



# Proposition d'assurance

Contrat des risques statutaires du personnel affilié à la CNRACL et affilié à l'IRCANTEC

Collectivité employant au plus 29 agents CNRACL souscrit par le Centre de Gestion de l'Orne



**sofaxis**

L'EXPERT EN ASSURANCE  
DU MONDE TERRITORIAL



[www.sofaxis.com](http://www.sofaxis.com)



ISO 9001, ISO 14001, OHSAS 18001  
EFQM Prize Winner 2002 / Label Egalité

## Pourquoi souscrire un contrat groupe plutôt qu'un contrat individuel ?

Vous bénéficierez ainsi :

- d'une sécurité financière grâce à la mutualisation des résultats des collectivités adhérentes,
- de la rapidité et de la transparence des remboursements,
- des services.

À l'issue de la procédure concurrentielle, la compagnie d'assurance retenue est CNP ASSURANCES.  
Le courtier gestionnaire est Sofaxis, certifié ISO 9001.

## LES PLUS DE NOTRE CONTRAT GROUPE

### UNE GESTION SOUPLE ET EFFICACE

- Délais de remboursement inférieurs à 10 jours.
- Tiers payant pendant la durée du contrat.
- Documents de gestion simplifiés établis à partir de formulaires types.
- Un interlocuteur unique pour un suivi personnalisé de vos dossiers.
- Recours contre les tiers responsables en cas d'accident d'un de vos agents.
- Aucune carence en maternité.
- Délai de déclaration des sinistres de 90 jours.

### DES PRESTATIONS INNOVANTES ET ADAPTÉES

- Bilan annuel statistique de votre absentéisme.
- Prise en charge et organisation de vos demandes de contre-visites et expertises médicales.
- Conseil médical spécialisé.
- Conseil et formation en prévention, hygiène et sécurité, ergonomie, organisation, motivation et démarche qualité.
- Assistance juridique.
- Aide à la réinsertion professionnelle.

### DURÉE DU MARCHÉ

- Le contrat groupe a été mis en place le 1er janvier 2017 pour une durée de 4 ans. Son terme est fixé au 31 décembre 2020.
- L'assurance prendra effet au plus tôt, le premier jour du mois suivant la réception de la déclaration d'intention par Sofaxis et ce quelle que soit la date de délibération de l'organe délibérant.

### RÉSILIATION

- Résiliation après sinistre : **L'assureur renonce à résilier le contrat pour sinistre (article R.113-10 du code des Assurances).**
- Préavis : En cours d'exécution, le contrat pourra être résilié par l'une ou l'autre partie, par lettre recommandée avec accusé de réception, sous réserve de l'observation d'un préavis de 6 mois pour l'assureur et de 4 mois pour l'avant l'échéance annuelle, la résiliation prenant effet le 31 décembre suivant à minuit.



## I - Notre proposition CNRACL (cochez la case de votre choix)

CNP ASSURANCES, par l'intermédiaire de Sofaxis, vous propose les conditions suivantes :

- Masse salariale globale des agents CNRACL pour l'année N-1 : .....
- Nombre d'agents affiliés à la CNRACL : .....

### TAUX GARANTI SUR LA DUREE DU MARCHE

<input type="checkbox"/>	Décès + Accident du Travail + Maladie Ordinaire + Longue Maladie/Maladie de Longue Durée + Maternité avec une franchise : - de 10 jours sur les risques Accident de travail et Maternité - de 15 jours sur le risque Maladie ordinaire	4.91 %
--------------------------	--	--------

Ces propositions s'entendent dans le cadre d'un contrat géré en CAPITALISATION sans reprise des antécédents.

## II – Notre proposition IRCANTEC (cochez la case de votre choix)

- Masse salariale globale des agents IRCANTEC pour l'année N-1 : .....
- Nombre d'agents affiliés à l'IRCANTEC : .....

### TAUX GARANTI SUR LA DUREE DU MARCHE

<input type="checkbox"/>	Accident du Travail + Maladie Ordinaire + Maladie Grave + Maternité avec une franchise de 10 jours par arrêt sur le risque Maladie ordinaire	1.00 %
--------------------------	--	--------

Cette proposition s'entend dans le cadre d'un contrat géré en CAPITALISATION sans reprise des antécédents.



## COUPON RÉPONSE\*

**\*TOUTES LES INFORMATIONS CI-DESSOUS SONT À COMPLÉTER OBLIGATOIREMENT POUR QUE LA COMPAGNIE PUISSE ÉTABLIR VOTRE/VOS CONTRAT(S)**

COLLECTIVITÉ  ÉTABLISSEMENT PUBLIC

Raison Sociale .....

Adresse .....

CP ..... Ville .....

Tél. .... Fax.....

Adresse mail .....

N° SIRET.....

Nom du contact de la collectivité .....

Trésorerie de rattachement ..... N° codique du poste comptable .....

**L'ASSURANCE PRENDRA EFFET À LA DATE SOUHAITÉE : ..... ET AU PLUS TÔT, LE PREMIER JOUR DU MOIS SUIVANT LA RÉCEPTION DE LA DÉCLARATION D'INTENTION PAR SOFAXIS ET CE QUELLE QUE SOIT LA DATE DE DÉLIBÉRATION DE L'ORGANE DÉLIBÉRANT.**

Après avoir pris connaissance des principaux éléments du contrat de référence proposé par le Centre de Gestion, en application de l'article 26 de la Loi du 26 janvier 1984 modifiée, demande à adhérer au contrat groupe du Centre de Gestion.

Fait à ..... le .....

Le Maire ou le Président :

*Cachet de la collectivité ou de  
l'établissement public*

À retourner par fax au Centre de Gestion l'ORNE au 02.33.80.64.99  
Et à confirmer ultérieurement par une délibération du Conseil Municipal  
ou du Conseil d'Administration de la Collectivité