**CONTRAT GROUPE D’ASSURANCE STATUTAIRE**

**01/01/2025 au 31/12/2029**

**COUPON REPONSE**

Collectivités / Etablissement comptant **plus de 30 agents CNRACL**

**A retourner impérativement dans les meilleurs délais**

**et au plus tard pour le 30/11/2024** à l’adresse suivante : assurances@cdg51.fr

La Commune / Etablissement (raison sociale de la collectivité)

Nom, prénom : Fonction :

Téléphone : Adresse mail

**Atteste que** le nombre d’agent affiliés à la caisse CNRACL est **supérieur à 30 agents (effectif au 1er janvier 2025)**

[ ]  **Souhaite participer à la consultation pour la souscription du contrat groupe d’assurance statutaire mise en place par le Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale de la Marne à effet du 1er janvier 2026 pour 4 ans.**

Le contrat devra couvrir tout ou partie des risques suivants :

[ ]  Agents affiliés à la C.N.R.A.C.L. *:* *Nombre d’agents concernés* :

|  |  |
| --- | --- |
|  | Franchises |
| [ ]  Maladie ordinaire (incluant accident de vie privée) **(3)** |  |
| [ ]  Accident de service/maladie professionnelle (3) |  |
| [ ]  Maternité / adoption / paternité |  |
| [ ]  Longue maladie / longue durée **(3)** |  |
| [ ]  Décès / invalidité |

*(3) :Ces risques incluent la disponibilité d’office et le temps partiel thérapeutique*

[ ]  Agents relevant du régime général et de l’IRCANTEC. : accident du travail & maladie professionnelle, maladie ordinaire, grave maladie, maternité, paternité et accueil de l’enfant,

*Nombre d’agents concernés* : …………………………………………………………

A l’issue de la consultation, la Commune / l’Etablissement gardera la faculté d’adhérer ou non aux contrats souscrits.

**Pour le 30 novembre 2024 au plus tard :**

* **Le présent coupon réponse précisant les garanties et franchises souhaitées,**
* **La délibération de la collectivité, ou si elle ne pouvait intervenir avant cette date, la déclaration d’intention**

***Dans ce cas, merci d’indiquer la date prévue de la délibération :***

**Pour le 31 janvier 2025 au plus tard :**

* **L’état statistique selon modèle ci-joint,** **pour les collectivités non adhérentes à l’actuel contrat géré par le CDG, ET pour les adhérentes, uniquement dans le cas où elles souhaitent une tarification sur des risques non assurés**

Pour adhérer, les documents suivants sont à adresser au Centre de gestion :

[ ]  **Ne souhaite pas participer à la consultation pour la souscription du contrat groupe d’assurance statutaire mise en place par le Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale de la Marne**

   Date, cachet,

fonction et signature