



VOUS ÉCOUTER, VOUS GUIDER
VOUS PROTÉGER



**Guide de gestion
PREVOYANCE FONCTION
PUBLIQUE TERRITORIALE**



Centre de Gestion
de la Fonction
Publique Territoriale
HÉRAULT

SOMMAIRE

NOS COORDONNEES

ADHESIONS

COTISATIONS

PRESTATIONS

OBLIGATION TRACFIN ET SERVICE QUALITE

CONTROLE MEDICAL

INFORMATION ET COMMUNICATION

ANNEXES

NOS COORDONNEES

COLLECTEAM
Centre de gestion prévoyance
13 rue Croquechâtaigne
BP 30064
45380 LA CHAPELLE SAINT MESMIN

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

POLE ADHESION

Tél. 02.36.56.01.65

Mail adhesion-fpt@collecteam.fr

POLE COTISATION

Tél. 02.36.56.00.80

Mail gestion-cot@collecteam.fr

POLE INCAPACITE

Tél. 02.36.56.00.56

Mail gestion-fpt@collecteam.fr

POLE INVALIDITE

Tél. 02.36.56.00.99

Mail gestion-inv@collecteam.fr

POLE DECES

Tél. 02.36.56.00.89

Mail gestion-deces@collecteam.fr

CONTROLE MEDICAL

Tél. 02.36.56.01.33

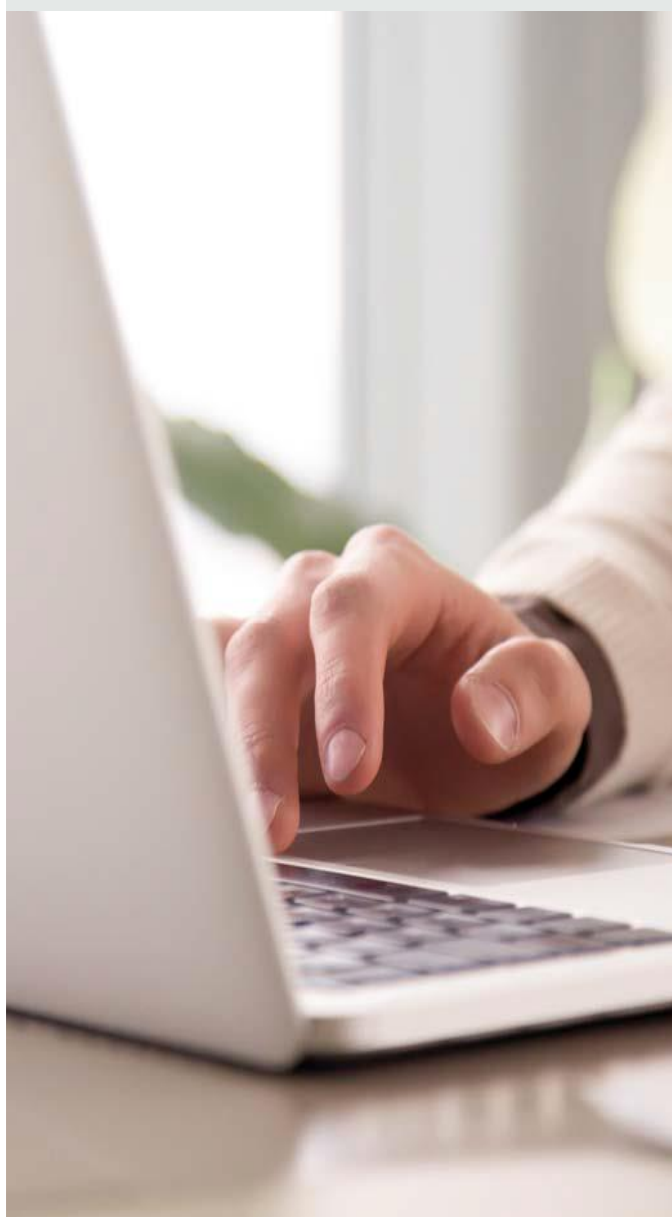
Mail controlemedical@collecteam.fr

CONTACT AGENTS

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

Tél. 02.36.56.00.02

Mail crc@collecteam.fr



ADHESION

AFFILIATION DES AGENTS

ADHESION CLASSIQUE SUR FORMAT PAPIER

- > 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 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 adhésion de la fonction publique territoriale
13 rue Croquechâtaigne
BP 30064
45380 LA CHAPELLE SAINT 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.



ADHESION

MISE EN PLACE DU CONTRAT

A chaque affiliation, il conviendra de précompter la cotisation prévoyance sur le bulletin de paie de l'agent afin de l'assurer au contrat.

MODIFICATIONS ADMINISTRATIVES

Il convient de nous informer des modifications suivantes :

- > Changement de statut,
- > Changement d'adresse,
- > Départ de la collectivité,
- > ...

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).

BULLETIN DE MODIFICATION OU DE RADIATION AU RÉGIME DE PRÉVOYANCE FACULTATIF

Cadre réservé à la collectivité / Cachet de la collectivité (obligatoire)

N° SIRET : _____
Raison sociale : _____
Adresse : _____
CP : _____ Ville : _____

Cadre réservé à l'agent

Madame Monsieur Nom : _____ Prénoms : _____
N° Sécurité sociale : _____ Date de naissance : ____/____/____
Adresse : N° _____ Rue _____
Code Postal : _____ Ville : _____
Tel. _____ Mail : _____

Changement d'option(s) / de garantie(s)

Pour toute demande de changement d'option, merci d'accompagner impérativement ce document d'un nouveau bulletin d'adhésion. Le changement d'option(s)/garantie(s) est effectif au 1^{er} janvier de chaque année sous réserve du respect d'un préavis de 2 mois. Pour rappel, le bénéficiaire de prestations (en arrêt de travail ou invalide) ne peut pas apporter de modification à sa couverture prévoyance en cours.

Radiation / mutation

Radiation (départ de la collectivité avec ou sans sortie des effectifs ou résiliation simple) à effet du ____/____/____
Motif : _____

Mutation dans une autre collectivité couverte par le même contrat :
→ à effet du ____/____/____
→ nom de la nouvelle collectivité d'affectation : _____ CP : _____
L'agent accepte ainsi les conditions contractuelles de sa nouvelle collectivité de rattachement.

Départ de la collectivité mais opte pour le maintien de la couverture à titre individuel
à effet du ____/____/____ / Nous attirons votre attention sur le fait que la cotisation sera fortement majorée.

Changement de statut

Merci de cocher la nouvelle situation de l'agent à effet du ____/____/____

Titulaire ou stagiaire (attité CNRAC) Titulaire ou stagiaire (attité TRCANTC)
 Contractuel de droit public Salarié de droit privé, à préciser (assistant familial, apprenti) : _____

Mentions obligatoires

Les informations recueillies par Collecteam font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion et l'exécution de votre contrat, à l'identification des Indiqués et à la vérification de la conformité légale et réglementaire de ce dernier. Ces informations sont à destination exclusive des services habilités de Collecteam, ses délégués prestataires et sous-traitants, ses organismes assureurs et, le cas échéant, aux organismes officiels et aux autorités administratives ou judiciaires. Elles seront conservées pendant une durée de 10 ans à compter de la date de votre dernière déclaration. Vous pouvez également définir des directives relatives à la communication, à l'affichage et à la communication de vos données à caractère personnel après votre décès. Pour exercer vos droits, merci d'adresser votre courrier à Collecteam ou par mail à collecteam@collecteam.fr avec 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 _____

TOUT BULLETIN INCOMPLÉT OU ERREUR SERA CONSIDÉRÉ COMME NUL

Collecteam Centre de gestion prévoyance service adhésion FFT - 13, rue Croquechâtaigne - BP 30064 - 45380 LA CHAPELLE SAINT MESMIN
Tél. 02 36 56 00 02 - adhesion-fft@collecteam.fr

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 OU TRIMESTRIEL

Un appel de cotisations vous est transmis chaque mois ou chaque trimestre, le 5 du mois précédant, selon les modalités prévues avec votre Chargé d'Affaires lors de la mise en place du contrat. Il conviendra de renseigner le nombre d'adhérents ainsi que la masse salariale pour chacune des options, et nous le retourner sous quinzaine.

PAIEMENT DES COTISATIONS

- > Le paiement des cotisations mensuellement à terme échu, conformément aux modalités de mise en place du contrat validées avec le chargé d'affaires :

Dénomination sociale	Collecteam
N° R.C.S	ORLEANS 422 092 817
N° SIRET	N° de Gestion 1999 B 190
N° SIREN	422 092 817 00028
Code NAF	422 092 817 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

COTISATIONS

La Déclaration Sociale Nominative remplace et simplifie la majorité de vos déclarations sociales en automatisant leur transmission à partir des données de votre logiciel de paie.

Collecteam s'appuie sur les données de la DSN pour effectuer le calcul de vos cotisations mensuellement.

Nous sommes donc en capacité de vous transmettre des appels de cotisations pré-remplis avec le montant des primes à verser en parfaite corrélation avec les salaires que vous avez déclarés chaque mois.

RECUPERER VOTRE FICHE DE PARAMETRAGE

Afin de paramétrer les flux DSN dans votre logiciel de paie, Collecteam met à votre disposition dans votre espace personnel Net entreprises une fiche de paramétrage.

SE CONNECTER À NET-ENTREPRISES : www.net-entreprises.fr

Pour se connecter, vous devez saisir :

- > Votre n° de SIRET
- > Le nom et le prénom de la personne en charge de faire les déclarations
- > Le mot de passe

CHOISIR LE SERVICE DSN POUR ACCÉDER AU TABLEAU DE BORD

Plusieurs options apparaissent :

- > Cliquer sur « accéder à la déclaration » de la ligne « DSN régime général »

ACCÉDER À LA LISTE DES FICHES DE PARAMÉTRAGE

Quatre pavés apparaissent :

- > Cliquer sur le lien « accéder aux FP » du pavé « services complémentaires »

CHOISIR LA FICHE DE PARAMÉTRAGE (FP)

Une liste de FP est proposée selon le numéro de SIRET et l'organisme émetteur (DCOLT1) :

- > Sélectionner la FP Collecteam Code déléataire DCOLT1 et le format désiré (XML/PDF).

Vous trouverez ci-après notre trame de fiche de paramétrage DSN :

FICHE DE PARAMETRAGE DSN

Vos contrats d'assurances collectives : complémentaire santé, prévoyance, retraite supplémentaire

Identification de l'entreprise : Raison sociale : SIREN : NIC : 00011

Organisme et contacts : Organisme émetteur : DCOLT1 COLLECTEAM pour le compte de : Nom du gestionnaire : Service Cotisations Email : deda-ds@collecteam.fr Téléphone : 02.38.56.00.80

Fiche de paramétrage : N° d'identifiant de la fiche : Fiche émise le :

Liste des contrats souscrits par votre entreprise / établissement : 1 : PREVOYANCE CADRE

Cotisations individuelles :

Début et fin de validité	Code organisme	Code déléataire	Référence contrat	Code option	Code population	Périodicité paiement	Type de base ou forfait	Montant et / ou Taux	Désignation (Bouton contrat / option / population / assiette)
01/01/2021	021 008 15 985	021 008 15 983	021 008 15 981	021 008 79 984	021 008 79 985		021 008 79 981	11	
01/01/2021	021 008 28 916	021 008 28 916						13	
01/01/2021								14	

COTISATIONS

LES INFORMATIONS ESSENTIELLES À SAISIR DANS LE LOGICIEL DE PAIE

CODE DELEGATAIRE COLLECTEAM DCOLT1	
CODE ORGANISME DE L'ASSUREUR	N° SIRET COLLECTEAM 422 092 817 00028
REFERENCE CONTRAT cf. fiche de paramétrage DSN	CODE OPTION Ne pas renseigner
CODE POPULATION C ou NC	TAUX DE COTISATION PAR TRANCHE cf. fiche de paramétrage DSN

Ce document normalisé contient le code organisme et les références des contrats souscrits par notre intermédiaire et tous les éléments nécessaires au paramétrage de votre logiciel de paie, afin que nous puissions recevoir et traiter votre DSN.

Cette étape est indispensable avant l'envoi de votre DSN.

CONTACT

Mail decla-ds@collecteam.fr

COTISATIONS

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 + T ou M + Période (mois ou mois de début de trimestre) + 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
-	Code client	Appel de cotisation mensuel	Mois	Année

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

POLE COTISATION

Mail gestion-cot@collecteam.fr

Tél. 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.

PIÈCES NÉCESSAIRES AU REGLEMENT DES PRESTATIONS INCAPACITÉ

EN CAS D'ARRET DE TRAVAIL INITIAL

Justificatifs à nous adresser	Agents titulaires ou stagiaires affiliés à la CNRACL	Agents titulaires, stagiaires, non titulaires, affiliés au régime général et à l'IRCANTEC
Le formulaire de prestations incapacité de travail ou récépissé de la déclaration faite en ligne via Connecteam	X	X
Le bulletin de salaire du mois précédant la date de survenance, soit la date de début du sinistre	X	X
En cas de MO : Les décomptes de la Sécurité sociale depuis le 1 ^{er} jour d'arrêt de travail + l'arrêté de la collectivité précisant les périodes de plein et demi-traitement (ou le planning médical/liste de pointage)		X
En cas de MO : La copie de l'avis d'arrêt de travail initial + l'arrêté de la collectivité précisant les périodes de plein et demi-traitement A défaut : la copie des avis d'arrêt de travail depuis le 1 ^{er} jour d'arrêt + planning médical (liste de pointage) précisant les périodes de plein et demi-traitement	X	
En cas LM/LD/DO : : l'arrêté d'octroi précisant les périodes de plein et demi-traitement avec une date de fin de période d'indemnisation.	X	X
Le(s) bulletin(s) de salaire où figure(nt) les primes exceptionnelles (si assurées et cotisées).	X	X

PRESTATIONS

EN CAS DE PROLONGATION D'ARRÊT DE TRAVAIL

Justificatifs à nous adresser	Agents titulaires ou stagiaires affiliés à la CNRACL	Agents titulaires, stagiaires, non titulaires, affiliés au régime général et à l'IRCANTEC
<p>En cas de MO : L'arrêté de la collectivité précisant les périodes de plein et demi-traitement</p> <p>A défaut : la copie des avis d'arrêt de travail depuis le 1^{er} jour d'arrêt + planning médical (liste de pointage) précisant les périodes de plein et demi-traitement</p>	X	
<p>En cas de MO : Les décomptes de la Sécurité sociale de prolongation + l'arrêté de la collectivité précisant les périodes de plein et demi-traitement (ou le planning médical/liste de pointage)</p>		X
<p>En cas de LM/LD/DO : l'arrêté de renouvellement précisant les périodes de plein et demi-traitement avec une date de fin de période d'indemnisation ou tout justificatif avec une date de fin d'arrêt de travail.</p>	X	X

EN CAS D'ARRÊT DE TRAVAIL DES ASSISTANT(E)S FAMILIAL(E)S/ MATERNEL(LE)S ET AGENTS DE DROIT PRIVE

Justificatifs à nous adresser :

- > Le formulaire de prestations incapacité de travail ou déclaration faite en ligne via Connecteam.
- > L'arrêté mentionnant les périodes et montants à 90 % et 2/3 de la rémunération maintenue par l'employeur.
- > Les 12 bulletins de salaire précédant l'arrêt de travail initial.
- > Les décomptes de la Sécurité sociale à compter du 1^{er} jour d'arrêt de travail.
- > **En cas de prolongation** : les décomptes de la Sécurité sociale ainsi que l'arrêté mentionnant les périodes et montants à 90 % et 2/3 de la rémunération maintenue par l'employeur.

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

DELAIS DE DÉCLARATION RELATIFS AUX PRESTATIONS INCAPACITÉ

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 du 1^{er} jour indemnisable.**

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

PRESTATIONS

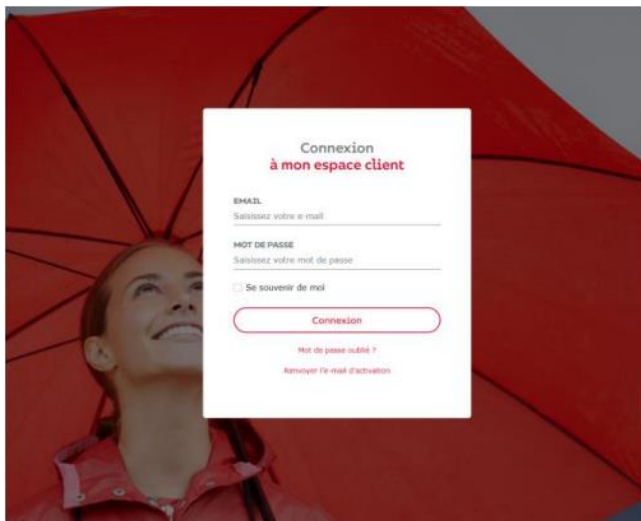
OUTIL DE GESTION DES PRESTATIONS PRÉVOYANCE

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 notre extranet Connecteam.

Pour vous inscrire il vous suffit de nous retourner complété et signé le formulaire d'inscription (cf. annexe) 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, chaque personne habilitée à utiliser Connecteam recevra un email comportant un lien afin de créer leur mot de passe. Chaque gestionnaire possède donc des identifiants uniques. L'identifiant correspond à l'adresse mail renseignée dans le formulaire.

Pour vous identifier, rien de plus simple :



Pensez à créer votre mot de passe lors de votre 1^{ère} connexion !

En cas de résiliation du contrat, le service Connecteam restera accessible pendant 1 an à compter de la date de résiliation.

Après votre connexion, vous arrivez sur la page d'accueil de votre espace client qui regroupe :

LE GESTION DE VOS ÉTABLISSEMENTS

Si vous assurez la gestion de plusieurs établissements, vous retrouverez la liste complète à cet endroit.

VOTRE ACCES A L'ESPACE PRÉVOYANCE

Cliquez sur « Prévoyance » pour déclarer vos arrêts, retrouver la liste des sinistres et suivre vos prestations.

VOS FORMULAIRES EN LIGNE

Téléchargez les différents formulaires de prestation.



PRESTATIONS

OUTIL DE GESTION DES PRESTATIONS PRÉVOYANCE

Après votre connexion, vous arrivez sur la page d'accueil de votre espace client qui regroupe :

LE GESTION DE VOS ÉTABLISSEMENTS

Si vous assurez la gestion de plusieurs établissements, vous retrouverez la liste complète à cet endroit.

VOTRE ACCES A L'ESPACE PRÉVOYANCE

Cliquez sur « Prévoyance » pour déclarer vos arrêts, retrouver la liste des sinistres et suivre vos prestations.

VOS FORMULAIRES EN LIGNE

Téléchargez les différents formulaires de prestation.

TUTOS

Apprenez à utiliser votre espace client en ligne grâce à nos tutos qui présentent le fonctionnement des différentes fonctionnalités

The screenshot shows the 'Espace Client Employeur' interface. At the top, there is a navigation bar with the Collecteam logo, 'Espace Client Employeur', 'Nous contacter', and 'Mon espace client'. Below this is a red banner with 'GÉRER MES ÉTABLISSEMENTS' and a dropdown menu for 'CCAS DE MEZE'. The main content area is titled 'VOS ESPACES EN LIGNE' and contains two cards: 'Prévoyance' with the Connecteam logo and 'Santé' with a description: 'Affiliation et radiation des assurés en ligne, consultation du nombre d'adhérents par régime, etc.'. Below this is the 'VOS FORMULAIRES EN LIGNE' section, which lists several downloadable forms: 'Formulaire de demande de prestation décès FPT', 'Formulaire de demande de prestation invalidité FPT', 'Formulaire de demande de prestation incapacité pour les collectivités (si non utilisateur de Connecteam)', 'Formulaire de demande de prestation incapacité pour les CDG (si non utilisateur de Connecteam)', and 'Formulaire de demande de contrôle médical FPT'. Each form has a 'Télécharger' link.

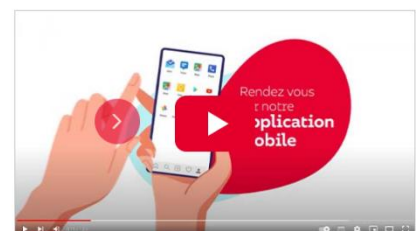
TUTORIELS



Utilisation de l'espace prévoyance Connecteam



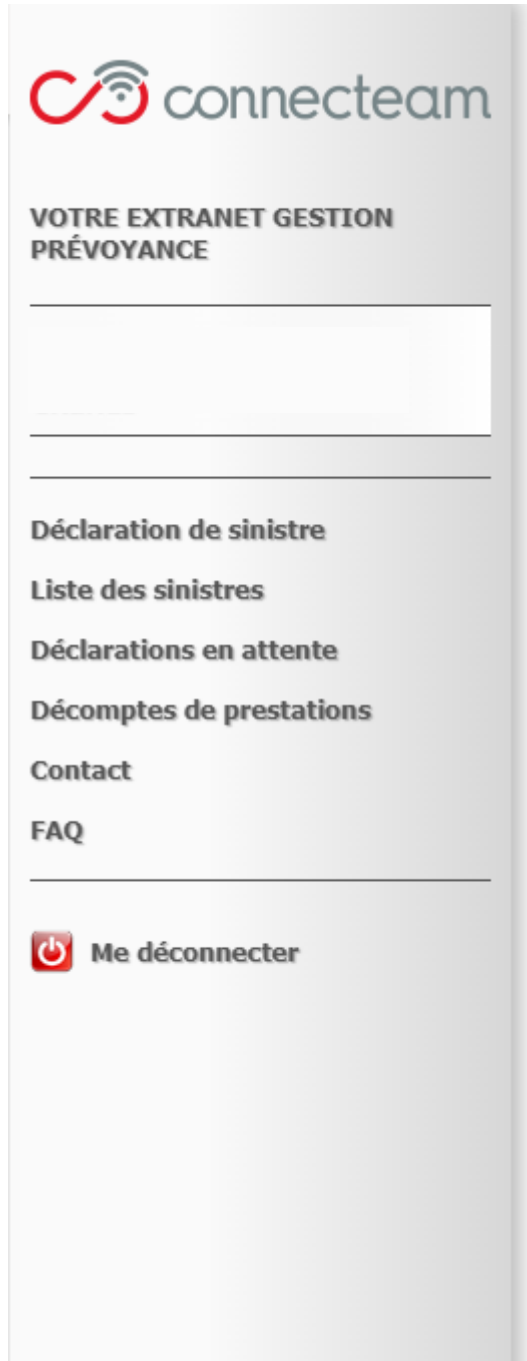
Présentation espace santé La Chapelle-Saint-Mesmin (employeur)



Application santé Collecteam La Chapelle Saint-Mesmin

PRESTATIONS

VOUS AUREZ ACCES 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, effectuer des prolongations et visualiser l'ensemble des pièces justificatives que vous avez envoyées.

> Décomptes de prestations

Vous pouvez télécharger (format Excel) vos décomptes de prestations prévoyance en effectuant une recherche par période souhaitée ou par assuré.

> Contact

Cet espace vous permet de nous poser des questions ou de nous transmettre toute information concernant l'étude des dossiers déclarés.

> 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.

PRESTATIONS

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.

La collectivité doit communiquer à Collecteam dès qu'elle en a connaissance la date de passage de MO en LM / LD avant la régularisation positive sur le salaire de l'agent et l'informer que Collecteam va lui demander le remboursement du trop-perçu.

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 INVALIDITÉ/DÉCÈS

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

Tél. 02.36.56.00.99

Mail gestion-inv@collecteam.fr

POLE DECES

Tél. 02.36.56.00.89

Mail gestion-deces@collecteam.fr

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.

PRESTATIONS

AGENTS CNRACL

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

PRESTATIONS

AGENTS IRCANTEC

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

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

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

OBLIGATION TRACFIN ET SERVICE QUALITÉ

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 QUALITÉ

Notre politique qualité s'articule autour de 3 axes :

- > Mesurer la satisfaction de nos clients et assurer l'amélioration continue
- > Traiter les réclamations et suivre leur résolution
- > Suivre l'atteinte des objectifs qualité de chaque service et mesurer les éventuels écarts.

Notre service Qualité et Audit interne pilote et coordonne l'ensemble de nos actions qualité et s'assure du respect de nos obligations en matière de :

- > Cartographie et gestion des risques conformément aux directives « Solvabilité II »
- > Délégation de gestion
- > Traitement de la réclamation conformément aux recommandations de l'ACPR

Nous mettons à votre disposition une adresse mail dédiée en cas de mécontentement :

reclamation@collecteam.fr

- > Mesure de la satisfaction clients



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 PRINCIPE

LE CONTROLE MEDICAL 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 PROCÉDURE

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.

LE SERVICE CONTROLE MÉDICAL

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

CONTROLE MEDICAL

Tél. 02.36.56.01.33

Mail controlemedical@collecteam.fr

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 ».

INFORMATION ET COMMUNICATION

PRÉVENTION

Au cœur de son engagement, Collecteam déploie une stratégie proactive en matière de prévention, illustrée à travers de nombreuses initiatives :

- > newsletters dédiées à la prévention
- > webinaires animés par des experts renommés tels que des addictologues, médecins, psychologues, professionnels RH...
- > sessions « Café Prévention », offrant une tribune pour poser toutes vos questions à notre spécialiste prévention.

Découvrez également un panorama complet de contenus, comprenant les évolutions réglementaires, des actualités métier, un volet juridique sur vos obligations employeur, ainsi que des astuces pour accompagner vos salariés dans leur quotidien.

Ces supports dématérialisés, également accessibles depuis votre espace client, sont conçus pour faciliter la transmission d'informations.

Ainsi vous pouvez utiliser nos supports pour les mettre à disposition de vos salariés, via un intranet ou directement par mail.

Collecteam vous assure une veille préventive de qualité, renforçant la santé et le bien-être de vos équipes.

NEWSLETTERS

En plus de la partie prévention, nous émettons plusieurs publications sur des sujets très différents, également disponibles dans votre espace client :

- > Jurinfos : entièrement dédié à l'analyse d'un point important de l'actualité juridique de la protection sociale complémentaire.
- > Flash santé : rédigé en fonction de l'actualité liée aux modifications de remboursement de la Sécurité sociale ainsi qu'aux nouveautés réglementaires ayant des incidences sur la prise en charge des assurés.
- > Collecteam Info : présente des actualités généralistes sur la protection sociale complémentaire.

NEWSLETTERS



Cancer du sein : accompagner un proche face à la maladie

OCTOBRE 2023



Accord national du 11 juillet 2023

OCTOBRE 2023



QVCT : les étapes clés pour une démarche réussie

JUIN 2023

ANNEXES

FICHE DE CONTROLE DES ADHESIONS

MODELES D'ARRETES DE CONGE MALADIE

MODELE DE LISTE DE POINTAGE EN CAS DE MALADIE

Joint par mail :

FORMULAIRE D'INSCRIPTION CONNECTEAM

BULLETIN INDIVIDUEL D'ADHESION

RESUME DES GARANTIES PREVOYANCE

BULLETIN DE MODIFICATION OU RADIATION

FORMULAIRE DE DEMANDE DE CONTROLE MEDICAL

Collecteam s'est mise en conformité avec la réglementation européenne relative à la protection des données personnelles (RGPD) entrée en vigueur le 25 mai 2018.

Collecteam a toujours été soucieuse de la confidentialité des données personnelles gérées, et a toujours opté pour les principes de collecte minimale et de stricte utilisation de ces données dans le seul cadre de la gestion du contrat, la lutte contre la fraude et le blanchiment, et la vérification de la conformité légale et réglementaire, à l'exclusion de toute autre utilisation. 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 sont conservées au maximum cinq ans pour les dossiers d'incapacité de travail et d'invalidité et dix ans pour les dossiers décès après la clôture du sinistre.

Conformément au Règlement (UE) 2016/679 relatif à la protection des données à caractère personnel, nos assurés disposent des droits suivants sur leurs 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. Peuvent également être définies des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication des données à caractère personnel après le décès.

Ces droits peuvent s'exercer par courrier ou par mail à l'attention de notre Délégué à la Protection des Données (Collecteam - 13 Rue de Croquechâtaigne – BP 30064 - 45380 La Chapelle-Saint-Mesmin / dpo@Collecteam.fr) en joignant une copie d'une pièce d'identité.

Pour toute question relative à ce sujet, vous pouvez entrer en relation avec le Délégué à la Protection des Données de Collecteam : dpo@Collecteam.fr

FICHE DE CONTROLE DES ADHÉSIONS

Motifs bulletins incomplets ou erronés

<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.

MODÈLES D'ARRÊTES DE CONGÉ 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

MODÈLE DE LISTE DE POINTAGE EN CAS DE MALADIE

Généralités

Type arrêt ▼

Mois à partir de

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
Mois- année	P																														
Mois- année																								P	P	P	P				
Mois- année					P	P	P	P	P	P	P	P																			
Mois- année	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P															P	P	P	P	P
Mois- année																															
Mois- année	P	P	P											P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
Mois- année																															
Mois- année																															
Mois- année																															
Mois- année																															
Mois- année																															
Mois- année																															
Mois- année	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P																				
Mois- année	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	D
Mois- année	D	D	D	P	P	P	P	P	P	P	P	P	D	D	D	D															