

GUIDE DE GESTION

PREVOYANCE



SOMMAIRE

7	NOS COORDONNEES	3
7	ADHESIONS	4
7	COTISATIONS.....	6
7	PRESTATIONS.....	8
7	OBLIGATION TRACFIN ET SERVICE QUALITE.....	15
7	CONTROLE MEDICAL.....	16
7	ANNEXES	17





NOS COORDONNEES

N'hésitez pas à nous contacter pour toutes demandes relatives à vos arrêts de travail, modalités de remboursement, affiliations, cotisations, etc, ...

Nos coordonnées pour toute correspondance :

COLLECTeam
Centre de Gestion Prévoyance
13 rue Croquechâtaigne
BP 30064
45380 LA CHAPELLE SAINT MESMIN

POLE ADHESION

Mail adhesion-fpt@collecteam.fr
Tel 02.36.56.01.65

POLE COTISATION

Mail gestion-cot@collecteam.fr
Tel 02.36.56.00.80

POLE INCAPACITE FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE

Mail gestion-fpt@collecteam.fr
Tel 02.36.56.00.56

POLE INVALIDITE

Mail gestion-inv@collecteam.fr
Tel 02.36.56.00.99

POLE DECES

Mail gestion-deces@collecteam.fr
Tel 02.36.56.00.89

CONTROLE MEDICAL

Mail controlemedical@collecteam.fr
Tel 02.36.56.01.33



SITE INTERNET

Connectez-vous sur www.collecteam.fr et rendez-vous sur la rubrique « contact »



CONTACT AGENTS

Vos agents ont besoin de renseignements, ils souhaitent comparer leurs garanties actuelles avec celles proposées par votre intermédiaire

Mail crc@collecteam.fr
Tel 02.36.56.00.02





ADHESIONS

■ AFFILIATION DES AGENTS

- Remettre à chaque agent le résumé des garanties l'informant des prestations proposées dans le cadre du contrat de prévoyance.
- Faire compléter à chaque agent concerné le bulletin individuel d'adhésion (Cf. annexe) au contrat prévoyance afin qu'il signifie son adhésion et choisisse le cas échéant les options retenues en terme de niveau des garanties.
- Vérifier :
 - la conformité des Bulletins Individuels d'Adhésion à l'aide de notre fiche de contrôle (Cf. annexe),
 - le respect des conditions d'adhésion (ex : l'agent ne doit pas être en situation d'arrêt de travail, ...).
- **Adresser chaque mois l'ensemble des nouveaux Bulletins Individuels d'Adhésion complétés, signés par vos agents et validés par vos services RH (cachet de l'employeur) à :**

COLLECTeam
Service Adhésions de la Fonction Publique Territoriale
13 rue Croquechâtaigne
BP 30064
45380 LA CHAPELLE ST MESMIN
Tél : 02 36 56 01 65
Mail : adhesion-fpt@collecteam.fr

Nous attirons votre attention sur le fait que tout bulletin incomplet ou erroné sera considéré comme nul.

■ MISE EN PLACE DU CONTRAT

A chaque nouvelle affiliation, il conviendra de mettre en œuvre sur la paie le précompte afin d'assurer votre agent conformément au contrat.

■ MODIFICATIONS ADMINISTRATIVES

Il convient de nous informer des modifications suivantes :

- Changement de statut,
- Changement d'adresse,
- ...

Dans tous ces cas de figure, il convient de compléter le bulletin de modification / radiation, le faire signer par l'agent et tamponner par votre service RH.



CHANGEMENTS D'OPTIONS ET RADIATIONS

Toutes modifications, radiations devront être communiquées à COLLECTeam :

Changement d'options

Les agents peuvent modifier leurs choix d'options :

- Au 1^{er} janvier de chaque année sous réserve que la demande soit présentée avant le 31 octobre de l'exercice précédent,
- A tout moment en cas de changement de situation de famille (mariage, PACS, divorce, naissance, etc...) sous réserve que l'agent en fasse la demande auprès de COLLECTeam dans le mois suivant l'évènement. Les nouvelles garanties prennent effet au 1^{er} jour du mois suivant la demande.

En cas de changement d'option, l'agent devra compléter également un nouveau bulletin d'adhésion pour valider la modification.

Nous attirons votre attention sur le fait qu'aucune modification d'option ne peut intervenir dès lors que des prestations sont servies ou que le dossier d'indemnisation est en cours d'instruction.

Radiations / Mutations

- Les agents peuvent procéder à la résiliation de leur adhésion individuelle sous réserve d'adresser leur demande en **courrier recommandé avec accusé réception avant le 31 octobre de l'exercice**. La radiation prend effet au 31 décembre de l'exercice.
- En cas de départ de la collectivité, la radiation prend effet à la date de sortie des effectifs. A cet effet, nous vous invitons à compléter le bulletin de modification/radiation (cf. annexe).





COTISATIONS

■ CALCUL DES COTISATIONS

Les cotisations sont établies en fonction de :

■ L'assiette de cotisation retenue, soit :

- Traitement de Base Indiciaire brut + Nouvelle Bonification Indiciaire brute + Régime Indemnitaire brut (si option choisie).

■ Les options retenues par l'agent

Attention, les cotisations s'appliquent sur la totalité de l'assiette retenue : 100% du BRUT (sans IR et SFT).

■ APPEL DE COTISATIONS

■ Appel de cotisation mensuel

Un appel de cotisations vous est transmis chaque mois, le 5 du mois précédant. Il conviendra de renseigner le nombre d'adhérents ainsi que la masse salariale pour chacune des options, et nous le retourner sous quinzaine.

■ Etat nominatif

Nous vous remercions de nous adresser par mail : gestion-cot@collecteam.fr lors du 1^{er} appel de cotisation de l'année N, un fichier Excel arrêté au 31/12/N-1, reprenant l'ensemble du personnel affilié au contrat de prévoyance, complété des informations suivantes :

Collectivité	Code budget (facultatif)	Nom	Prénom	Numéro SS	Statut agent (titulaire ou autre)	Mois paie	Mois valeur	Code prévoyance ou taux de cotisation	Assiette cotisation	Total cotisation
--------------	--------------------------	-----	--------	-----------	-----------------------------------	-----------	-------------	---------------------------------------	---------------------	------------------

Il convient d'indiquer en objet de votre mail : « Etat nominatif année 20XX- RAISON SOCIALE et DEPARTEMENT de votre collectivité ».



PAIEMENT DES COTISATIONS

- Le paiement des cotisations s'effectue mensuellement à terme échu, conformément à votre choix sur l'appel de cotisation à :

DENOMINATION SOCIALE	COLLEcteam
N° R.C.S.	ORLEANS 422 092 817 – N° de Gestion 1999 B 190
N° SIRET	422 092 817 00028
N° SIREN	422 092 817
CODE NAF	6622Z

- Les règlements sont à effectuer par virement bancaire

Domiciliation	LCL BDI ORLEANS
Code banque	30002
Code guichet	07620
N° de compte	0000466221K
Clé	89
IBAN	FR72 3000 2076 2000 0046 6221 K89
BIC	CRLYFRPP

Lors du règlement, **il est impératif de mentionner dans le libellé du virement la référence « APP » figurant sur l'appel de cotisations. Ce code « APP » est spécifique à chaque collectivité et change chaque mois sous l'architecture suivante :**

APP + N° client + M + Période (mois) + Année

A défaut, votre paiement ne pourra être pris en compte.

Par exemple :

- En cas de paiement mensuel, pour le mois de juin le code serait : APP XXXXXX M 06 2017

APP	XXXXXX	M	06	2017
-	<i>Code client</i>	<i>Appel de cotisation mensuel</i>	<i>Mois</i>	<i>Année</i>

Pour toute information complémentaire, n'hésitez pas à contacter notre service cotisation :

POLE COTISATION	
Mail	gestion-cot@collecteam.fr
Tel	02.36.56.00.80






PRESTATIONS

Les demandes de prestations sont effectuées par la collectivité auprès de COLLECteam.

Un RIB du bénéficiaire des prestations devra être transmis lors de la première demande d'indemnisation et à chaque changement de domiciliation bancaire.

PIECES NECESSAIRES AU REGLEMENT DES PRESTATIONS INCAPACITE

 En cas d'arrêt de travail **initial**

JUSTIFICATIFS À NOUS ADRESSER	AGENTS TITULAIRES OU STAGIAIRES AFFILIES A LA CNRACL	AGENTS TITULAIRES, STAGIAIRES, NON TITULAIRES, AFFILIES AU REGIME GENERAL ET A L'IRCANTEC
Formulaire de prestations incapacité de travail ou déclaration faite en ligne via CONNECTeam	•	•
En cas de MO : l'arrêté précisant les périodes de plein et demi-traitement avec une date de fin de période d'indemnisation. A DEFAUT : La copie des avis d'arrêt de travail depuis le 1er jour d'arrêt + planning médical (liste de pointage) précisant les périodes de plein et demi-traitement.	•	•
Le dernier bulletin de salaire précédant le 1er jour d'arrêt de travail, soit la date de début de l'arrêt.	•	•
La copie de l'avis d'arrêt de travail initial	•	
Pour les assistantes familiales / assistante maternelle / agents de droit privé : les 12 bulletins de salaire précédant l'arrêt initial		•
Décomptes de la Sécurité Sociale		•
En cas LM/LD/DO : l'arrêté pour l'octroi et le renouvellement précisant les périodes de plein et demi-traitement avec une date de fin de période d'indemnisation.	•	•
Le(s) bulletin(s) de salaire où figure les primes exceptionnelles (si assurées).	•	•



📄 En cas de **prolongation** d'arrêt de travail

JUSTIFICATIFS A NOUS ADRESSER	AGENTS TITULAIRES OU STAGIAIRES AFFILIES A LA CNRACL	AGENTS TITULAIRES, STAGIAIRES, NON TITULAIRES, AFFILIES AU REGIME GENERAL ET A L'IRCANTEC
En cas de MO : L'arrêté de prolongation précisant les périodes de plein et demi-traitement avec une date de fin de période d'indemnisation. A DEFAUT : La copie des avis d'arrêts de travail + le planning médical (liste de pointage) précisant les périodes de plein et demi-traitement.	•	•
En cas de LM/LD/DO : l'arrêté de prolongation précisant les périodes de plein et demi-traitement avec une date de fin de période d'indemnisation.	•	•
Décomptes de la Sécurité Sociale		•

L'assureur se réserve le droit de demander toutes autres pièces nécessaires à l'instruction du dossier.

📄 **DÉLAIS DE DECLARATION RELATIFS AUX PRESTATIONS INCAPACITE**

Compte tenu de la réglementation actuelle, les assureurs, quel que soit leur statut (compagnie, institutions de prévoyance, mutuelles) ont des obligations légales strictes à respecter en matière de provisionnement des arrêts.

Afin de respecter ces obligations légales, tout en vous permettant de bénéficier d'un délai raisonnable pour nous communiquer vos demandes de prestations complémentaires, nous attirons votre attention sur le fait que **le délai contractuel de déclaration des arrêts est de 90 jours, à compter de l'expiration du délai de franchise (soit à compter du passage à demi-traitement) pour les arrêts initiaux.**

Passé ce délai, les prestations prendront effet à la date de réception de la déclaration et de l'ensemble des justificatifs.



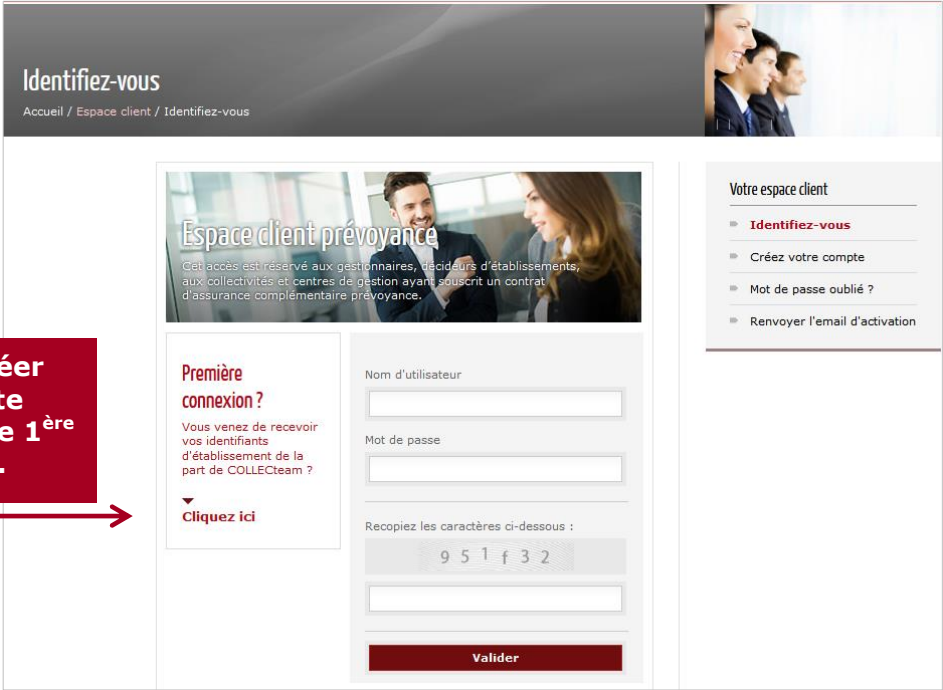
OUTIL DE GESTION DES PRESTATIONS PREVOYANCE

Notre outil de gestion nous permet de vous proposer des modalités de gestion qui simplifient et fiabilisent vos déclarations d'arrêt maladie grâce à la déclaration en ligne par le biais de CONNECTeam.

Pour vous inscrire il vous suffit de nous retourner complété et signé le formulaire d'inscription pour que nous puissions identifier les personnes habilitées à utiliser CONNECTeam. Les données consultées sont confidentielles et ne doivent pas être communiquées, dans le respect de la loi informatique et liberté.

A réception de ce document, nous vous enverrons vos codes d'identification pour accéder à votre espace client en vous connectant sur notre site internet : www.collecteam.fr.

Pour vous identifier, rien de plus simple :



Identifiez-vous
Accueil / Espace client / Identifiez-vous

Espace client prévoyance
Cet accès est réservé aux gestionnaires, décideurs d'établissements, aux collectivités et centres de gestion ayant souscrit un contrat d'assurance complémentaire prévoyance.

Première connexion ?
Vous venez de recevoir vos identifiants d'établissement de la part de COLLECTeam ?
[Cliquez ici](#)

Nom d'utilisateur

Mot de passe

Recopiez les caractères ci-dessous :
9 5 1 f 3 2

Valider

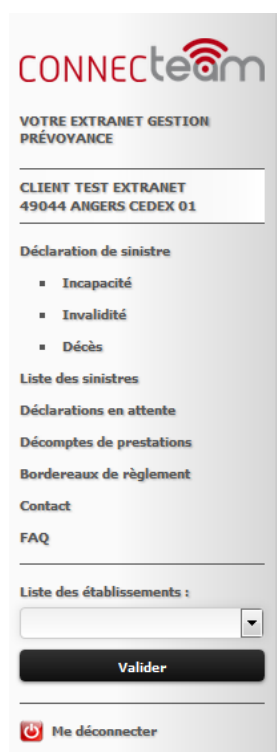
Votre espace client

- Identifiez-vous**
- Créez votre compte
- Mot de passe oublié ?
- Renvoyer l'email d'activation

Une fois dans votre espace client vous devez cliquer sur Extranet Prévoyance.



Puis vous avez accès aux services suivants :



Déclaration des arrêts

Une fois dans votre espace personnel vous avez la possibilité de déclarer vos arrêts de travail en ligne en ajoutant des pièces justificatives.

Vous pouvez également simplement indiquer les cas de prolongations sur des arrêts déjà existants.

Un récépissé de confirmation de votre déclaration vous est communiqué pour chaque déclaration effectuée, récépissé que vous pouvez enregistrer.

Si l'adresse de l'assuré a changé vous pouvez la modifier directement sur l'extranet.

Liste des sinistres

Vous pouvez consulter tous les arrêts déclarés et traités par notre centre de gestion. Pour les déclarations incomplètes, vous pouvez joindre des pièces complémentaires si nécessaire et effectuer des prolongations.

Déclarations en attente

Ce sont les déclarations effectuées en ligne en attente de traitement par nos services.

Vous pouvez également ajouter des pièces complémentaires si nécessaire et effectuer des prolongations.

Décomptes de prestations

Vous pouvez télécharger (format Excel) vos décomptes de prestations prévoyance en faisant une recherche par date.

Bordereaux de règlement

Vous pouvez télécharger (format PDF) vos bordereaux de règlement de prestations prévoyance.

Contact

Cet espace vous permet de nous poser des questions ou de nous adresser tout message.

FAQ

Vous retrouverez toutes les réponses aux questions les plus fréquentes qui nous sont posées sur la prévoyance complémentaire et sur nos modalités de gestion.

Notre objectif est d'améliorer en continu notre outil de gestion ainsi que les modalités qui en découlent pour vous offrir une gestion optimale et de qualité.



GESTION DES INDUS

Ces indus portent sur les sommes perçues au titre de la maladie ordinaire (en complément du demi-traitement) lors de la reconnaissance du passage en longue maladie ou en longue durée de l'agent. Ces prestations donnent lieu à un reversement à l'assureur.

Les indus sont notifiés, à la collectivité ou à l'agent, qui procédera au remboursement à COLLECTeam du trop-perçu.

Pour faciliter le traitement du dossier, **le nom et le prénom du dossier concerné par l'indu sont à notifier dans le libellé lors du virement.**

Attention, ce virement devra se faire sur un compte spécifique dédié aux indus différents de celui des cotisations classiques.

Domiciliation	LCL BDI ORLEANS
Code banque	30002
Code guichet	07680
N° de compte	0000062472V
Clé	36
IBAN	FR81 3000 2076 8000 0006 2472 V36
BIC	CRLYFRPP



PRESTATIONS INVALIDITE / DECES

Afin d'optimiser le règlement de ces dossiers complexes, nous vous invitons à contacter par téléphone le Pôle Invalidité / Décès pour un accompagnement personnalisé tout au long de la procédure.

POLE INVALIDITE		POLE DECES	
Mail	gestion-inv@collecteam.fr	Mail	gestion-deces@collecteam.fr
Tel	02.36.56.00.99	Tel	02.36.56.00.89

Nous vous rappelons que les bénéficiaires des garanties décès figurent sur le formulaire de désignation décès. Si la désignation type ne correspond pas aux souhaits de l'agent, celui-ci devra compléter un formulaire de désignation spécifique.

Agents IRCANTEC

	DOCUMENTS A TRANSMETTRE	A L'ORIGINE	CHAQUE MOIS	CHAQUE ANNEE
Employeur	Formulaire de prestations invalidité	●		
	Les 12 derniers bulletins de salaire précédant l'arrêt de travail du fait générateur	●		
	Attestation de situation de présence ou non au sein des effectifs	● ⁽²⁾		
Agents IRCANTEC	Notification d'attribution de pension d'invalidité et titre de pension émanant de la Sécurité Sociale	●		
	Certificat médical original précisant la cause de l'invalidité sous pli « Confidentiel – Secret Médical »	●		
	Le justificatif de paiement de la rente de la Sécurité Sociale	●	● ⁽¹⁾	● ⁽²⁾
	Attestation sur l'honneur de non activité rémunérée ou justificatifs des salaires perçus ou prestations Pôle emploi	●	● ⁽¹⁾	● ⁽²⁾
	Photocopie de l'avis d'imposition de l'année N-2	●		●
	RIB de l'invalidé au format IBAN	●		
	Pièce d'identité en cours de validité	●		

(1) Pour les salariés en 1^{ère} catégorie d'invalidité

(2) Pour les salariés en 2^e et 3^e catégorie d'invalidité



Agents CNRACL

	DOCUMENTS A TRANSMETTRE	A L'ORIGINE	CHAQUE MOIS	CHAQUE ANNEE
Employeur	Formulaire de prestations invalidité	•		
	Les 12 derniers bulletins de salaire précédant l'arrêt de travail du fait générateur	•		
	Arrêté de radiation des cadres	•		
Agents CNRACL	Le brevet de pension CNRACL et le décompte définitif	•		
	Certificat médical original précisant la cause de l'invalidité sous pli « Confidentiel – Secret Médical »	•		
	L'attestation de paiement de pension CNRACL	•	•	•
	Attestation sur l'honneur de non activité rémunérée ou justificatifs des salaires perçus ou prestations Pôle emploi	•	•	•
	Photocopie de l'avis d'imposition de l'année N-2	•		•
	RIB de l'invalidé au format IBAN	•		
	Pièce d'identité en cours de validité	•		





OBLIGATION TRACFIN ET SERVICE QUALITE

OBLIGATION TRACFIN

Dans le cadre de nos relations professionnelles et afin de satisfaire aux obligations découlant de l'ordonnance n°2009-104 du 30 janvier 2009 relative à la prévention de l'utilisation du système financier aux fins de blanchiment de capitaux et de financement du terrorisme codifiées aux articles L561-2 et suivants et R561-2 et suivants du Code Monétaire et Financier, nous vous prions de bien vouloir nous faire parvenir les éléments suivants :

- Pour les sociétés : Un extrait KBis original ou certifié conforme de moins de 3 mois,
- Pour les associations : les statuts certifiés conformes ou une copie de la déclaration faite en préfecture,
- Pour la personne physique représentante de la personne morale : une copie recto-verso d'un document officiel (Carte Nationale d'Identité, Passeport, Permis de Conduire, Carte de Séjour) en cours de validité comportant la photographie du représentant,
- Si le représentant n'est pas identifié sur le Kbis ou sur les statuts, un exemplaire de la décision lui conférant ce pouvoir.

SERVICE QUALITE

COLLECTeam a reçu le label « PLATINUM » ACTU-GESTION® délivré par ACTUARIS avec un taux de conformité de plus de 90% au référentiel sur ses activités de gestion.

AUDIT ACTU-GESTION®



LABEL PLATINUM décerné à COLLECTeam

Ce label constitue une reconnaissance de notre qualité de gestion et de nos systèmes de contrôle.

Nous mettons à votre disposition une adresse mail dédiée en cas de mécontentement : reclamation@collecteam.fr





CONTROLE MEDICAL

Pour rappel, en cas d'arrêt de travail, l'assuré doit adresser un certificat médical à sa collectivité dans les 48 heures suivant le début de son arrêt. Le certificat doit comporter l'adresse précise où il peut être contrôlé ainsi que les horaires de visite.

LE PRINCIPLE

Le contrôle médical permet de :

- ☑ vérifier la validité de l'arrêt de travail en cours,
- ☑ contrôler l'absence d'activité rémunérée pendant l'arrêt de travail,
- ☑ justifier une demande de réintégration à son poste initial avant le terme de l'arrêt,
- ☑ démontrer le bien-fondé de certains congés maladie, afin de lever les éventuelles suspicions,
- ☑ éviter les prolongations d'arrêt de travail,
- ☑ mieux estimer la durée probable d'un arrêt ou d'une prolongation d'arrêt de travail.

COLLECTeam organise la contre-visite sous 48H ouvrées à domicile ou au cabinet du médecin.

LA PROCEDURE

COLLECTeam se charge de :

- ☑ missionner un médecin agréé (comme spécifié dans le décret n°86-442 du 14 mars 1986),
- ☑ transmettre à l'agent une convocation au cabinet du médecin agréé en recommandé avec accusé de réception,
- ☑ établir un ordre de mission à l'attention du médecin et de lui fournir les documents administratifs nécessaires à sa mission,
- ☑ vous transmettre immédiatement les conclusions du médecin dans le respect du secret médical,
- ☑ vous conseiller sur les démarches administratives ultérieures à réaliser : information de l'agent sur les conclusions, demande de reprise anticipée, information sur les sanctions encourues en cas de non reprise....

Ce service est à votre initiative et pris en charge par l'assureur.

Par ailleurs, l'assureur dispose également de la faculté de diligenter un contrôle médical à son initiative. A noter, que certains arrêts détectés par notre service gestion font l'objet d'une demande d'attestation médicale. A réception, l'agent dispose de 30 jours pour la faire remplir par son médecin et nous la retourner sous enveloppe « secret médical » (voir modèle en annexe).

LE SERVICE CONTROLE MEDICAL

Merci de bien vouloir nous transmettre vos demandes avec le formulaire correspondant (Cf. annexe) à :

CONTROLE MEDICAL	
Mail	controlemedical@collecteam.fr
Tel	02.36.56.01.33





ANNEXES

- **Annexe 1** : Bulletin Individuel d'Adhésion
- **Annexe 2** : Bulletin de modification ou radiation
- **Annexe 3** : Fiche de contrôle des adhésions
- **Annexe 4** : Modèles d'arrêtés de congé maladie
- **Annexe 5** : Modèle de liste de pointage en cas de maladie
- **Annexe 6** : Formulaire de demande de contrôle médical





FICHE DE CONTROLE DES ADHESIONS



FICHE DE CONTROLE DES ADHESIONS

MOTIFS BULLETINS INCOMPLETS OU ERRONES

<input type="checkbox"/>	Identification de la Collectivité incomplète (N° de SIRET, nom, adresse, ...)
<input type="checkbox"/>	Cachet de la Collectivité manquant
<input type="checkbox"/>	Date d'adhésion non valable ou inexistante
<input type="checkbox"/>	Nom, prénom, adresse manquante, incomplète ou non lisible
<input type="checkbox"/>	N° Sécurité Sociale, date de naissance incomplète, non lisible ou inexistante
<input type="checkbox"/>	Statut de l'agent, manquant ou erroné
<input type="checkbox"/>	Assiette de cotisation manquante ou inexacte
<input type="checkbox"/>	Garantie de la collectivité erronée ou inexistante
<input type="checkbox"/>	Option de l'agent erronée ou absente
<input type="checkbox"/>	Absence de signature, date ou mention « lu et approuvé »
<input type="checkbox"/>	Mention irrégulière sur le BIA
<input type="checkbox"/>	BIA raturé
<input type="checkbox"/>	Autres : (merci de préciser les modifications).....

Nous attirons votre attention sur le fait que tout bulletin incomplet ou erroné sera considéré comme nul.





MODELES D'ARRETES DE CONGE MALADIE

Collectivité-Coordonnées

Agent titulaire affilié à la CNRACL Arrêté n° XXX de congé de maladie ordinaire initial ou prolongation

Vu, le Code Général des Collectivités Territoriales,
Vu, la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 modifiée, portant droits et obligations des fonctionnaires,
Vu, la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 modifiée, portant dispositions statutaires relatives à la Fonction Publique Territoriale,
Vu, le Décret n°87-602 du 30 juillet 1987 modifié, relatif à l'organisation des comités médicaux, aux conditions d'aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux,
Vu, le certificat médical du Docteur ... produit par Monsieur/Madame ... pour un arrêt de travail initial/prolongation de maladie ordinaire jusqu'au

Le cas échéant Vu l'avis du Comité Médical du ...

Considérant que sur les 365 jours précédant la date d'arrêt de travail Monsieur/Madame ... a bénéficié de congé de maladie ordinaire pour la période :

Arrêt initial/prolongation du ... au ... ,

Arrêt initial/prolongation du ... au ...

(Reproduire autant de fois que nécessaire)

Soit X jours à plein traitement,

Et X jours à demi-traitement,

Arrête

Article 1^{er} : Monsieur/Madame est placé en congé de maladie ordinaire du ... au ... soit :

Période à plein traitement du ... au ...

Période à demi-traitement du ... au ... (Reproduire autant de fois que nécessaire)

Article 2 : Monsieur/Madame ... bénéficiera durant la période du ... au ... de l'intégralité de son traitement, de son régime indemnitaire, du supplément familial de traitement et de son indemnité de résidence.

Monsieur/Madame ... bénéficiera durant la période du ... au ... d'un demi-traitement, de la moitié de son régime indemnitaire, et de l'intégralité du supplément familial de traitement et de son indemnité de résidence.

Si plus de 3 enfants à charge et à compter du 31^{ème} jour : ajouter

Monsieur/Madame ... ayant au moins trois enfants à charge bénéficiera durant la période du ... au ... en sus d'un demi-traitement, une allocation complémentaire portant le demi-traitement au 2/3 dans les mêmes conditions que le régime général, de son régime indemnitaire majoré, et de l'intégralité du supplément familial de traitement et de son indemnité de résidence.

Article 3 : L'autorité compétente (Le Président/Le Maire/Le Directeur Général du Service, ...) est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait à ... , le ...

Signature de l'autorité compétente

Copies transmises à : XXX, XXX

Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours gracieux auprès de l'autorité compétente (Le Président/Le Maire/...) dans un délai de deux mois à compter de sa notification, ou d'un recours contentieux le Tribunal Administratif de ... dans un délai de deux mois à compter, soit de sa notification, soit du rejet du recours gracieux, soit de l'absence de l'administration pendant deux mois au recours gracieux.

Notifié à l'intéressé le : ...

Signature de l'agent :



Agent titulaire à temps non complet non affilié à la CNRACL
Arrêté n° XXX de congé de maladie ordinaire
initial ou prolongation

Vu, le Code Général des Collectivités Territoriales,
Vu, la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 modifiée, portant droits et obligations des fonctionnaires,
Vu, la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 modifiée, portant dispositions statutaires relatives à la Fonction Publique Territoriale,
Vu le décret n° 91-298 du 20 mars 1991 modifié, portant dispositions statutaires applicables aux fonctionnaires territoriaux nommés dans des emplois permanents à temps non complet,
Vu, le certificat médical du Docteur ... produit par Monsieur/Madame ... pour un arrêt de travail initial/prolongation de maladie ordinaire jusqu'au ...

Le cas échéant Vu l'avis du Comité Médical du ...

Considérant l'ancienneté de Madame/Monsieur ... au 1^{er} jour de l'arrêt de travail, soit ...
Considérant que sur les 365 jours précédant la date d'arrêt de travail Monsieur/Madame ... a bénéficié de congé de maladie ordinaire pour la période :

Arrêt initial/prolongation du ... au ...,

Arrêt initial/prolongation du ... au ...

(Reproduire autant de fois que nécessaire)

Soit X jours à plein traitement,

Et X jours à demi-traitement,

Arrête

Article 1^{er} : Monsieur/Madame (emploi à temps complet ou non complet à raison de ... X/35^{ème}) est placé en congé de maladie ordinaire du ... au ... soit :

Période à plein traitement du ... au ...

Période à demi-traitement du ... au ... (Reproduire autant de fois que nécessaire)

Article 2 : Monsieur/Madame ... bénéficiera durant la période du ... au ... de l'intégralité de son traitement, de son régime indemnitaire, du supplément familial de traitement et de son indemnité de résidence.

Monsieur/Madame ... bénéficiera durant la période du ... au ... d'un demi-traitement, de la moitié de son régime indemnitaire, et de l'intégralité du supplément familial de traitement et de son indemnité de résidence.

En cas de passage à demi-traitement et si plus de 3 enfants à charge, à compter du 31^{ème} jour d'arrêt continu :
ajouter

Monsieur/Madame ... ayant au moins trois enfants à charge bénéficiera durant la période du ... au ... en sus d'un demi-traitement, une allocation complémentaire portant le demi-traitement au 2/3 dans les mêmes conditions que le régime général, de son régime indemnitaire majoré, et de l'intégralité du supplément familial de traitement et de son indemnité de résidence.

Article 3 : L'employeur sera subrogé dans les droits de Madame, Monsieur... auprès de la Sécurité Sociale : les indemnités seront, suivant le cas, déduites de la rémunération due ou versée à Madame, Monsieur... si elles sont supérieures à cette rémunération.

S'il perçoit directement ses indemnités journalières, l'agent transmet les décomptes sans délai à son employeur.

Article 4 : L'autorité compétente (Le Président/Le Maire/Le Directeur Général du Service, ...) est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait à ..., le ...

Signature de l'autorité compétente

Copies transmises à : XXX, XXX

Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours gracieux auprès de l'autorité compétente (Le Président/Le Maire/...) dans un délai de deux mois à compter de sa notification, ou d'un recours contentieux le Tribunal Administratif de ... dans un délai de deux mois à compter, soit de sa notification, soit du rejet du recours gracieux, soit de l'absence de réponse de l'administration pendant deux mois au recours gracieux.

Notifié à l'intéressé le : ...

Signature de l'agent :



Agent non-titulaire de droit public
Arrêté n° XXX de congé de maladie ordinaire
initial ou prolongation

Vu, le Code Général des Collectivités Territoriales,
Vu, la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 modifiée, portant droits et obligations des fonctionnaires,
Vu, la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 modifiée, portant dispositions statutaires relatives à la Fonction Publique Territoriale,
Vu, le Décret n°88-145 du 15 février 1988 modifié, relatif aux agents non titulaires de la fonction publique territoriale,
Vu, le certificat médical du Docteur ... produit par Monsieur/Madame ... pour un arrêt de travail initial/prolongation de maladie ordinaire jusqu'au ...

Le cas échéant Vu l'avis du Comité Médical du ...

Considérant l'ancienneté de Madame/Monsieur ... au 1^{er} jour de l'arrêt de travail, soit ...
Considérant que sur les 365 jours précédant la date d'arrêt de travail Monsieur/Madame ... a bénéficié de congé de maladie ordinaire pour la période :

Arrêt initial/prolongation du ... au ...,

Arrêt initial/prolongation du ... au ...

(Reproduire autant de fois que nécessaire)

Soit X jours à plein traitement,

Et X jours à demi-traitement,

Arrête

Article 1^{er} : Monsieur/Madame (emploi à temps complet ou non complet à raison de ... X/35^{ème}) est placé en congé de maladie ordinaire du ... au ... soit :

Période à plein traitement du ... au ...

Période à demi-traitement du ... au ... (Reproduire autant de fois que nécessaire)

Article 2 : Monsieur/Madame ... bénéficiera durant la période du ... au ... de l'intégralité de son traitement, de son régime indemnitaire, du supplément familial de traitement et de son indemnité de résidence.

Monsieur/Madame ... bénéficiera durant la période du ... au ... d'un demi-traitement, de la moitié de son régime indemnitaire, et de l'intégralité du supplément familial de traitement et de son indemnité de résidence.

En cas de passage à demi-traitement et si plus de 3 enfants à charge, à compter du 31^{ème} jour d'arrêt continu :
ajouter

Monsieur/Madame ... ayant au moins trois enfants à charge bénéficiera durant la période du ... au ... en sus d'un demi-traitement, une allocation complémentaire portant le demi-traitement au 2/3 dans les mêmes conditions que le régime général, de son régime indemnitaire majoré, et de l'intégralité du supplément familial de traitement et de son indemnité de résidence.

Article 3 : Dès lors que des droits sont ouverts auprès de l'employeur (plus de 4 mois d'ancienneté, périodes de plein ou demi-traitement) la collectivité sera subrogée dans les droits de Madame, Monsieur... auprès de la Sécurité Sociale : les indemnités seront, suivant le cas, déduites de la rémunération due ou versée à Madame, Monsieur... si elles sont supérieures à cette rémunération.

S'il perçoit directement ses indemnités journalières, l'agent transmet les décomptes sans délai à son employeur.

Article 4 : L'autorité compétente (Le Président/Le Maire/Le Directeur Général du Service, ...) est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait à ..., le ...

Signature de l'autorité compétente

Copies transmises à : XXX, XXX

Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours gracieux auprès de l'autorité compétente (Le Président/Le Maire/...) dans un délai de deux mois à compter de sa notification, ou d'un recours contentieux le Tribunal Administratif de ... dans un délai de deux mois à compter, soit de sa notification, soit du rejet du recours gracieux, soit de l'absence de réponse de l'administration pendant deux mois au recours gracieux.

Notifié à l'intéressé le : ...

Signature de l'agent :

Rappels : les droits à plein et demi-traitement des agents non titulaires :

- Après 4 mois de services : 1 mois à plein traitement et 1 mois à demi-traitement
- Après 2 ans de services : 2 mois à plein traitement et 2 mois à demi-traitement
- Après 3 ans de services : 3 mois à plein traitement et 3 mois à demi-traitement





MODELE DE LISTE DE POINTAGE EN CAS DE MALADIE

Généralités

Type arrêt mois à partir de * Affichage

Cumuls Plein Traitement Demi Traitement* Sans Traitement

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
07-2016	P																														
08-2016																							P	P	P	P					
09-2016					P	P	P	P	P	P	P	P														P	P	P	P	P	
10-2016	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P																			
11-2016														P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
12-2016	P	P	P																												
01-2017																			P	P	P	P	P	P	P	P	P				
02-2017																															
03-2017																				P	P	P	P	P							
04-2017																					P	P	P	P	P	P	P	P			
05-2017																													P	P	P
06-2017	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P												P	P	P	D	D	D	D		D	P
07-2017	P	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D
08-2017	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	P	P	P	P	D	D	D	D
09-2017	D	D	D	D	P	P	P	P	P	P	P	P	D	D	D																





ANNEXES

- **Annexe 1** : Bulletin Individuel d'Adhésion
- **Annexe 2** : Bulletin de modification ou radiation
- **Annexe 3** : Fiche de contrôle des adhésions
- **Annexe 4** : Modèles d'arrêtés de congé maladie
- **Annexe 5** : Modèle de liste de pointage en cas de maladie
- **Annexe 6** : Formulaire de demande de contrôle médical



CONDITIONS D'ADMISSION AU CONTRAT

L'agent signataire atteste :

- faire partie des effectifs d'une collectivité adhérente à la convention de participation Centre de Gestion de l'Hérault / COLLECTeam,
- être en activité normale de service et appartenir à l'une des catégories d'emploi définies ci-dessus,
- n'être rémunéré ni à l'heure, ni à la journée,
- ne pas être en arrêt de travail ou à temps partiel pour raison thérapeutique.

Conditions générales d'adhésion :

- Les agents en activité normale de service effective au moment de la prise d'effet peuvent adhérer sans condition.
- Les agents nouvellement embauchés, peuvent adhérer dans un délai de six mois à compter de leur date d'embauche.
- Les agents en congé parental d'éducation, maternité, paternité, adoption ou placés en disponibilité de droit ou pour convenances personnelles peuvent adhérer au contrat si la demande d'adhésion intervient dans les six mois suivant le premier jour du mois civil qui suit la reprise effective de leur activité normale de service à temps complet.
- Les agents en arrêt de travail ou à temps partiel pour raison thérapeutique à la date de prise d'effet du contrat pourront y adhérer à l'issue d'une reprise effective de leur activité normale de service à temps complet :
 - au moins égale à 30 jours continus pour les agents non couverts précédemment par un contrat collectif,
 - immédiatement pour les agents déjà couverts par un contrat collectif de même nature antérieurement à la date de leur demande d'adhésion.

Les agents n'ayant pas adhéré dans le cadre des conditions générales énumérées ci-dessus, pourront le faire au-delà des 6 mois – sans questionnaire médical, ni majoration tarifaire, ni carence – sous réserve qu'ils soient en activité normale de service (sans arrêt de travail) pendant les 30 jours précédant la date d'adhésion.

Les agents peuvent modifier leurs choix d'options au 1er janvier de chaque année sous réserve que la demande soit présentée avant le 31 octobre de l'exercice précédent par courrier à votre service des Ressources Humaines. Toutefois, les agents en arrêt de travail ou bénéficiaires de prestation ne pourront pas modifier leur(s) option(s).

VERSEMENT DU CAPITAL EN CAS DE DECES (SI SOUSCRIT)

Le capital garanti est versé :

- au conjoint, non séparé de droit de l'Assuré marié, et à défaut au partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité,
- à défaut, aux enfants de l'Assuré nés ou à naître (vivants ou représentés comme en matière de succession), par parts égales entre eux,
- à défaut, aux ascendants par parts égales entre eux,
- à défaut, aux héritiers.

MENTIONS OBLIGATOIRES

J'atteste avoir pris connaissance du résumé des garanties et accepte le prélèvement sur salaire de la cotisation.

Je demande mon affiliation et certifie complets et exacts les renseignements portés sur le présent bulletin. Les conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration sont celles prévues par le Code des Assurances (art L. 113-8) notamment la nullité des garanties.

Je m'engage à restituer l'intégralité des sommes perçues de l'organisme complémentaire au titre de mon incapacité temporaire de travail (en complément de mon demi-traitement) si, suite à reconnaissance d'un congé de longue maladie, de longue durée, grave maladie, ou imputable au service, je perçois (à effet rétroactif) la totalité du traitement de mon employeur.

Les informations collectées par COLLECTeam directement auprès de vous font l'objet d'un traitement informatique destiné à la passation, la gestion et l'exécution de votre contrat, à l'identification des irrégularités et à la vérification de la conformité légale et réglementaire en la matière. Ces informations sont à destination exclusive des services habilités de COLLECTeam, ses éventuels prestataires et sous-traitants, les organismes assureurs et, le cas échéant, aux organismes officiels et aux autorités administratives ou judiciaires, et seront conservées 10 ans à compter de la clôture du contrat. Conformément au Règlement (UE) 2016/679 relatif à la protection des données à caractère personnel, vous disposez des droits suivants sur vos données : droit d'accès, droit de rectification, droit à l'effacement (droit à l'oubli), droit d'opposition, droit à la limitation du traitement, droit à la portabilité. Vous pouvez également définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données à caractère personnel après votre décès. Pour exercer vos droits, merci d'adresser votre courrier à COLLECTeam, 13 Rue de Croquechâtaigne – BP 30064 – 45380 La Chapelle-Saint-Mesmin, ou par mail à dpo@collecteam.fr. Merci de joindre la copie d'une pièce d'identité. Sous réserve d'un manquement aux dispositions ci-dessus, vous avez le droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.

Fait à

Le | | | | | | | | | |

Signature de l'agent précédée de la mention « lu et approuvé »

Ce document est à retourner à :

Au service RH de votre collectivité

COLLECTeam
Centre de Gestion Prévoyance
13 rue Croquechâtaigne - BP 30064
45380 LA CHAPELLE-SAINT-MESMIN

Société de courtage en assurance de personnes
SA au capital de 7 005 000 €
RCS Orléans 422 092 817
N° ORIAS 07 005 898 - www.orias.fr

Tél 02 36 56 00 02
Email crc@collecteam.fr
Service réclamation :
reclamation@collecteam.fr



FICHE DE CONTROLE DES ADHESIONS



FICHE DE CONTROLE DES ADHESIONS

MOTIFS BULLETINS INCOMPLETS OU ERRONES

<input type="checkbox"/>	Identification de la Collectivité incomplète (N° de SIRET, nom, adresse, ...)
<input type="checkbox"/>	Cachet de la Collectivité manquant
<input type="checkbox"/>	Date d'adhésion non valable ou inexistante
<input type="checkbox"/>	Nom, prénom, adresse manquante, incomplète ou non lisible
<input type="checkbox"/>	N° Sécurité Sociale, date de naissance incomplète, non lisible ou inexistante
<input type="checkbox"/>	Statut de l'agent, manquant ou erroné
<input type="checkbox"/>	Assiette de cotisation manquante ou inexacte
<input type="checkbox"/>	Garantie de la collectivité erronée ou inexistante
<input type="checkbox"/>	Option de l'agent erronée ou absente
<input type="checkbox"/>	Absence de signature, date ou mention « lu et approuvé »
<input type="checkbox"/>	Mention irrégulière sur le BIA
<input type="checkbox"/>	BIA raturé
<input type="checkbox"/>	Autres : (merci de préciser les modifications).....

Nous attirons votre attention sur le fait que tout bulletin incomplet ou erroné sera considéré comme nul.





MODELES D'ARRETES DE CONGE MALADIE

Collectivité-Coordonnées

Agent titulaire affilié à la CNRACL Arrêté n° XXX de congé de maladie ordinaire initial ou prolongation

Vu, le Code Général des Collectivités Territoriales,
Vu, la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 modifiée, portant droits et obligations des fonctionnaires,
Vu, la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 modifiée, portant dispositions statutaires relatives à la Fonction Publique Territoriale,
Vu, le Décret n°87-602 du 30 juillet 1987 modifié, relatif à l'organisation des comités médicaux, aux conditions d'aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux,
Vu, le certificat médical du Docteur ... produit par Monsieur/Madame ... pour un arrêt de travail initial/prolongation de maladie ordinaire jusqu'au

Le cas échéant Vu l'avis du Comité Médical du ...

Considérant que sur les 365 jours précédant la date d'arrêt de travail Monsieur/Madame ... a bénéficié de congé de maladie ordinaire pour la période :

Arrêt initial/prolongation du ... au ... ,

Arrêt initial/prolongation du ... au ...

(Reproduire autant de fois que nécessaire)

Soit X jours à plein traitement,

Et X jours à demi-traitement,

Arrête

Article 1^{er} : Monsieur/Madame est placé en congé de maladie ordinaire du ... au ... soit :

Période à plein traitement du ... au ...

Période à demi-traitement du ... au ... (Reproduire autant de fois que nécessaire)

Article 2 : Monsieur/Madame ... bénéficiera durant la période du ... au ... de l'intégralité de son traitement, de son régime indemnitaire, du supplément familial de traitement et de son indemnité de résidence.

Monsieur/Madame ... bénéficiera durant la période du ... au ... d'un demi-traitement, de la moitié de son régime indemnitaire, et de l'intégralité du supplément familial de traitement et de son indemnité de résidence.

Si plus de 3 enfants à charge et à compter du 31^{ème} jour : ajouter

Monsieur/Madame ... ayant au moins trois enfants à charge bénéficiera durant la période du ... au ... en sus d'un demi-traitement, une allocation complémentaire portant le demi-traitement au 2/3 dans les mêmes conditions que le régime général, de son régime indemnitaire majoré, et de l'intégralité du supplément familial de traitement et de son indemnité de résidence.

Article 3 : L'autorité compétente (Le Président/Le Maire/Le Directeur Général du Service, ...) est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait à ... , le ...

Signature de l'autorité compétente

Copies transmises à : XXX, XXX

Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours gracieux auprès de l'autorité compétente (Le Président/Le Maire/...) dans un délai de deux mois à compter de sa notification, ou d'un recours contentieux le Tribunal Administratif de ... dans un délai de deux mois à compter, soit de sa notification, soit du rejet du recours gracieux, soit de l'absence de l'administration pendant deux mois au recours gracieux.

Notifié à l'intéressé le : ...

Signature de l'agent :



Agent titulaire à temps non complet non affilié à la CNRACL
Arrêté n° XXX de congé de maladie ordinaire
initial ou prolongation

Vu, le Code Général des Collectivités Territoriales,
Vu, la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 modifiée, portant droits et obligations des fonctionnaires,
Vu, la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 modifiée, portant dispositions statutaires relatives à la Fonction Publique Territoriale,
Vu le décret n° 91-298 du 20 mars 1991 modifié, portant dispositions statutaires applicables aux fonctionnaires territoriaux nommés dans des emplois permanents à temps non complet,
Vu, le certificat médical du Docteur ... produit par Monsieur/Madame ... pour un arrêt de travail initial/prolongation de maladie ordinaire jusqu'au ...

Le cas échéant Vu l'avis du Comité Médical du ...

Considérant l'ancienneté de Madame/Monsieur ... au 1^{er} jour de l'arrêt de travail, soit ...
Considérant que sur les 365 jours précédant la date d'arrêt de travail Monsieur/Madame ... a bénéficié de congé de maladie ordinaire pour la période :

Arrêt initial/prolongation du ... au ...,

Arrêt initial/prolongation du ... au ...

(Reproduire autant de fois que nécessaire)

Soit X jours à plein traitement,

Et X jours à demi-traitement,

Arrête

Article 1^{er} : Monsieur/Madame (emploi à temps complet ou non complet à raison de ... X/35^{ème}) est placé en congé de maladie ordinaire du ... au ... soit :

Période à plein traitement du ... au ...

Période à demi-traitement du ... au ... (Reproduire autant de fois que nécessaire)

Article 2 : Monsieur/Madame ... bénéficiera durant la période du ... au ... de l'intégralité de son traitement, de son régime indemnitaire, du supplément familial de traitement et de son indemnité de résidence.

Monsieur/Madame ... bénéficiera durant la période du ... au ... d'un demi-traitement, de la moitié de son régime indemnitaire, et de l'intégralité du supplément familial de traitement et de son indemnité de résidence.

En cas de passage à demi-traitement et si plus de 3 enfants à charge, à compter du 31^{ème} jour d'arrêt continu :
ajouter

Monsieur/Madame ... ayant au moins trois enfants à charge bénéficiera durant la période du ... au ... en sus d'un demi-traitement, une allocation complémentaire portant le demi-traitement au 2/3 dans les mêmes conditions que le régime général, de son régime indemnitaire majoré, et de l'intégralité du supplément familial de traitement et de son indemnité de résidence.

Article 3 : L'employeur sera subrogé dans les droits de Madame, Monsieur... auprès de la Sécurité Sociale : les indemnités seront, suivant le cas, déduites de la rémunération due ou versée à Madame, Monsieur... si elles sont supérieures à cette rémunération.

S'il perçoit directement ses indemnités journalières, l'agent transmet les décomptes sans délai à son employeur.

Article 4 : L'autorité compétente (Le Président/Le Maire/Le Directeur Général du Service, ...) est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait à ..., le ...

Signature de l'autorité compétente

Copies transmises à : XXX, XXX

Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours gracieux auprès de l'autorité compétente (Le Président/Le Maire/...) dans un délai de deux mois à compter de sa notification, ou d'un recours contentieux le Tribunal Administratif de ... dans un délai de deux mois à compter, soit de sa notification, soit du rejet du recours gracieux, soit de l'absence de réponse de l'administration pendant deux mois au recours gracieux.

Notifié à l'intéressé le : ...

Signature de l'agent :

Agent non-titulaire de droit public
Arrêté n° XXX de congé de maladie ordinaire
initial ou prolongation

Vu, le Code Général des Collectivités Territoriales,
Vu, la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 modifiée, portant droits et obligations des fonctionnaires,
Vu, la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 modifiée, portant dispositions statutaires relatives à la Fonction Publique Territoriale,
Vu, le Décret n°88-145 du 15 février 1988 modifié, relatif aux agents non titulaires de la fonction publique territoriale,
Vu, le certificat médical du Docteur ... produit par Monsieur/Madame ... pour un arrêt de travail initial/prolongation de maladie ordinaire jusqu'au ...

Le cas échéant Vu l'avis du Comité Médical du ...

Considérant l'ancienneté de Madame/Monsieur ... au 1^{er} jour de l'arrêt de travail, soit ...
Considérant que sur les 365 jours précédant la date d'arrêt de travail Monsieur/Madame ... a bénéficié de congé de maladie ordinaire pour la période :

Arrêt initial/prolongation du ... au ...,

Arrêt initial/prolongation du ... au ...

(Reproduire autant de fois que nécessaire)

Soit X jours à plein traitement,

Et X jours à demi-traitement,

Arrête

Article 1^{er} : Monsieur/Madame (emploi à temps complet ou non complet à raison de ... X/35^{ème}) est placé en congé de maladie ordinaire du ... au ... soit :

Période à plein traitement du ... au ...

Période à demi-traitement du ... au ... (Reproduire autant de fois que nécessaire)

Article 2 : Monsieur/Madame ... bénéficiera durant la période du ... au ... de l'intégralité de son traitement, de son régime indemnitaire, du supplément familial de traitement et de son indemnité de résidence.

Monsieur/Madame ... bénéficiera durant la période du ... au ... d'un demi-traitement, de la moitié de son régime indemnitaire, et de l'intégralité du supplément familial de traitement et de son indemnité de résidence.

En cas de passage à demi-traitement et si plus de 3 enfants à charge, à compter du 31^{ème} jour d'arrêt continu :
ajouter

Monsieur/Madame ... ayant au moins trois enfants à charge bénéficiera durant la période du ... au ... en sus d'un demi-traitement, une allocation complémentaire portant le demi-traitement au 2/3 dans les mêmes conditions que le régime général, de son régime indemnitaire majoré, et de l'intégralité du supplément familial de traitement et de son indemnité de résidence.

Article 3 : Dès lors que des droits sont ouverts auprès de l'employeur (plus de 4 mois d'ancienneté, périodes de plein ou demi-traitement) la collectivité sera subrogée dans les droits de Madame, Monsieur... auprès de la Sécurité Sociale : les indemnités seront, suivant le cas, déduites de la rémunération due ou versée à Madame, Monsieur... si elles sont supérieures à cette rémunération.

S'il perçoit directement ses indemnités journalières, l'agent transmet les décomptes sans délai à son employeur.

Article 4 : L'autorité compétente (Le Président/Le Maire/Le Directeur Général du Service, ...) est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait à ..., le ...

Signature de l'autorité compétente

Copies transmises à : XXX, XXX

Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours gracieux auprès de l'autorité compétente (Le Président/Le Maire/...) dans un délai de deux mois à compter de sa notification, ou d'un recours contentieux le Tribunal Administratif de ... dans un délai de deux mois à compter, soit de sa notification, soit du rejet du recours gracieux, soit de l'absence de réponse de l'administration pendant deux mois au recours gracieux.

Notifié à l'intéressé le : ...

Signature de l'agent :

Rappels : les droits à plein et demi-traitement des agents non titulaires :

- ➔ Après 4 mois de services : 1 mois à plein traitement et 1 mois à demi-traitement
- ➔ Après 2 ans de services : 2 mois à plein traitement et 2 mois à demi-traitement
- ➔ Après 3 ans de services : 3 mois à plein traitement et 3 mois à demi-traitement





MODELE DE LISTE DE POINTAGE EN CAS DE MALADIE

Généralités

Type arrêt mois à partir de * Affichage

Cumuls Plein Traitement Demi Traitement* Sans Traitement

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
07-2016	P																														
08-2016																							P	P	P	P					
09-2016					P	P	P	P	P	P	P	P														P	P	P	P	P	
10-2016	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P																			
11-2016														P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
12-2016	P	P	P																												
01-2017																			P	P	P	P	P	P	P	P	P				
02-2017																															
03-2017																				P	P	P	P	P							
04-2017																					P	P	P	P	P	P	P	P			
05-2017																													P	P	P
06-2017	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P												P	P	P	D	D	D	D		D	P
07-2017	P	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D
08-2017	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	P	P	P	P	D	D	D	D
09-2017	D	D	D	D	P	P	P	P	P	P	P	P	D	D	D																



COLLECTIVITÉ / ÉTABLISSEMENT :

COMMUNE :

EMPLOYEUR

Adresse:

Code postal:

Ville:

Nom du correspondant :

Fonction:

Tél.:

Email:

En votre absence, et dans le cadre de la confidentialité du dossier, précisez le nom de la personne à contacter :

Nom du correspondant :

Fonction:

Tél.:

Email:

AGENT À CONTRÔLER

Nom:

Prénom:

Nom de naissance:

N° SS:

Date de naissance:

Date de recrutement:

Statutaire

CNRACL

Titulaire IRCANTEC

Non titulaire

Adresse où l'agent peut être visité (information mentionnée sur le certificat médical d'arrêt de travail) :

N° et rue:

Bât.:

Etage:

Esc.:

N° appt:

Digicode:

Code postal:

Ville:

Tél. fixe / Portable: / Chez:

ARRÊT DE TRAVAIL

Date d'origine: Date de fin d'arrêt:

Dernière prolongation prescrite du: au

Nature de l'arrêt de travail: Maladie

Type de sorties inscrites sur le certificat médical d'arrêt de travail en cours :

Présence obligatoire de 9h à 11h et de 14h à 16h

Libres (Nous programmons donc un RDV)

Non autorisées

Autre type de sorties : de h à h

MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Nom:

Code postal:

Ville:

Généraliste

Spécialiste en :

OBSERVATIONS

Éléments à transmettre à COLLECTeam :

Par mail : controlemmedical@collecteam.fr / Pour tous renseignements, nous contacter par tél. : **02.36.56.01.33** ou par fax : **02.36.56.01.34**

Conformément à la loi du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification ou de suppression des données à caractère personnel vous concernant. Vous pouvez exercer ce droit en vous adressant, par écrit, au siège de COLLECTeam, courtier en assurance de personnes. Les informations nominatives recueillies seront utilisées pour la gestion des prestations du contrat, l'identification des irrégularités et la vérification de la conformité légale et réglementaire en la matière.

Le contrôle médical est réalisé dans le respect du décret n° 87-602 du 30 juillet 1987 et n° 88-386 du 19 avril 1998 et de la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978.

Fait à:

Signature et cachet de la collectivité :

Le:

Le signataire de la demande engage sa responsabilité sur toutes les informations renseignées ci-dessus. Le contrôle médical sera donc réalisé avec les éléments consignés par le signataire.