**COUPON-RÉPONSE A RETOURNER AU PLUS TOT**

**DATE DE RETOUR 29/02/2024**

Collectivité :

Nom, prénom :

Fonction :

**Atteste que** le nombre d’agent affiliés à la caisse CNRACL au 01/01/2024 est de :

Cases à cocher, selon la situation :

**Ne souhaite** pas participer à la démarche.

**Souhaite participer à la démarche et** : *(cases à cocher)*

**si le nombre d’agent est inférieur ou égal à 30 agents affiliés CNRACL :** indique par ce coupon-réponse se joindre à la procédure de mise en concurrence pour la passation d’une convention de participation pour le risque statutaire à effet au 1er janvier 2025.

*Le Centre de gestion souscrivant un contrat pour le compte d’un ensemble de collectivité non définies, une délibération n’est pas nécessaire.*

*Que vous soyez actuellement adhérent au contrat ou non, vous n’avez à fournir aucune information supplémentaire.*

**si le nombre d’agent est supérieur à 30 agents affiliés CNRACL :**

* donne mandat au Centre de gestion de l’Indre de procéder pour son compte à une demande de tarification pour un contrat d’assurance statutaire à effet au 1er janvier 2024
* transmets **au plus tard le 29/02/2024**, une délibération accordant ce mandat *(modèle joint)*
* Tous les arrêts sont déclarés à l'assureur (y compris ceux inférieurs à la franchise) oui non

**Pour les collectivités de 30 agents affiliés CNRACL adhérentes** **actuellement au contrat groupe**,

Votre collectivité fera l’objet d’une tarification spécifique dans le cahier des charges en lien avec votre sinistralité. Pour l’établissement de cette tarification, ce sont les garanties pour lesquelles vous êtes actuellement assurés qui seront retenues.

Si vous souhaitiez faire tarifer optionnellement des garanties supplémentaires, nous vous remercions de transmettre au Centre de gestion, **avant le 29/02/2024**, les statistiques pour les années 2021, 2022 et 2023, selon le modèle joint.

**Pour les collectivités de plus de 30 agents non adhérentes** **actuellement au contrat groupe**, nous vous remercions :

* de joindre la statistique de votre assureur *(modèle de demande ci-après)*
* de compléter et transmettre **avant le 29/02/2024**, la feuille statistique jointe.

Précisions sur le contrat :

Le contrat est destiné à couvrir tout ou partie des risques suivants :

* Agents affiliés à la CNRACL. : décès, accident de service & maladie contractée en service, maladie ordinaire et temps partiel thérapeutique sans lien avec un arrêt préalable, longue maladie & maladie de longue durée, maternité, paternité et accueil de l’enfant, temps partiel thérapeutique consécutif à un arrêt, mise en disponibilité d'office, infirmité de guerre, allocation d’invalidité temporaire ;
* Agents affiliés IRCANTEC : accident du travail & maladie professionnelle, maladie ordinaire, grave maladie, maternité, paternité et accueil de l’enfant, reprise d’activité partielle pour motif thérapeutique.

Il prend effet au 1er janvier 2025, pour une durée de 4 ans et est géré sous le régime de la capitalisation.

**J'ai bien noté que participer à la consultation n'impose pas à la collectivité d'adhérer au contrat.**

Date, cachet, signature