

ANNEXE A L'ACTE D'ENGAGEMENT

ENGAGEMENT DE GESTION

Les engagements en matière de gestion sont pris par le candidat ou son mandataire :

ENGAGEMENTS EN MATIERE DE GESTION – CONTRATS D'ASSURANCE	Réponse	Qui assume l'engagement ? Cocher la case	
		Candidat	Mandataire
FOURNITURE DE DONNEES STATISTIQUES			
Le souscripteur souhaite disposer d'un état de sinistralité détaillé reprenant les sinistres par catégorie d'agents et l'état des dossiers. Indiquer si vous êtes en mesure de fournir ce type d'état :	<input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON		
Information sur le montant des règlements effectués aux prestataires de santé :	<input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON		
Information sur le montant des recours et des provisions :	<input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON		
GESTION DU CONTRAT			
Formation à un outil informatique / extranet à la personne chargée des dossiers au sein de la Collectivité	<input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON		
Est-il proposé un service de contrôle médical et/ou d'expertise (<i>hors expertises rendues nécessaires pour la gestion administrative du dossier</i>) pour les <u>risques assurés</u> ? Si oui Ce contrôle médical et/ou expertise est-il à la charge exclusive de l'assureur ?	<input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON		
Est-il proposé un service de contrôle médical et/ou d'expertise pour les <u>risques non assurés</u> ? Si oui Quel est le coût d'un contrôle / d'une expertise proposée par l'assureur sur demande de la collectivité : - contrôle médical : - expertise médicale :	<input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON		
GESTION DES SINISTRES			
Déclaration de sinistre par extranet :	<input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON		
Délais de déclaration des sinistres : Décès : Accident de travail : Autres garanties :			
Maintien de ces délais après résiliation du contrat :	<input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON		
Consultation par extranet de l'état des dossiers en cours et des règlements y compris pour le tiers payant :	<input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON		
Continuez-vous à prendre en charge les frais de soins (en cours) lorsque l'agent ne fait plus partie de l'effectif de la ville	<input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON		
L'assureur accepte-t-il de prendre en charge le remboursement à charge de la collectivité dans le cadre d'une disponibilité d'office d'un agent dans l'attente de l'avis du Comité médical / Commission de Réforme sans que l'agent ait été au préalable placé en mi-temps thérapeutique pour inapte aux fonctions ?	<input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON		
Conditions de prise en charge des frais d'ostéopathie (nombre de séances maximum / forfait annuel par agent) :			
Conditions de prise en charge des montures (forfait / circulaire 2006) :			
Conditions de prise en charge des prothèses médicalement prescrites NON reconnues par la sécurité sociale / reconnue par la sécurité sociale :			

ANNEXE A L'ACTE D'ENGAGEMENT

ENGAGEMENTS EN MATIERE DE GESTION – CONTRATS D'ASSURANCE	Réponse	Qui assume l'engagement ? Cocher la case	
		Candidat	Mandataire
MOYENS MIS A DISPOSITION			
Mise à disposition d'un interlocuteur privilégié pour la gestion du contrat ?	<input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON		
Réunion annuelle de présentations des résultats / travail sur les dossiers ?	<input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON		
Informations juridiques sur le statut : <u>Si non, modalités :</u>	Service gratuit : <input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON		
Soutien, Assistance psychologique : <u>Si non, modalités :</u>	Service gratuit : <input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON		
Actions de prévention des risques : <u>Si non, modalités :</u>	Service gratuit : <input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON		
Actions de réadaptation / rééducation professionnelles suite à un AT/MP <u>Si non, modalités :</u>	Service gratuit : <input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON		
Lorsque l'assureur effectue un recours contre un tiers responsable, ce recours est-il gratuit pour l'assuré ? <u>Si non, modalités :</u>	<input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON		
Lorsque l'assureur effectue un recours contre un tiers responsable accepte-t-il d'intégrer gratuitement dans le recours les sommes restant à charge de la collectivité (franchise / charge patronales...) <u>Si non, modalités :</u>	<input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON		
L'assureur accepte-t-il d'effectuer les recours sur les risques non souscrits : <u>Si non, modalités :</u>	<input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON		
Autre(s) service(s) proposé(s) par le candidat qu'il juge utile de porter à la connaissance de la collectivité :			

<p>Fait à :</p> <p>Le :</p>	<p>Signature du candidat et cachet :</p>
-----------------------------	--