**CONTRAT GROUPE D’ASSURANCE STATUTAIRE**

**01/01/2026 au 31/12/2029**

**COUPON REPONSE**

Collectivités / Etablissement comptant **jusqu’à 30 agents CNRACL maximum**

**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 **inférieur ou égal à 30 agents (effectif au 1er janvier 2025)**

**indique par ce coupon-réponse se joindre à la procédure de mise en concurrence pour la passation d’un contrat groupe pour le risque statutaire à effet au 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. : décès, accident de service & maladie contractée en service, maladie ordinaire, longue maladie & longue durée, maternité, paternité et accueil de l’enfant, temps partiel thérapeutique, mise en disponibilité d'office, infirmité de guerre, allocation d’invalidité temporaire ;

*Nombre d’agents concernés* :

Et/ou

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 / Etablissement gardera la faculté d’adhérer ou non aux contrats souscrits.

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

**Ne souhaite pas participer à la consultation pour la souscription d’un 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