fin du contrat de travail pour un agent contractuel ;
 - À la date d'effet d'un congé parental ;
 - À la date d'effet d'une mise en disponibilité (pour convenance personnelle...)
 - À la liquidation d'une pension d'invalidité par le régime de base de l'agent,
 - À la date de la liquidation de la pension de retraite par le régime de base de l'agent, et au plus tard à 67 ans.
 - Lors du décès (ou PTIA) de l'agent.
 - En cas de démission ou de radiation des effectifs de la Collectivité.

Cas particulier :

Lorsque le versement d'une prestation est subordonné à une décision administrative ou médicale et que celle-ci tarde à être prononcée : sur simple demande de la collectivité et afin d'éviter de placer les agents bénéficiaires en difficultés financières, le prestataire s'engage à assurer la continuité de versement des prestations.

2.3 - RENTE D'INVALIDITE PERMANENTE

– nature de l'indemnité :

La garantie a pour objet le paiement aux agents, d'une rente en cas d'invalidité permanente survenue avant l'âge légal de départ à la retraite.

L'invalidité permanente est reconnue lorsque l'assuré remplit les conditions suivantes :

- Pour les assurés relevant du statut de la Fonction Publique Territoriale (Agents stagiaires et titulaires CNRACL ou détachés de la Fonction Publique d'Etat ou Hospitalière), lors de la mise à la retraite pour une invalidité reconnue par les organismes compétents.
- Pour les assurés relevant du régime général de la Sécurité Sociale (Agents stagiaires et titulaires IRCANTEC affiliés au régime général de la sécurité sociale ou agents titulaires de droit public IRCANTEC affiliés au régime général

de la sécurité sociale), lors d'une invalidité non imputable au service classée en 2ème ou 3ème catégorie au sens de l'article L.341-4 du code de la sécurité sociale.

– niveau d'indemnisation :

● **Au plus 95% du traitement de référence** évalué au moment de l'invalidité (**sans tenir compte du taux d'invalidité dès lors que l'agent se trouve dans une des situations ci-dessus reconnue par le régime de base**), diminué des cotisations et prélèvements sociaux obligatoires

Le montant de la prestation versée sous forme de rente, est au plus égal à 95% de la rémunération nette de référence au jour de la reconnaissance de l'invalidité. Elle est revalorisée, chaque 1er janvier, en fonction de la valeur du point de la fonction publique.

Aucun avancement ou reclassement à un grade ou à un échelon supérieur susceptible d'intervenir postérieurement à la date de prise en charge par L'organisme d'assurance titulaire au titre de la garantie "Invalidité Permanente", même à effet rétroactif, ne sera pris en considération : le grade, l'échelon et l'indice de l'assuré sont figés à cette date.

Règle de cumul :

Le montant de la rente versée par l'organisme d'assurance titulaire augmenté des prestations versées par la CNRACL, la Sécurité sociale ou de toute autre somme ou indemnité quelle qu'en soit la nature juridique, ne peut excéder 95% du traitement de référence net que l'adhérent aurait perçu s'il avait continué d'exercer son activité. En cas de dépassement de cette limite, l'organisme d'assurance titulaire réduit le versement de ses indemnités à due concurrence de ce montant.

– durée d'indemnisation :

La rente est servie mensuellement et à terme échu après épuisement des droits statutaires maladie, et - au jour de l'entrée en jouissance de la pension invalidité permanente.

La rente cesse d'être versée :

- à la reprise d'activité,
- lors de la liquidation de pension de retraite de l'agent,
- lors du décès de l'agent.

En cas de résiliation de la convention de participation, le service des prestations est maintenu, jusqu'au terme prévu dans les conditions fixées ci-dessus.

2.4 - REVALORISATION DES PRESTATIONS ET DU TRAITEMENT DE REFERENCE

Le montant des indemnités quotidiennes, de la rente d'invalidité et du traitement de référence des garanties en cas de décès est revalorisé, au plus tôt six mois, jour pour jour, après l'arrêt de travail de l'Assuré (ou de son décès pour la garantie Assurance en cas de décès du conjoint survivant), puis, lors de chaque modification de la valeur du point d'indice de la Fonction Publique Territoriale.

À la date de résiliation du contrat ou de suppression de la garantie dont est issue la prestation, l'organisme d'assurance titulaire cesse de revaloriser ; le niveau des revalorisations est alors maintenu à celui atteint à cette date.

2.5 - DECES OU PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (toutes causes) :

L'organisme d'assurance titulaire garantit le versement d'un capital en cas de décès ou perte totale et irréversible d'autonomie égal à **100% du traitement de référence annuel net**.

L'Assuré est réputé atteint de perte totale et irréversible d'autonomie, lorsqu'il remplit les conditions suivantes :

- il a reçu la notification par la Sécurité sociale de son classement en 3ème catégorie d'invalides (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), ou, en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, de la reconnaissance d'une incapacité permanente d'au moins 80 % avec majoration pour assistance d'une tierce personne, ou pour l'agent affilié à la CNRACL, sa capacité de travail est réduite des 2/3. La date de survenance de la perte totale et irréversible d'autonomie est fixée au jour de cette notification par la Sécurité sociale ou par la CNRACL.

Le versement du capital au titre de la perte totale et irréversible d'autonomie fait cesser la garantie DECES.

Le capital est versé au ou aux bénéficiaire (s) désigné (s) à l'article 4.12 ci- après.

2.6 - GARANTIE PERTE DE RETRAITE (PSE) :

Versement d'une rente viagère annuelle complémentaire à la pension de retraite servie par le régime vieillesse de l'assuré, en cas d'invalidité permanente survenue avant l'âge minimum légal de départ à la retraite, au titre du régime auquel l'agent est affilié.

Cette rente succède à la rente d'invalidité et ce jusqu'au décès de l'agent.

Terme de la prestation : Le décès du membre participant. En cas de résiliation du contrat de prévoyance collective, le service des prestations est maintenu au niveau atteint à la date d'effet de la résiliation, jusqu'au décès du membre participant.

L'ensemble du montant des pensions et retraites des régimes légaux et du complément de retraite servi par l'organisme d'assurance titulaire ne peut excéder le montant de retraite à taux plein prévu pour une carrière complète. En cas de dépassement de la limite, la prestation versée par l'organisme d'assurance titulaire est réduite afin de ne pas dépasser ce montant.

Article 3 – FORMULE DES GARANTIES

INCAPACITE	
SOLUTION DE BASE	95 % du traitement ou salaire de référence mensuel net
INVALIDITE	
SOLUTION DE BASE	95 % du traitement ou salaire de référence mensuel net
DECES	
SOLUTION DE BASE	100 % du traitement ou salaire de référence annuel net
PERTE DE RETRAITE	
PRESTATION SUPPLEMENTAIRE EVEN-TUELLE (PSE)	FACULTATIF POUR L'AGENT. Rente viagère au membre participant en cas de perte de retraite.

Article 4 – DISPOSITIONS PARTICULIERES

4.1 – Bénéficiaires des garanties

- ses agents stagiaires et titulaires affiliés à la CNRACL ou assimilés (agents détachés au sein de la collectivité pouvant cotiser à la CNRACL ou au régime des Pensions Civiles et Militaires),
- ses agents en contrat de droit public à durée indéterminée
- Ses agents en contrat de droit public à durée déterminée dont la durée du ou des contrats (sans interruption) est supérieure à 6 mois.

Pour autant et compte tenu du fait qu'un certain nombre de services fonctionnent avec des agents contractuels temporaires (remplacement maladie, congés, surcroît d'activités), les agents qui n'ont pas adhéré dans les 6 mois de leur recrutement et qui sont ultérieurement mis en stage ou recrutés en contrat sur poste permanent dans la collectivité, peuvent demander leur adhésion dans les 6 mois de ce nouveau contrat ou de cette mise en stage.

Les retraités ne sont pas concernés.

4.2- Il est convenu que les garanties s'exerceront **dès la prise d'effet de la convention** pour l'agent dont le bulletin d'adhésion aura été préalablement régularisé par l'organisme d'assurance titulaire (même s'il tombe en arrêt le jour de la date d'effet).

4.2.1- L'adhésion interviendra sans délai de carence ni questionnaire médical (aucune information médicale ne doit être recueillie) et **sans limite d'âge**, sous réserve de la transmission du bulletin d'adhésion individuel à l'organisme d'assurance titulaire :

- Dans un délai de 1 an à la date d'effet de la convention pour les agents en activité.
- Pour **les nouveaux embauchés**, non titulaires d'un contrat d'assurance prévoyance, dans un délai de 6 mois à compter de l'embauche (effet de l'adhésion : *au jour de l'envoi par les services du souscripteur vers l'organisme d'assurance titulaire*).

4.2.2- Les Agents en arrêt de travail pour raison médicale, ceux en mi-temps thérapeutique à la date d'effet de la convention pourront :

Sur demande de l'agent, dans un délai de 6 mois à compter la mise en place de la convention, **sans délai de carence ni questionnaire médical**, prétendre à la garantie dans les conditions suivantes :

- la/les pathologie(s) responsable(s) de l'arrêt de travail ainsi que les conséquences de la ou les pathologies sont exclues - l'indemnisation antérieure à la prise d'effet de la convention par un autre assureur perdurera -
- **la survenance d'une nouvelle pathologie à compter de la prise en garantie validée par** l'organisme d'assurance titulaire sera prise en charge.
- Les agents à temps partiel thérapeutique peuvent adhérer sans condition.

Ou

dans un délai de 6 mois à compter de la reprise effective de l'agent.

4.2.3- Les Agents revenant de congé parental ou de disponibilité pourront prétendre à la garantie dans un délai de 6 mois à compter de leur reprise effective d'activité, **sans délai de carence ni questionnaire médical** (effet de l'adhésion : au jour de l'envoi par les services du souscripteur vers l'organisme d'assurance titulaire).

4.2.4- Le soumissionnaire précisera les conditions qu'il entend appliquer en cas d'adhésion tardive d'un agent.

4.3- l'organisme d'assurance titulaire s'engage à prendre en compte sous 15 jours les modifications administratives et les variations d'effectif (radiations / démissions...).

4.4- Les assurés cessant d'appartenir à l'effectif de la collectivité ou du CCAS par suite d'un décès, de démission, de licenciement, ou de survenance du terme d'un contrat de travail, sont radiés de la garantie à la fin du mois de la démission, du licenciement, du terme du contrat de travail.

Les agents étant dans la situation d'une démission, d'un licenciement, ou d'une survenance du terme d'un contrat de travail, ont cependant la possibilité de souscrire auprès du même assureur un contrat individuel leur garantissant, pour le ou les mêmes risques, des prestations d'un niveau similaire à celui assuré par le présent contrat, et ce dans les conditions légales et réglementaires (Loi Evin). Les conditions d'adhésion et tarifs sont ceux applicables aux assurances individuelles. Aucun délai de carence, ni questionnaire médical n'est applicable. La garantie prendra effet au 1^{er} jour suivant la résiliation du contrat collectif.

4.5 – le calcul de l'indemnité journalière s'effectue sur la base **traitement de référence** diminué des cotisations et prélèvements sociaux obligatoires.

4.5.1- les modalités de calcul arrêtées par le candidat doivent être communiquées.

4.5.2- un état mensuel du décompte des sommes versées devra être adressé au service paie de la Collectivité.

4.6 - Les prestations seront revalorisées automatiquement selon l'évolution des rémunérations de la fonction publique et de l'avancement éventuel de l'agent concerné.

4.7 - En cas de résiliation de la convention, le service des prestations est maintenu au niveau atteint à la date d'effet de la résiliation jusqu'à la survenance d'un événement contractuellement prévu mettant fin à la garantie (reprise d'activité, retraite, décès...).

4.8 – L'organisme d'assurance titulaire s'engage à prendre en charge tout sinistre déclaré postérieurement au terme de la présente convention dont le fait générateur est survenu durant la période de validité de ladite convention.

4.9 - Le suicide est exclu au cours de la première année qui suit l'adhésion, sauf si l'adhésion fait immédiatement suite à un contrat de prévoyance comportant la garantie DECES.

4.10 - Il n'y a pas d'exclusion particulière pour :

- les accidents d'aéronef, les accidents de sport quel qu'il soit, pratiqué à titre amateur.
- lorsque l'agent est victime d'un attentat ou d'une agression à laquelle il n'a pas pris part (et en cas de légitime défense).

4.11 - Les garanties s'appliquent dans le monde entier pour des **séjours d'une durée inférieure à 3 mois consécutifs.**

4.12 – Le ou les bénéficiaires du capital décès sont :

La ou les personnes désignées de façon manuscrite par l'agent (assuré) auprès de l'organisme d'assurance titulaire. En l'absence de désignation nominative le capital est attribué suivant l'ordre de priorité suivant :

- au conjoint survivant non séparé de corps par un jugement définitif ;
- à défaut à la personne liée à l'assuré par un pacte civil de solidarité ou en concubinage déclaré et notoire (*justification d'une adresse commune*) ;
- à défaut aux enfants nés ou à naître ;
- à défaut aux ascendants ;
- à défaut aux héritiers.

4.13- L'agent peut quitter la convention / modifier les garanties en respectant **un délai de prévenance de 2 mois** avant l'échéance annuelle de la convention.

4.14- Chaque soumissionnaire produira à l'appui du dossier d'offre, **selon les dispositions de l'article 18 du décret 2011-1474 du 8 novembre 2011 et celles de l'arrêté du 8 novembre 2011 relatif aux critères de choix, reprise en détails à l'annexe 2 du dossier d'offre :**

4.14.1 : sur la base des deux hypothèses d'adhésions (adhésion totale et adhésion partielle), sous forme de tableau, le calcul des prévisions de transfert intergénérationnel égal à la somme des écarts constatées, pour chacun des adhérents d'un âge supérieur à 50 ans, entre les prestations versées et les cotisations correspondantes. **(Annexe 2B DOSSIER D'OFFRE).**

4.14.2 : une note décrivant la politique de développement et les prévisions d'adhésions sur la durée de la convention. Pour les 5 premiers exercices comptables de la convention, les comptes de résultats prévisionnels des opérations concernées sur la base de 2 hypothèses comparées :

- o L'ensemble de la population éligible adhère au dispositif ;
- o Seuls les agents envisagés selon les prévisions d'adhésion, adhèrent au dispositif.

- Une projection sur la durée de la convention de l'équilibre technique sur la base des hypothèses retenues avec prise en compte des évolutions de tarif prévue dans l'offre. **(Annexe 2C DOSSIER D'OFFRE).**

4.14.3 : Une note décrivant les moyens qu'il envisage de mettre en œuvre pour assurer la couverture des plus âgés et des plus exposés aux risques :

- o Thèmes de sensibilisation spécifiques,
- o Prévention adaptée.

(Annexe 2D DOSSIER D'OFFRE).

4.14.4 : Une note de gestion traitant :

- De l'organisation des liens avec la Collectivité,
- De la mise en place de la convention de participation,
- De la gestion des affiliés et des prestations,
- De la démarche qualité et certification
- Des services annexes proposés.

(Annexe 2E DOSSIER D'OFFRE).

4.14.5 : L'organisme d'assurance titulaire s'engage à animer les réunions d'informations préalables à la mise en œuvre du régime de prévoyance suivant un calendrier prévisionnel élaboré avec la Collectivité.

4.15- L'organisme d'assurance titulaire s'engage à transmettre à la Collectivité annuellement un compte de résultats, par analogie à l'article 15 de la loi EVIN :

- d'une part :
 - Les résultats de la consommation par exercice, déclinés par poste de garantie et mettant en évidence l'évolution du nombre de règlements effectués en regard du nombre de personnes assurées ;
 - Les provisions (avec indication des méthodes de calcul),
 - Les frais de gestion.

- d'autre part :
 - Les cotisations perçues hors taxes ;
 - Les produits financiers ;

À tout moment, sur demande de la Collectivité et sous un délai de 30 jours, L'organisme d'assurance titulaire lui communiquera l'état des sinistres réglés ou provisionnés sur l'exercice en cours.

4.16- L'organisme d'assurance titulaire produira à la Collectivité, au terme d'une période de trois ans et au terme de la convention, un rapport retraçant les opérations réalisées au vu des critères suivants :

- Le degré de solidarité entre les adhérents, intergénérationnelle, en fonction de la rémunération ;
- Les moyens destinés à assurer une couverture effective des plus âgés et des plus exposés aux risques.

Si ces critères n'ont pas été satisfaits, la Collectivité peut résilier la convention.

4.17 - L'organisme d'assurance titulaire est subrogé dans les droits de l'adhérent, victime d'un accident, dans son action contre le tiers responsable de l'accident, que la responsabilité du tiers dans l'événement soit totale ou partagée.

4.18 - Pendant la durée d'un « congé parental » ou « mise en disponibilité » certaines prestations supplémentaires (DECES ...) peuvent être maintenues sur demande de l'agent assuré et moyennant paiement de la cotisation par lui-même (il n'y aura pas de participation employeur versée).

4.19 – le délai de déclaration de sinistre **est fixé à 60 jours**. Les prestations sont versées **dans les 10 jours** qui suivent la réception des pièces justificatives réclamées par l'organisme d'assurance titulaire (ou notification de l'invalidité permanente par l'organisme habilité).

4.21 – Dès lors qu'aucune fiche de paie n'est établie, l'assuré est exonéré du paiement de la cotisation pendant la durée de versement de la prestation.

Article 5 – ELEMENTS D'INFORMATION TECHNIQUE

Se reporter aux documents :

- Annexe 1 au CCP - démographie et traitement (**cette annexe est à demander auprès de drh.gestiondupersonnel@mairie-lens.fr l'interlocuteur devra justifier son identité et ses compétences à accéder à des informations sensibles**).
- Annexe 2 au CCP - sinistralité assureur

Article 6- COUVERTURE ANTERIEURE

Au choix de l'agent :

- Niveau 1 : garanties « maintien de traitement 95% »
- Niveau 2 : garanties « maintien de traitement 95% » + « invalidité 95% »
- Niveau 3 : garanties « maintien de traitement 95% » + « invalidité 95% » + « perte de retraite »