

**CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE
DES JARDINERIES ET GRAINETERIES**

CONDITIONS GENERALES

REGIME DE PREVOYANCE CONVENTIONNEL

GARANTIES PREVOYANCE

(Référencées CG-CCN JARDINERIE-PREV- octobre 2013)

SOMMAIRE

TITRE I ADHESION AU REGIME CONVENTIONNEL.....	3
ARTICLE 1 - OBJET DU CONTRAT	3
ARTICLE 2 – ADHESION	3
ARTICLE 3 - DUREE DE L'ADHESION AU CONTRAT - RENOUELEMENT	3
ARTICLE 4 - CONDITIONS D’AFFILIATION DES PARTICIPANTS	3
ARTICLE 5 – PRISE EN CHARGE DES RISQUES EN COURS.....	5
CHAPITRE I – GARANTIES DECES	8
ARTICLE 6 – CAPITAL DECES TOUTES CAUSES	8
ARTICLE 7 – FRAIS D’OBSEQUES.....	8
ARTICLE 8 – DOUBLE EFFET CONJOINT	8
ARTICLE 9 – INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE.....	8
ARTICLE 10 – RENTE ÉDUCATION (assurée par l’OCIRP)	9
ARTICLE 11 – RENTE HANDICAP (assurée par l’OCIRP).....	9
ARTICLE 12 – BÉNÉFICIAIRE(S) EN CAS DE DÉCÈS	10
ARTICLE 13 – DELAIS DE VERSEMENT	10
CHAPITRE II – GARANTIES ARRET DE TRAVAIL.....	10
ARTICLE 14 – INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL	10
ARTICLE 15 – INVALIDITE – INCAPACITE PERMANENTE PROFESSIONNELLE	11
ARTICLE 16 – REGLE DE CUMUL DES PRESTATIONS ARRET DE TRAVAIL.....	12
TITRE III DISPOSITIONS GENERALES	14
ARTICLE 17 – ENTREE EN VIGUEUR DES GARANTIES –SUSPENSION ET CONDITIONS DE MAINTIEN.....	14
ARTICLE 18 –CESSATION DES GARANTIES	14
ARTICLE 19 – MAINTIEN DES GARANTIES	14
ARTICLE 20 - ASSIETTE ET TAUX DE COTISATION	16
ARTICLE 21 - PAIEMENT DES COTISATIONS.....	16
ARTICLE 22 - EXONERATION DES COTISATIONS.....	16
ARTICLE 23 - DECLARATION ANNUELLE DES SALAIRES ET REGULARISATION	17
ARTICLE 24 - SALAIRE DE REFERENCE	18
ARTICLE 25 - REVALORISATION DU SALAIRE DE REFERENCE	18
ARTICLE 26 - REVALORISATION DES PRESTATIONS	18
ARTICLE 27 - DISPOSITIONS PARTICULIERES CONCERNANT LE VERSEMENT DES PRESTATIONS DECES.....	18
ARTICLE 28 - DEFINITION DU CONJOINT	19
ARTICLE 29 - DEFINITION DES PERSONNES A CHARGE.....	19
ARTICLE 30 - EXCLUSIONS.....	20
ARTICLE 31 - PRESCRIPTION	21
ARTICLE 32 - DÉCLARATION.....	21
ARTICLE 33 - MAINTIEN DES PRESTATIONS INCAPACITÉ / INVALIDITÉ EN COURS APRÈS RÉSILIATION.....	21
ARTICLE 34 - MAINTIEN DES GARANTIES DÉCÈS POUR LES ARRETS DE TRAVAIL EN COURS À LA DATE DE RÉSILIATION.....	22
ARTICLE 35 - CLAUSE DE SUBROGATION.....	22
ARTICLE 36 - DISPOSITIONS DIVERSES.....	22
ARTICLE 37 - CONTROLE - RECLAMATION	23
POUR MIEUX SE COMPRENDRE.....	24
VERSEMENT DES PRESTATIONS	25
L’ACTION SOCIALE : UNE DIMENSION HUMAINE.....	29

TITRE I

ADHESION AU REGIME CONVENTIONNEL

ARTICLE 1 - OBJET DU CONTRAT

Les partenaires sociaux de la Convention collective nationale des jardinerie et graineterie (dénommée ci-après "la Convention collective") ont signé un accord paritaire national en date du 11 juin 2009, instaurant les garanties du régime de prévoyance obligatoire au profit des salariés de la branche.

L'entreprise, ci-après dénommée « l'Adhérent » relevant de la Convention collective nationale des jardinerie et graineterie, a souscrit le contrat d'adhésion mis en œuvre par Humanis Prévoyance, Institution de prévoyance régie par les dispositions du Titre III du livre IX du code de la Sécurité sociale, dont le siège social est à Paris (75014), 29 boulevard Edgar Quinet, ci-après dénommée « l'Institution ».

Les présentes Conditions Générales fixent les conditions dans lesquelles l'INSTITUTION garantit aux participants ou à leurs ayants-droit les prestations Décès et Arrêt de Travail prévues par la Convention collective.

HUMANIS PREVOYANCE est par ailleurs habilitée à gérer la garantie rente éducation et la rente handicap assurées par l'OCIRP, Organisme Commun des Institution de Rente et de Prévoyance - Union d'institutions de prévoyance régie par le code de la Sécurité sociale.

ARTICLE 2 – ADHESION

Afin de souscrire le contrat d'adhésion, l'entreprise devra retourner à l'Institution ledit contrat d'adhésion, dûment rempli, daté et signé.

L'adhésion est acquise à l'entreprise, ci-après dénommée « l'Adhérent » à la date d'effet indiquée au contrat d'adhésion contresigné et retourné à l'entreprise.

ARTICLE 3 - DUREE DE L'ADHESION AU CONTRAT - RENOUELEMENT

Sous réserve de l'acceptation par l'Institution et en tout état de cause à l'issue des vérifications réglementaires incombant aux entreprises d'assurance, l'adhésion de l'entreprise prend effet à la date indiquée au contrat d'adhésion et expire le 31 décembre de l'année de l'adhésion. Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1er janvier de chaque année, sauf dénonciation par l'une ou l'autre des parties effectuée par lettre recommandée moyennant le respect d'un préavis de deux mois. La dénonciation doit être adressée à l'Institution au plus tard le 31 octobre de l'année en cours, le cachet de la poste faisant foi. Elle ne prend effet qu'au 31 décembre de la même année.

ARTICLE 4 - CONDITIONS D’AFFILIATION DES PARTICIPANTS

4.1 Obligations déclaratives et d'information de l'Adhérent

L'ADHERENT s'engage à :

1. Communiquer à l'INSTITUTION la ou les Catégories de personnes physiques travaillant pour son compte et dont elle souhaite assurer la couverture par le présent contrat.

La définition de ces Catégories est à la charge exclusive de l'ADHERENT.

L'INSTITUTION ne saurait être garante de la conformité de ces définitions aux dispositions des articles R. 242-1-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale.

2. Répondre exactement aux questions de l'INSTITUTION relatives à la ou les Catégories de personnes physiques travaillant pour le compte de l'ADHERENT qu'il envisage de garantir. Doivent être notamment fournies les caractéristiques socio-démographiques de la Catégorie.
3. Veiller au paramétrage exhaustif de sa DSN selon la fiche de paramétrage fournie par l'INSTITUTION pour

son ou ses contrats de prévoyance complémentaire, si l'ADHERENT entre dans le périmètre de la DSN.

4. Communiquer à l'INSTITUTION, sur support papier ou dématérialisé, la Déclaration d'Affiliation visée à l'article 5.1 dûment renseignée par chaque PARTICIPANT si les données nécessaires à l'affiliation et à l'enregistrement des garanties (en cas de choix d'option) ne sont pas transmises par la DSN. Cette communication doit intervenir dans un délai de trente jours suivant :

- soit la date d'effet du contrat,
- soit la date de l'entrée du PARTICIPANT dans la ou les Catégories définies au Contrat d'adhésion.

L'ADHERENT peut communiquer à l'INSTITUTION, en lieu et place des Déclarations d'Affiliation susvisées, sur tout support de son choix, dématérialisé ou non, une liste de toutes les personnes physiques travaillant pour le compte de l'ADHERENT entrant dans la ou les Catégories définies au Contrat d'adhésion, et comprenant notamment leurs nom, prénom, date de naissance et numéro de Sécurité Sociale.

5. Communiquer à l'INSTITUTION la liste des anciens salariés bénéficiant à la date d'effet du contrat, du maintien de leurs garanties Prévoyance au titre de la portabilité des droits, afin de permettre à l'INSTITUTION d'étudier ce maintien par le présent contrat

6. Déclarer à l'INSTITUTION toute personne physique travaillant pour l'ADHERENT qui, au cours du contrat, entre dans la ou les Catégories définies au Contrat d'adhésion, si les données nécessaires à l'affiliation et à l'enregistrement des garanties (en cas de choix d'option) ne sont pas transmises par la DSN.

7. Déclarer à l'INSTITUTION tout PARTICIPANT qui, au cours du contrat, quitte l'entreprise ou sort de la ou les Catégories définies au Contrat d'adhésion, notamment suite à une évolution dans une autre Catégorie, si l'ADHERENT n'entre pas dans le périmètre de la DSN. L'ADHERENT précise la date et le motif du départ ou de l'évolution. La déclaration doit être effectuée dans les 30 jours du départ de l'entreprise ou du changement de Catégorie.

8. Déclarer à l'INSTITUTION tout PARTICIPANT dont le contrat de travail est suspendu et qui ne pourrait bénéficier du maintien de son affiliation au présent contrat en application de l'article 5.6.

9. Déclarer à l'INSTITUTION, au moins 15 jours avant le départ, tout projet de déplacement professionnel d'un ou de plusieurs PARTICIPANTS dans un pays en guerre civile ou étrangère ou tout pays figurant, à la date du départ, sur la liste des pays et régions déconseillés par le ministère français des Affaires étrangères (liste consultable sur le site internet de ce dernier). L'INSTITUTION se prononcera sur les conditions dans lesquelles les garanties souscrites peuvent être maintenues à ce ou ces PARTICIPANTS.

A défaut de déclaration préalable et/ou d'acceptation de la part de l'INSTITUTION, les Sinistres affectant le PARTICIPANT qui se produiraient au cours ou suite à ce déplacement n'ouvrent droit à aucune Prestation.

10. Déclarer impérativement à l'INSTITUTION, au moins 15 jours avant le départ :

- tout projet de déplacement professionnel aérien simultané de plus de 10 PARTICIPANTS ;
- tout déplacement professionnel maritime ou terrestre de plus de 30 PARTICIPANTS.

L'INSTITUTION se prononcera sur les conditions dans lesquelles les garanties souscrites peuvent être maintenues à ces PARTICIPANTS.

A défaut de déclaration préalable et d'acceptation de la part de l'INSTITUTION, les Sinistres affectant le PARTICIPANT qui se produiraient au cours ou suite à ce déplacement n'ouvrent droit à aucune Prestation.

11. Déclarer trimestriellement, à l'INSTITUTION, par le biais des appels de cotisations émis par celle-ci, l'effectif de la ou les Catégories de PARTICIPANTS et la masse salariale brute correspondant au total trimestriel des Rémunérations Brutes des PARTICIPANTS affiliés au présent contrat, ventilée par Tranche soumise à cotisations sociales, tant que ces informations ne sont pas transmises par l'ADHERENT ni traitées par l'INSTITUTION par les flux DSN.

12. Communiquer annuellement à l'INSTITUTION, au plus tard le 31 janvier de l'année N + 1, un état nominatif annuel des salaires par voie dématérialisée, tant que ces informations ne sont pas transmises par l'ADHERENT ni traitées par l'INSTITUTION par les flux DSN.

13. Déclarer à l'INSTITUTION, dès qu'il en a connaissance, tous les PARTICIPANTS :

- en arrêt de travail pour lesquels il a fait diligenter une contre-visite médicale ayant entraîné une mesure de suspension de son obligation de maintien de salaire,
- qui reprennent leur travail suite à un arrêt de travail indemnisé par l'INSTITUTION, si l'ADHERENT n'entre pas dans le périmètre de la DSN.

14. Informer l'INSTITUTION de la souscription de tout contrat de prévoyance collective auprès d'un autre assureur comportant une garantie Incapacité Temporaire de Travail et/ou Invalidité.

L'ADHERENT communique à l'INSTITUTION copie intégrale dudit contrat et s'engage à lui déclarer les PARTICIPANTS qui sont ou seront indemnisés au titre de ces garanties.

15. Transmettre aux membres du personnel appartenant à la ou les Catégories définies au Contrat d'adhésion, lorsque l'INSTITUTION l'a demandé, un questionnaire médical qui devra être dûment complété par eux et adressé sous enveloppe confidentielle au médecin conseil de l'INSTITUTION.

L'INSTITUTION se réserve la possibilité de réclamer des dommages-intérêts et/ou de prononcer la résiliation du contrat en cas de manquement par l'ADHERENT à l'une des obligations énoncées ci-dessus. A défaut de communication des documents demandés, la résiliation intervient à l'expiration d'un délai de 40 jours suivant l'envoi d'une mise en demeure par l'INSTITUTION.

4.2 Information des Participants

L'ADHERENT reconnaît avoir été informé par l'INSTITUTION des obligations qui lui incombent en vertu des dispositions de l'article L. 932-6 du Code de la Sécurité sociale, en sa qualité de souscripteur d'un contrat de prévoyance collective.

Conformément à ces dispositions, l'ADHERENT s'engage à remettre à chaque PARTICIPANT la notice d'information qui lui a été communiquée par l'INSTITUTION.

L'ADHERENT s'engage à porter à la connaissance de chacun d'eux, par écrit, les modifications des garanties, notamment en leur remettant l'addenda modificatif de ladite notice ou une nouvelle notice d'information rédigée par l'INSTITUTION. L'ADHERENT est seul responsable à l'égard du PARTICIPANT en l'absence de remise de la notice d'information ou de l'addenda modificatif à celle-ci.

4.3 Affiliation des membres du personnel

Le contrat d'adhésion entraîne l'affiliation, à titre obligatoire de l'ensemble des salariés de l'Adhérent. Lors de l'adhésion de l'Adhérent ou de son entrée en fonction, chaque Participant renseigne et signe la Déclaration d'Affiliation établie par l'Institution.

Il y précise notamment son état civil.

Il appartient à l'Adhérent de s'assurer que l'Institution a bien eu connaissance, dans les conditions visées ci-dessus, de l'ensemble des membres du personnel ayant vocation à profiter des garanties.

Le défaut de déclaration, par l'Adhérent, d'un membre du personnel éligible aux présentes garanties emporte la seule responsabilité de l'Adhérent.

ARTICLE 5 – PRISE EN CHARGE DES RISQUES EN COURS

En application de la Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, de la Loi n° 94-678 du 8 août 1994, de la Loi n° 2001-624 du 17 juillet 2001 et de la Loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010, les salariés des entreprises ayant régularisé leur adhésion auprès de l'Institution sont garantis à la prise d'effet de l'accord pour les prestations suivantes :

Article 5.1 – Pour les entreprises ayant souscrit antérieurement un contrat d'assurance collective du régime de prévoyance

5.1.1. Pour les entreprises ayant souscrit antérieurement le contrat d'assurance collective du régime de prévoyance mis en œuvre par l'Institution

1/ Les personnes en arrêt de travail au jour de la date d'effet du contrat d'adhésion, et titulaires d'une rente d'incapacité temporaire de travail ou d'une rente d'invalidité au titre du régime conventionnel obligatoire antérieurement souscrit par l'entreprise auprès de l'Institution bénéficient au titre du contrat :

- de la revalorisation de leur rente perçue au titre du contrat de prévoyance collective souscrit antérieurement, selon les conditions prévues dans les présentes Conditions Générales,
- de la revalorisation de la base des garanties Décès, selon les conditions prévues dans les présentes Conditions Générales;
- des garanties décès revalorisées au titre de l'alinéa précédent, pour le montant éventuel des prestations excédant celui des garanties décès maintenues par l'ancien assureur conformément à l'article 7 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 (loi Evin),

2/ Les titulaires de rente éducation au titre du régime conventionnel obligatoire antérieurement souscrit par l'entreprise auprès de l'Institution, bénéficient au titre des présentes Conditions Générales :

- de la revalorisation de leur rente perçue au titre du contrat de prévoyance antérieur, dans les conditions prévues aux présentes Conditions Générales.

Pour ces entreprises, aucun surcoût n'est applicable.

5.1.2. Pour les entreprises ayant souscrits antérieurement un contrat de prévoyance collective obligatoire auprès d'un autre Organisme assureur

1/ Les personnes en arrêt de travail au jour de la date d'effet du contrat d'adhésion, et titulaires d'une rente d'incapacité temporaire de travail ou d'une rente d'invalidité au titre du régime conventionnel obligatoire antérieurement souscrit par l'entreprise auprès d'un autre Organisme assureur bénéficient au titre du contrat :

- de la revalorisation de leur rente perçue au titre du contrat de prévoyance collective souscrit antérieurement, selon les conditions prévues dans les présentes Conditions Générales,
- de la revalorisation de la base des garanties Décès, selon les conditions prévues aux présentes Conditions Générales;
- des garanties décès revalorisées au titre de l'alinéa précédent, pour le montant éventuel des prestations excédant celui des garanties décès maintenues par l'ancien assureur conformément à l'article 7 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 (loi Evin),

2/ Les titulaires de rente éducation au titre du régime conventionnel obligatoire antérieurement souscrit par l'entreprise auprès d'un autre organisme assureur, bénéficient au titre des présentes Conditions Générales:

- de la revalorisation de leur rente perçue au titre du contrat de prévoyance antérieur, dans les conditions prévues aux présentes Conditions Générales.

Pour ces entreprises, une pesée spécifique du risque sera réalisée afin d'en tirer les conséquences au regard de la mutualisation des contrats d'assurance souscrits dans le cadre des présentes Conditions Générales. L'Institution calculera la prime nécessaire à la constitution des provisions correspondantes à la sauvegarde de l'équilibre technique des contrats d'assurance. Une cotisation additionnelle ou une prime unique pourra être réclamée par l'Institution aux entreprises se trouvant dans la situation ci-dessus.

Article 5.2 -Pour les entreprises n'ayant pas souscrit antérieurement un contrat de prévoyance collective sous l'ancien régime

Les personnes en arrêt de travail à la date d'effet du contrat d'assurance et dont le contrat de travail est toujours en cours à cette date, bénéficient des garanties prévues aux présentes Conditions Générales dès sa date d'effet en cas de changement d'état médical,

Le changement médical s'entend :

- du passage de l'état d'incapacité temporaire à l'invalidité,
- du passage de l'état d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité au décès,
- de l'aggravation de l'état d'invalidité.

Pour ces entreprises, une pesée spécifique du risque sera réalisée afin d'en tirer les conséquences au regard de la mutualisation des contrats d'assurance souscrits. L'Institution calculera la prime nécessaire à la constitution des provisions correspondantes à la sauvegarde de l'équilibre technique des contrats d'assurance. Une cotisation additionnelle ou une prime unique pourra être réclamée par l'Institution aux entreprises se trouvant dans la situation ci-dessus.

TITRE II

GARANTIES

CHAPITRE I – GARANTIES DECES

ARTICLE 6 – CAPITAL DECES TOUTES CAUSES

Article 6.1. Décès « Toutes Causes » (hors accident)

En cas de décès d'un participant, quelle qu'en soit la cause, l'Institution verse en une seule fois au(x) bénéficiaire(s) désigné(s), un capital dont le montant est précisé en annexe I des présentes Conditions Générales.

Article 6.2 Décès « par accident »

En cas de décès avant la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale et/ou d'une ou plusieurs retraites complémentaires, des suites directes d'un accident survenu dans les 12 mois de date à date qui suivent l'accident, l'Institution verse, en substitution du capital décès « toutes causes » hors accident, en une seule fois au(x) bénéficiaire(s) désigné(s), un capital dont le montant est précisé en annexe I des présentes Conditions Générales.

Par « accident », il faut entendre toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part du participant et provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure. **Les événements totalement ou partiellement provoqués par une cause pathologique ou survenus alors que le participant se trouve sous l'emprise de la drogue ou de l'alcool ne sont pas considérés par l'Institution comme des accidents.**

ARTICLE 7 – FRAIS D'OBSEQUES

En cas de décès du participant, du conjoint, du partenaire lié par un PACS, du concubin, ou d'un enfant à charge, l'Institution prévoit le remboursement à la personne ayant acquitté les frais d'obsèques ou à l'organisme désigné par la personne en charge des obsèques, des frais engagés dans la limite mentionnée en annexe I des présentes Conditions Générales.

Aucune prestation n'est versée si le défunt est âgé de moins de 12 ans, s'il est majeur sous tutelle ou s'il est une personne placée en établissement psychiatrique.

ARTICLE 8 – DOUBLE EFFET CONJOINT

Si le conjoint non divorcé ou non séparé de corps judiciairement (ou le partenaire lié par un PACS non dissout ou le concubin non séparé) décède après le participant et avant la liquidation de sa pension vieillesse de la Sécurité sociale en ayant encore une ou plusieurs personnes à charge, il est versé aux personnes à charge un second capital dont le montant est fixé en annexe I des présentes Conditions Générales.

La part du capital correspondant aux charges supplémentaires de famille qui existaient lors du décès du participant est versée selon le cas, soit en totalité à la personne à charge, soit par parts égales aux différentes personnes à charge lors du décès de son conjoint (ou du partenaire lié par un PACS ou du concubin non séparé).

Si le décès du participant et celui de son conjoint, surviennent dans le délai maximum de 24 h suivant un accident indépendant de leur volonté et provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure, il est versé aux personnes à charge un second capital dont le montant est fixé en annexe I des présentes Conditions Générales.

ARTICLE 9 – INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE

HORS ACCIDENT

Le participant est considéré en état d'invalidité absolue et définitive lorsqu'il est prouvé qu'il est, de façon irréversible dans l'impossibilité totale d'exercer une profession quelconque et en outre, dans l'obligation d'avoir

recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

Si le participant est atteint, avant la date de la liquidation de sa pension vieillesse de la Sécurité sociale et/ou d'une ou plusieurs retraites complémentaires, d'une invalidité absolue et définitive reconnue par l'Institution, il peut lui être versé par anticipation, le capital prévu en cas de décès « toutes causes » (hors accident), ainsi que la rente éducation.

PAR ACCIDENT

Lorsque l'invalidité absolue et définitive résulte d'un accident et survient dans les douze mois qui suivent cet accident (de date à date), il peut être versé au participant par anticipation le capital prévu en cas de décès "par accident".

En tout état de cause, la demande doit être formulée par le participant avant la date de liquidation de sa pension vieillesse de la Sécurité sociale et/ou d'une ou plusieurs retraites complémentaires.

ARTICLE 10 – RENTE ÉDUCATION (assurée par l'OCIRP)

En cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive d'un participant, l'Institution verse à chaque enfant à charge tels que définis à l'article 29 une rente annuelle temporaire dont le montant annuel est fixé en annexe I des présentes Conditions Générales.

En cas de pluralité de rentes d'éducation, elles seront plafonnées au montant du salaire brut annuel de référence (douze derniers mois pleins ou reconstitués)

La rente est doublée pour les orphelins des deux parents

En cas de décès du participant, la rente d'éducation susvisée est versée à chaque enfant handicapé, sans limitation de durée en cas d'invalidité avant le 25^{ème} anniversaire, équivalente à l'invalidité de deuxième ou troisième catégorie de la Sécurité sociale justifiée par un avis médical ou tant qu'il bénéficie de l'allocation d'adulte handicapé civil, sous réserve d'être âgé de moins de 25 ans à la date du décès.

Les rentes d'éducation sont versées à terme échu à la fin de chaque trimestre civil. Un prorata est versé pour la période s'écoulant entre la date du décès du participant et l'échéance trimestrielle suivante.

La rente d'éducation cesse d'être versée :

- à la fin du trimestre civil au cours duquel les enfants atteignent leur 18^{ème} anniversaire, lorsqu'à cet âge ils ne sont plus considérés à charge par l'Institution,
- à la fin du trimestre civil qui suit celui de la fin des études, ou de la fin de l'infirmité les privant d'exercer une activité rémunératrice,
- à la date de décès du bénéficiaire, sans arrérages pour la période écoulée depuis la dernière échéance,
- et au plus tard à la fin du trimestre civil au cours duquel les enfants atteignent leur 25^{ème} anniversaire.

La rente aux enfants handicapés cesse d'être versée au décès du bénéficiaire.

ARTICLE 11 – RENTE HANDICAP (assurée par l'OCIRP)

Cette garantie a pour objet d'assurer, en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive du Participant quelle qu'en soit la cause, le versement d'une rente viagère handicap ou d'un capital au bénéfice de chaque enfant handicapé à charge atteint d'une infirmité physique et/ou mentale.

Les Bénéficiaires sont le ou les enfant(s) du salarié reconnu(s) comme handicapé(s) à la date du décès du salarié ou de l'invalidité absolue et définitive assimilable au décès du salarié.

Est reconnu comme handicapé, l'enfant légitime - naturel ou adoptif - atteint d'une infirmité physique et/ou mentale qui l'empêche :

- soit de se livrer, dans des conditions normales de rentabilité, à une activité professionnelle,
- soit, s'il est âgé de moins de 18 ans, d'acquérir une instruction ou une formation professionnelle d'un

niveau normal, tel que défini par l'article 199 septième 1° du Code général des impôts.

ARTICLE 12 – BÉNÉFICIAIRE(S) EN CAS DE DÉCÈS

MODALITES DE DESIGNATION DE BENEFICIAIRE(S) PAR LE PARTICIPANT

Les bénéficiaires des capitaux dus, lors du décès du Participant, sont la ou les personnes ayant fait l'objet d'une désignation écrite et formelle de la part du participant auprès de l'Institution. Le participant fait connaître son choix en complétant le document de l'Institution intitulé « Désignation de bénéficiaire(s) » et en le retournant à l'Institution.

Lorsque le bénéficiaire est nommément désigné, le participant peut préciser les coordonnées de ce dernier qui seront utilisées par l'Institution en cas de décès de l'assuré.

Il peut modifier cette désignation contractuelle à tout moment pendant la période d'assurance en indiquant, par écrit, à l'Institution, le ou les nouveaux bénéficiaires. Le changement de bénéficiaire ne prend effet qu'à la date à laquelle l'Institution a reçu notification du changement.

La désignation peut être effectuée par acte sous seing privé ou par acte authentique.

En cas de désignation multiple et à défaut de précision, le capital dû est réparti par parts égales entre les bénéficiaires désignés.

CLAUSE BENEFICIAIRE CONVENTIONNELLE

A défaut de désignation de bénéficiaire, le capital décès est versé :

- au conjoint non divorcé ni séparé de corps judiciairement ;
- à défaut, au partenaire avec lequel il est lié par un PACS (sous réserve de la présentation d'une attestation d'inscription du PACS au greffe du Tribunal d'Instance) ;
- à défaut, au concubin non marié, non lié par un PACS, et justifiant pendant au moins deux ans, du caractère notoire et permanent du concubinage et d'une domiciliation commune (cette condition n'est pas requise en cas de naissance d'au moins un enfant issu de ce concubinage) ;
- à défaut, par parts égales aux enfants légitimes, reconnus, adoptés ou recueillis, nés ou à naître, vivants ou représentés ;
- à défaut, par parts égales au père et à la mère du participant ou au survivant d'entre eux ;
- à défaut, aux héritiers du participant en proportion de leurs parts héréditaires et indépendamment de toute renonciation à la succession.

L'ouverture du droit des bénéficiaires est subordonnée à leur existence au lendemain du jour du décès du participant.

CAS PARTICULIERS

En cas de décès du participant et du ou des bénéficiaires au cours d'un même événement, sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès, le participant est présumé avoir survécu le dernier, sauf pour l'application de la garantie «Double effet Conjoint».

ARTICLE 13 – DELAIS DE VERSEMENT

Dans les trente jours qui suivent la réception de l'intégralité des pièces précitées, l'Institution verse la prestation en cas de décès aux(x) bénéficiaire(s) désigné(s). Au-delà de ce délai, les sommes non versées produisent de plein droit intérêt au double du taux légal durant deux mois puis à l'expiration de ce délai de deux mois, au triple du taux légal.

CHAPITRE II – GARANTIES ARRET DE TRAVAIL

ARTICLE 14 – INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL

DEFINITION ET CONDITIONS DE GARANTIE

Le participant est considéré en "incapacité temporaire complète de travail" s'il se trouve dans l'incapacité physique totale, constatée médicalement, d'exercer son activité professionnelle par suite de maladie ou d'accident et donnant lieu au versement de prestations par la Sécurité sociale. En tout état de cause, il n'est tenu compte que des périodes d'incapacité postérieures à la date d'affiliation.

La période de versement des prestations par l'Institution prend effet au terme d'une période de franchise convenue avec l'Adhérent et définie en annexe I des présentes Conditions Générales. Pour déterminer l'ouverture du droit aux prestations, les périodes d'incapacité temporaire complète de travail sont cumulées pendant l'exercice civil à compter de la première incapacité. Il n'est tenu compte que des périodes d'incapacité postérieures à la date d'affiliation.

Si, à la suite d'une période d'incapacité temporaire complète de travail indemnisée par l'Institution, le participant vient à reprendre, dans l'entreprise adhérente à l'Institution, une activité partielle autorisée médicalement et donnant lieu à l'attribution par la Sécurité sociale d'indemnités journalières ainsi qu'à une rémunération réduite au moins égale à 50 %, les indemnités sont calculées de manière à compléter les indemnités de la Sécurité sociale et la rémunération réduite versée par l'employeur à concurrence de la rémunération pleine qu'il aurait perçue s'il avait travaillé à temps complet.

CESSATION DU PAIEMENT DES PRESTATIONS INCAPACITE DE TRAVAIL

- au paiement de la rente d'invalidité,
- dès que le participant cesse de percevoir des indemnités journalières de la Sécurité Sociale,
- à la reprise d'activité du participant ou s'il est établi suite au contrôle de l'état de santé du participant par un médecin contrôleur mandaté par l'Institution que le participant peut reprendre une activité,
- à la date de reconnaissance de l'état d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle,
- au jour de son décès,
- à la date d'attribution de la pension vieillesse de la Sécurité Sociale,
- et en tout état de cause au 1 095^{ème} jour d'arrêt de travail.

MONTANT DE LA GARANTIE

Le montant des indemnités journalières s'obtient par application d'un taux figurant en annexe I au salaire de référence sous déduction des prestations servies par la Sécurité sociale et éventuellement du salaire réduit versé par l'employeur.

RECHUTE

Le délai de carence n'est pas appliqué en cas de rechute reconnue par la Sécurité Sociale et si l'arrêt de travail :

- est dû à la réapparition de l'affection ayant donné lieu à une indemnisation par l'institution,
- **intervient moins de 60 jours après la reprise du travail.**

Les prestations sont versées dès le 1^{er} jour d'arrêt de travail ouvrant droit aux indemnités journalières de la Sécurité Sociale.

Si la rechute, à l'origine de ce nouvel arrêt de travail, survient après la résiliation de l'adhésion, elle ne donne pas lieu à indemnisation par l'Institution.

VERSEMENT DES INDEMNITES

Le paiement des indemnités journalières est effectué mensuellement par l'Institution à l'Adhérent ou directement au participant si celui-ci n'appartient plus aux effectifs de l'entreprise.

ARTICLE 15 – INVALIDITE – INCAPACITE PERMANENTE PROFESSIONNELLE

DEFINITIONS DES GARANTIES

Le participant est considéré en "invalidité permanente" si, à la suite d'une maladie ou d'un accident, il se trouve dans l'impossibilité physique, totale ou partielle, reconnue par l'Institution ou par la Sécurité sociale, de se livrer à l'exercice normal de sa profession ou d'une profession similaire lui procurant une rémunération équivalente, et au plus tard le 1 095ème jour suivant son arrêt de travail.

L'Institution complète la rente d'invalidité versée par la Sécurité sociale au titre de l'une des catégories définies ci-après, visées à l'article L341.4 du code de la Sécurité sociale :

1ère catégorie : Invalide capable d'exercer une activité rémunérée

2ème catégorie : Invalide absolument incapable d'exercer une profession quelconque

3ème catégorie : Invalide qui, étant absolument incapable d'exercer une profession, est en outre dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

En cas d'Incapacité Permanente consécutive à un accident du travail ou une maladie professionnelle au taux minimum de 33 %, ou en cas d'Invalidité, totale ou partielle, reconnue par la Sécurité sociale en 1ère, 2ème ou 3ème catégorie, le Participant bénéficie d'une rente complémentaire à celle de la Sécurité sociale.

CONDITIONS DE GARANTIE

En cas d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle d'un taux égal ou supérieure à 33 % du participant entraînant le versement d'une rente d'invalidité ou d'incapacité permanente par la Sécurité sociale, l'Institution verse une rente, fonction de la catégorie d'invalidité ou du taux d'incapacité permanente déterminé, dont le montant figure en annexe I des présentes Conditions Générales.

La rente prend effet à la date à laquelle le participant est reconnu en invalidité permanente par la Sécurité Sociale (date d'effet de la notification).

CAS DES INVALIDES EXERÇANT UNE ACTIVITE OU PERCEVANT UNE REMUNERATION DE SUBSTITUTION

Si le participant exerce une activité rémunérée ou s'il est indemnisé par le Pôle Emploi, tout en percevant une rente d'invalidité de la Sécurité sociale, la rente calculée selon les dispositions indiquées ci-dessus, **est limitée de manière à ce que le total des rentes de l'Institution et de la Sécurité sociale et de la rémunération ne puisse excéder la rémunération de base qui existait à la date de l'arrêt de travail, revalorisée comme précisé à l'article 25.**

CESSATION DU PAIEMENT DES PRESTATIONS INVALIDITE

Les prestations prévues en cas d'invalidité ou d'incapacité permanente sont versées directement au bénéficiaire.

La rente est viagère en cas de versement suite à un accident du travail ou une maladie professionnelle entraînant une incapacité permanente supérieure ou égale à 33 %.

Elles cessent :

- Lors du retour de validité du participant, à la date à laquelle le participant cesse de percevoir une rente d'invalidité de la Sécurité Sociale,
- suite au contrôle de l'état de santé du participant, conformément aux dispositions « Contrôle-Expertise » définies dans les présentes Conditions Générales,
- à la date où le taux d'incapacité permanente professionnelle devient inférieur à 33 %,
- au jour de son décès,
- à la date de liquidation de la pension de vieillesse de la Sécurité sociale, et/ou d'une ou plusieurs retraites complémentaires.

VERSEMENT DE LA RENTE

Le paiement de la rente est effectué par l'Institution directement au participant, à terme échu, à la fin de chaque trimestre civil. Un prorata est versé pour la période s'écoulant entre la date de reconnaissance de l'état d'invalidité du participant et l'échéance trimestrielle suivante.

ARTICLE 16 – REGLE DE CUMUL DES PRESTATIONS ARRET DE TRAVAIL

Le total des prestations versées par la Sécurité sociale, l'Institution ou tout autre organisme assureur ainsi que, notamment, un éventuel salaire à temps partiel ou revenu de remplacement (tel les prestations du régime d'Assurance Chômage), ne peut excéder le salaire net que le participant aurait perçu en activité.

En cas de dépassement, la prestation servie par l'Institution, pourra être réduite en conséquence.

Le complément de prestation accordé par la Sécurité Sociale, au titre de l'assistance d'une tierce personne, n'entre pas dans ce calcul.

TITRE III

DISPOSITIONS GENERALES

ARTICLE 17 – ENTREE EN VIGUEUR DES GARANTIES –SUSPENSION ET CONDITIONS DE MAINTIEN

PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Les garanties prennent effet immédiatement à compter de la date d'effet de l'adhésion de l'Adhérent au contrat, pour les participants présents à cette date.

A défaut, elles prennent effet à compter de la date d'embauche du participant intervenant postérieurement à l'adhésion de l'Adhérent.

DISPOSITIONS APPLICABLES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

Lorsque le contrat de travail est suspendu en cas de congé non rémunéré, à l'exception du congé maternité et du congé paternité, entraînant l'absence de versement des cotisations, les garanties sont suspendues.

ARTICLE 18 –CESSATION DES GARANTIES

Les garanties du contrat d'adhésion cessent :

- soit à la date à laquelle le participant n'appartient plus aux effectifs de l'entreprise (démission, licenciement, terme du contrat de travail, etc.), sous réserve de l'application de l'article 19 ;
- soit à la date de liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale et/ou d'une ou plusieurs retraites complémentaires,
- soit à la date de résiliation ou de non renouvellement du contrat d'adhésion de l'Adhérent,
- et, en tout état de cause, à la date de prise d'effet de la résiliation du présent contrat.

ARTICLE 19 – MAINTIEN DES GARANTIES

19.1 Maintien des garanties en cas de résiliation du contrat d'adhésion de l'entreprise

La résiliation du contrat d'adhésion est sans effet sur le maintien au participant en arrêt de travail à la date d'effet de la résiliation, des garanties prévues en cas de décès et d'invalidité absolue et définitive du participant dans les conditions prévues aux garanties, tant que le participant justifie de son état d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité auprès de l'Institution et jusqu'à :

- la date de son retour à la validité ou lorsque cesse le versement des indemnités journalières ou de la rente d'invalidité servies par la Sécurité sociale ;
- la reprise d'une fonction rémunérée ;
- la date de son décès ;
- la date de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale et/ou d'une ou plusieurs retraites complémentaires.

19.2 Maintien des garanties au titre de la « Portabilité des droits »

CONDITIONS AU MAINTIEN DE L'AFFILIATION

Sous réserve pour le participant d'être éligible à ce dispositif, l'affiliation et par conséquent les garanties dont profitait effectivement le participant sont maintenues en cas de cessation du contrat de travail du participant à condition que la cessation résulte d'un motif autre qu'un licenciement pour faute lourde et qu'elle ouvre droit à la prise en charge par le régime d'assurance chômage.

L'Institution tient à la disposition de l'Adhérent un formulaire type « Déclaration de portabilité » qu'elle devra lui retourner dûment renseigné et signé pour permettre le maintien de la couverture. A défaut, l'affiliation du participant cessera de plein droit à la date de cessation du contrat de travail.

Il incombe à l'Adhérent d'informer le participant du principe et de l'étendue du droit au maintien des garanties.

Toute modification de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale emporte de plein droit la modification au présent article au jour de son entrée en vigueur.

Si l'ADHERENT n'entre pas dans le périmètre de la DSN, il devra retourner à l'Institution le formulaire type « Déclaration de portabilité » dûment complété et signé pour permettre le maintien de la couverture.

Il incombe à l'ADHERENT d'informer le Participant du principe et de l'étendue du droit au maintien des garanties.

EFFET ET DUREE DU MAINTIEN DE L'AFFILIATION

L'affiliation du participant est maintenue à compter du lendemain de la cessation du contrat de travail pour une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de celle de son dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez un même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au mois supérieur, **sans pouvoir excéder douze mois.**

En tout état de cause, l'affiliation du participant cesse de plein droit :

- à la date à laquelle il cesse définitivement et totalement de bénéficier des allocations du régime d'assurance chômage pendant la période de maintien de couverture (notamment en cas de reprise d'une activité professionnelle, de retraite, de radiation des listes du Pôle Emploi, de décès);
- en cas de manquement à son obligation de fourniture des justificatifs visée ci-après ;
- en cas de résiliation du contrat d'adhésion de l'entreprise.

La suspension des allocations du régime d'assurance chômage, pour cause de maladie ou pour tout autre motif, n'a pas d'incidence sur le calcul de la durée du maintien des garanties qui ne sera pas prolongée d'autant.

OBLIGATIONS DECLARATIVES

Le participant s'engage à fournir à l'Institution :

- à l'ouverture de la période de maintien des garanties, le justificatif initial de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage,
- mensuellement, l'attestation de paiement des allocations Chômage.

GARANTIES

Le participant bénéficie des garanties au titre desquelles il était affilié lors de la cessation de son contrat de travail. Les garanties Incapacité temporaire de travail prévues à l'article L1226-1 du Code du Travail et celles prévues par toute autre convention ou accord collectif de travail dites « maintien de salaire » ne sont pas prises en charge par la portabilité.

Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations reste constitué par le salaire défini pour chaque garantie, précédant la date de cessation du contrat de travail, **à l'exclusion des sommes devenues exigibles du fait de la cessation du contrat de travail.**

La désignation de Bénéficiaires en cas de décès éventuellement établie par le participant durant sa période d'activité demeure valide.

En cas d'incapacité temporaire de travail, le participant ne peut pas percevoir de prestations (tous organismes confondus) d'un montant supérieur à celui des allocations chômage nettes qu'il aurait perçues pour la même période. Le montant des indemnités journalières versé par l'Institution pourra être réduit en conséquence si cette limite est dépassée.

Lorsque la garantie Incapacité temporaire de travail est définie en relais des garanties de maintien de salaires prévues dans la convention ou l'accord collectif applicable à l'adhérent, et en l'absence de franchise contractuelle prévue par défaut, il est instauré une franchise de 90 jours continus pour le participant bénéficiant du maintien de sa couverture Prévoyance.

En tout état de cause, les évolutions des garanties du contrat ainsi que la résiliation de celui-ci intervenant durant la période de portabilité sont opposables au participant. L'Adhérent s'engage à informer le participant de toute

modification des garanties qui interviendrait au titre du contrat, notamment en lui remettant l'addenda modificatif de la notice d'information ou la nouvelle notice d'information établie par l'Institution.

FINANCEMENT

Ce maintien est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations du contrat des salariés en activité.

19.3 Maintien des garanties au titre de l'article 5 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989

En cas de résiliation ou de non-renouvellement du contrat, les PARTICIPANTS peuvent continuer à bénéficier de garanties à titre individuel, moyennant le paiement de cotisations spécifiques, sous réserve d'en faire la demande à l'INSTITUTION dans les trois mois suivant la date d'effet de la résiliation.

ARTICLE 20 - ASSIETTE ET TAUX DE COTISATION

Pour l'ensemble des garanties du présent contrat d'adhésion, est soumis à cotisations, le salaire brut total soumis à charges sociales et déclaré par l'employeur à l'URSSAF tels qu'il est déterminé par l'article L. 242-1 du Code de la Sécurité sociale.

- L'assiette de calcul des cotisations est fixée par référence au salaire brut annuel déclaré par l'Adhérent, dans la limite des Tranches A, B et C définies comme suit :
- Tranche A : fraction inférieure ou égale au plafond de la Sécurité Sociale.
 - Tranche B : fraction comprise entre une fois et quatre fois le plafond de la Sécurité Sociale.
 - Tranche C : fraction comprise entre quatre fois et huit fois le plafond de la Sécurité Sociale.

Les taux de cotisations sont mentionnés en annexe II des présentes Conditions Générales.

ARTICLE 21 - PAIEMENT DES COTISATIONS

Les entreprises doivent effectuer des versements d'acomptes trimestriels.

Ils sont payables dans les 10 jours qui suivent l'échéance accompagnés de l'état des cotisations. Cette déclaration trimestrielle est transmise à l'aide de l'imprimé préétabli par l'Institution ou par tout moyen informatique ou non que l'Institution autorisera.

Les versements d'acomptes peuvent être mensuels lorsque l'effectif des participants le justifie et avec l'accord de l'Institution. Les cotisations sont ajustées pour l'exercice écoulé conformément aux dispositions de l'article 22 des Conditions Générales.

A défaut de paiement d'une seule des cotisations dans les dix jours de son échéance, les garanties peuvent être suspendues trente jours après l'envoi d'une mise en demeure adressée par l'Institution, par lettre recommandée avec avis de réception, à l'Adhérent. A défaut de paiement des cotisations dues après l'expiration d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi de la mise en demeure, le cachet de la poste faisant foi, l'Institution pourra résilier le contrat d'adhésion sans préjudice de la faculté de poursuivre en justice le recouvrement des sommes qui lui sont dues y compris les majorations de retard fixées au taux annuel de 2,6% et courant, à compter de l'échéance..

L'Institution se réserve le droit d'informer directement les Participants de la défaillance de l'Adhérent.

En outre, l'Institution se réserve le droit de résilier le contrat, dans les conditions légales et réglementaires et conformément aux dispositions ci-dessus.

Le contrat de l'Adhérent non résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées à l'Institution les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

ARTICLE 22 - EXONERATION DES COTISATIONS

A - Incapacité de travail

En cas d'incapacité de travail liée à une maladie, à une maternité ou à un accident du travail et déclarée dans les conditions prévues au titre « versement des prestations » des présentes Conditions Générales, l'employeur

est exonéré de la cotisation totale dès lors qu'en vertu des dispositions légales ou des dispositions de la Convention collective, dont relève l'entreprise, il n'est plus tenu de verser une rémunération, même partielle au participant.

Tant que l'employeur, conformément à ses obligations légales ou conventionnelles, maintient une rémunération pleine ou réduite, les cotisations restent dues sur la part de rémunération versée.

L'exonération est accordée au plus tard jusqu'au 1 095^e jour suivant l'arrêt de travail.

L'exonération accordée pendant la durée du congé de maternité cesse obligatoirement à la fin du congé légal de maternité ouvrant droit aux indemnités journalières de repos de la Sécurité sociale au titre de la maternité.

B - Invalidité permanente

L'exonération est accordée au participant en état d'incapacité de travail dès que l'Institution lui reconnaît une invalidité permanente, ou une incapacité permanente au titre de la législation relative aux accidents du travail et aux maladies professionnelles, et au plus tard le 1 095^e jour suivant l'arrêt de travail.

Les cotisations restent dues sur le salaire total ou partiel éventuellement maintenu par l'employeur. En cas de reprise partielle d'activité, l'exonération n'est accordée que sur la part de salaire non retrouvé, le salaire considéré étant celui existant à la date de l'arrêt de travail.

L'exonération est acquise lorsque le participant est atteint d'une invalidité absolue et définitive répondant aux conditions prévues à l'article 9 des présentes conditions générales.

C - Déchéance, exclusions et cessation de l'exonération

Au cas où les cotisations ne seraient pas acquittées jusqu'à la date d'entrée en vigueur de l'exonération totale, le participant perdrait tout droit à bénéficier de cette exonération.

L'exonération ne joue pas si l'incapacité temporaire ou l'invalidité permanente résulte d'un des risques exclus par l'article 30 des présentes conditions générales.

L'exonération cesse :

- à la date du retour à la validité du participant ou lorsque cesse le versement des indemnités journalières en cas d'incapacité de travail ou de maternité ou de la rente d'invalidité servies par la Sécurité sociale, et/ou par l'Institution ;
- à la reprise d'une fonction rémunérée ;
- à la date du décès ;
- à la date de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale et/ou d'une ou plusieurs retraites complémentaires.

D – Maintien des garanties

Les garanties prévues en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive du participant sont maintenues au participant en état d'incapacité de travail ou d'invalidité telle que définie aux articles 14 et 15 des présentes Conditions Générales aussi longtemps que l'exonération lui est accordée.

ARTICLE 23 - DECLARATION ANNUELLE DES SALAIRES ET REGULARISATION

Au plus tard le 31 janvier suivant la fin de l'exercice, l'entreprise transmet à l'Institution, par les moyens que celle-ci lui indique, un état nominatif annuel des salaires à partir desquels l'Institution procède à l'ajustement annuel des cotisations pour l'exercice écoulé.

Cet état nominatif annuel comprend la liste complète des participants et les montants des salaires bruts perçus par chacun d'eux au titre de l'exercice civil écoulé.

Il mentionne également l'ensemble des éléments d'information nécessaires à l'identification de chacun des participants concernés et ceux relatifs aux événements survenus au cours de l'exercice écoulé, notamment la date d'entrée dans la catégorie de personnel assurée, la date de sortie de cette catégorie, ainsi que les périodes de maladie, de maternité et de congés sans solde.

L'Adhérent tient à la disposition de l'Institution ses états de salaires et de personnel pour consultation éventuelle.

ARTICLE 24 - SALAIRE DE REFERENCE

Les garanties sont calculées en pourcentage du salaire annuel de référence.

Le salaire de référence servant de calcul des prestations, est déterminé :

- sur la base du montant des rémunérations brutes perçues au cours des 12 mois civils (ou la rémunération reconstituée) précédant la date du décès ou de l'arrêt de travail,
- auquel s'ajoute le cas échéant le montant des gratifications, primes, commissions, 13^{ème} mois ou rappels versés au participant par l'Adhérent au cours des 12 derniers mois précédant le décès ou l'arrêt de travail, limité aux tranches de salaire visées à l'article 20.

Lorsqu'il est fait référence au salaire de référence net, celui-ci correspond au salaire de référence défini ci-dessus déduction faite de toutes charges sociales et autres contributions salariales légalement ou conventionnellement obligatoires.

Par ailleurs, le salaire annuel de référence est reconstituée à partir des salaires correspondant aux mois civils de présence à temps complet lorsque :

- la période d'assurance est inférieure à 12 mois,
- le salaire a été réduit ou supprimé au cours de la période de référence en cas d'arrêt de travail pour maladie ou accident.

ARTICLE 25 - REVALORISATION DU SALAIRE DE REFERENCE

Lorsque le décès survient après une période d'incapacité de travail ou d'invalidité, le salaire annuel de référence est revalorisé en fonction de l'évolution de la valeur du point de retraite AGIRC en vigueur entre la date d'arrêt de travail ou celle du décès.

En cas d'incapacité de travail ou d'invalidité antérieure à l'année civile précédant le décès, le salaire annuel de référence pour le calcul de la rente éducation est revalorisé en fonction d'un pourcentage fixé par le Conseil d'administration de l'OCIRP.

Pour les invalides exerçant une activité ou percevant une rémunération de substitution, le salaire annuel de référence pour le calcul de la rente d'invalidité est revalorisé en fonction de l'évolution de la valeur du point de retraite AGIRC en vigueur depuis la date de l'arrêt de travail.

ARTICLE 26 - REVALORISATION DES PRESTATIONS

Les indemnités journalières et les rentes d'invalidité sont revalorisées chaque année en fonction de l'évolution de la valeur du point de retraite AGIRC en vigueur au premier jour du trimestre civil suivant celui au cours duquel cette valeur a évolué, dans la limite du fonds de revalorisation de l'Institution créé à cet effet. La date de première revalorisation est fixée au premier jour du troisième trimestre qui suit celui de l'arrêt de travail.

Il n'est pas procédé à de nouvelles revalorisations à compter de la date de résiliation de l'adhésion de l'entreprise.

La rente éducation est revalorisée suivant un coefficient et une périodicité fixés par l'OCIRP.

ARTICLE 27 - DISPOSITIONS PARTICULIERES CONCERNANT LE VERSEMENT DES PRESTATIONS DECES

A compter de la date du décès du PARTICIPANT (ou de décès du conjoint ou assimilé, assuré pour la seule garantie Double Effet Conjoint), le capital forfaitaire, l'allocation forfaitaire ou les arrérages de rente dus par l'INSTITUTION sont revalorisés jusqu'à réception de l'intégralité des pièces justificatives nécessaires au règlement des prestations prévues au contrat.

Ils produisent de plein droit intérêt, net de frais, pour chaque année civile, à compter du jour du décès, au minimum à un taux égal au moins élevé des deux taux suivants :

- La moyenne sur les douze derniers mois du taux moyen des emprunts de l'État français, calculée au 1^{er} novembre de l'année précédente ;

- Le dernier taux moyen des emprunts de l'État français disponible au 1^{er} novembre de l'année précédente.

Toutefois, la revalorisation *post-mortem* ne s'applique pas lorsque le capital ou l'allocation est versé au(x) bénéficiaire(s) dans la limite des frais d'obsèques réels engagés.

Le taux moyen des emprunts de l'État français est consultable sur le site internet de la Banque de France.

Dans les trente jours qui suivent la réception de l'intégralité des pièces précitées, l'INSTITUTION verse la prestation en cas de décès aux(x) Bénéficiaire(s) désigné(s) ou défini(s) à l'article 12. Au-delà de ce délai, les sommes non versées produisent de plein droit intérêt au double du taux légal durant deux mois puis à l'expiration de ce délai de deux mois, au triple du taux légal.

ARTICLE 28 - DEFINITION DU CONJOINT

Est assimilé au conjoint non divorcé, ni séparé de corps judiciairement, le partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) non rompu sous réserve de la présentation de l'attestation d'inscription du PACS au greffe du Tribunal d'Instance, ou le concubin sous réserve d'apporter la preuve qu'il a vécu jusqu'au moment du décès du participant au moins deux ans en concubinage notoire et permanent avec lui. De plus, le concubin survivant doit en se référant notamment à la pratique sociale et fiscale, apporter la preuve que ces conditions sont remplies et que l'assuré et lui-même n'étaient par ailleurs, ni l'un ni l'autre mariés, ni liés par un PACS.

En cas de naissance d'au moins d'un enfant dans le couple concubin, ce délai de deux ans n'est pas exigé.

ARTICLE 29 - DEFINITION DES PERSONNES A CHARGE

ENFANTS A CHARGE

Sont réputés à charge, les enfants du participant, légitimes, reconnus, adoptés ou recueillis et ceux de son conjoint non séparé de corps judiciairement, ou ceux de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité (sous réserve de la présentation d'une attestation d'inscription du PACS au greffe du Tribunal d'Instance), ou ceux de son concubin, non marié, et justifiant pendant au moins deux ans, du caractère notoire et permanent du concubinage et d'une domiciliation commune (cette condition n'est pas requise en cas de naissance d'au moins un enfant issu de ce concubinage) , à condition :

- qu'ils vivent au domicile du participant dès lors qu'ils sont âgés de moins de 18 ans ou qu'ils sont frappés, avant l'âge de 25 ans, d'une infirmité les privant de toute possibilité d'exercer une activité rémunératrice,
- ou qu'ils soient reconnus fiscalement à charge et ne se livrent à aucune activité rémunératrice habituelle et durable, dès lors qu'ils sont âgés de plus de 18 ans et de moins de 25 ans.

Dans les conditions telles que précédemment définies, les enfants sont considérés comme étant à charge jusqu'à la fin du trimestre civil au cours duquel ils cessent d'être considérés à charge.

En cas de décès d'un enfant à charge, la prise en compte de cet enfant cesse le jour même de son décès. Les enfants nés viables moins de 300 jours après le décès du participant entrent en considération pour la détermination des prestations.

ASCENDANT A CHARGE

Est considéré également comme à charge du participant, tout ascendant du participant (ou du partenaire lié au participant par un pacte civil de solidarité ou du concubin non séparé) remplissant simultanément les conditions suivantes :

- ne pas être assujetti à l'impôt sur le revenu du fait de ses ressources personnelles
- être fiscalement à charge du participant.

Le nombre d'ascendants à charge pris en considération est limité à deux.

Les personnes à charge perçoivent directement les majorations auxquelles elles ouvrent droit.

ARTICLE 30 - EXCLUSIONS

Sont exclus des garanties incapacité temporaire de travail et invalidité permanente, les conséquences :

- de tentatives de suicide et de mutilation volontaire ;
- de blessures ou de lésions provenant de faits de guerre ou de bombardements, dans la mesure où ces risques sont exclus par la législation en vigueur ;
- de blessures ou de lésions provenant, quel que soit le lieu où se déroulent ces événements, de mouvements populaires, de guerre civile ou étrangère, d'émeutes, de rixe, dans lesquels le participant a pris une part active (sauf les cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et d'accomplissement du devoir professionnel) ;
- de concours de vitesse, courses, matches, paris (sauf compétitions sportives d'amateurs).

Sont exclus des garanties Décès ou Invalidité Absolue et Définitive, les situations ou les faits suivants :

GARANTIES DECES OU INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE "HORS ACCIDENT"

- décès ou invalidité absolue et définitive consécutifs à des faits de guerre mettant en cause l'État français ;
- décès ou invalidité absolue et définitive en cas de déplacement ou de séjour dans une de régions ou un des pays formellement déconseillés par le Ministère des Affaires Etrangères ;
- suicide intervenu au cours de la première année d'affiliation, de date à date, à un régime de prévoyance collective à caractère obligatoire.

GARANTIES DECES OU INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE "PAR ACCIDENT"

- suicide du participant ;
- tentative de suicide ou mutilation volontaire en cas d'invalidité absolue et définitive du participant ;
- tremblement de terre ;
- quel que soit le lieu où se déroulent ces événements, mouvements populaires, guerre civile ou étrangère, émeute, rixe dans lesquels le participant a pris une part active (sauf les cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et d'accomplissement du devoir professionnel) ;
- accident de navigation aérienne lorsque le participant se trouve à bord d'un avion non muni d'un certificat valable de navigabilité ou conduit par un pilote dont le brevet ou la licence est périmé, ce pilote pouvant être le participant lui-même ;
- participation du participant à des concours de vitesse, courses, matches, paris (y compris en cas de compétitions sportives d'amateurs) ;
- accident survenu sous l'emprise de boissons alcoolisées attestées par un taux d'alcoolémie égal ou supérieur à celui défini par le Code de la route en vigueur au moment de l'accident ;
- accident survenu sous l'emprise de stupéfiants ou de substances médicamenteuses en l'absence ou en dehors de prescriptions médicales.

RENTES EDUCATION

La garantie n'est pas accordée dans les cas suivants :

- le bénéficiaire a commis ou fait commettre un meurtre sur la personne du participant et a été condamné pour ces faits par décision de justice devenue définitive ;
- en cas de guerres étrangères à laquelle la France serait partie, sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à venir ;
- en cas de guerre civile ou étrangère dès lors que le participant y prend une part active ;
- pour les sinistres survenus à la suite des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de transmutations de noyaux d'atomes.

ARTICLE 31 - PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant du contrat d'adhésion sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Institution en a eu connaissance,
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignorée jusque-là.

Lorsque l'action de l'Adhérent, du participant, du bénéficiaire, ou de l'ayant droit contre l'Institution a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Adhérent, le participant, le bénéficiaire, ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à cinq ans en ce qui concerne la garantie Incapacité Temporaire de Travail.

La prescription est portée à dix ans lorsque le bénéficiaire n'est pas le participant, et dans les opérations relatives à la couverture du risque accident, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du participant décédé.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription de droit commun que sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait prévue à l'article 2240 du Code civil,
- la demande en justice, même en référé prévue de l'article 2241 à 2243 de ce même code,
- un acte d'exécution forcée prévu de l'article 2244 à 2246 de ce même code.

La prescription est également interrompue par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter :

- de l'envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception par l'Institution au participant en vue d'obtenir le paiement de cotisations,
- de l'envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception par le participant ou ses ayants droit à l'Institution en vue d'obtenir le règlement d'une prestation.

Lorsque le bénéficiaire est mineur ou incapable majeur, les délais visés ci-dessus ne courent qu'à compter du jour où l'intéressé atteint sa majorité ou recouvre sa capacité.

ARTICLE 32 - DÉCLARATION

Les déclarations faites, tant par l'Adhérent que par le participant, servent de base à la garantie. L'Institution se réserve ainsi la possibilité de vérifier les données communiquées.

ARTICLE 33 - MAINTIEN DES PRESTATIONS INCAPACITÉ / INVALIDITÉ EN COURS APRÈS RÉSILIATION

Toutes les garanties prennent fin à la date d'effet de la résiliation ou de non renouvellement du contrat d'adhésion.

Toutefois, en cas de résiliation ou de non-renouvellement du contrat d'adhésion, lorsque le participant bénéficie de prestations incapacité ou d'une rente d'invalidité en cours à la date d'effet de la résiliation, ces prestations continuent d'être versées par l'Institution au niveau atteint à la date d'effet de la résiliation ou de non-renouvellement.

Les prestations en cours de service étant maintenues au niveau atteint par l'Institution, elles cessent d'être revalorisées à compter de la date de résiliation ou de non-renouvellement.

ARTICLE 34 - MAINTIEN DES GARANTIES DÉCÈS POUR LES ARRETS DE TRAVAIL EN COURS À LA DATE DE RÉSILIATION

Les garanties Décès, Invalidité absolue et définitive et rente d'éducation sont maintenues pendant toute la durée d'incapacité complète de travail ouvrant droit aux indemnités journalières ou rente d'invalidité reconnue par la Sécurité sociale ou au titre de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles tant que le participant justifie de cet état auprès de l'Institution.

Le maintien des garanties cesse :

- à la date du retour à la validité ou lorsque cesse le versement des indemnités journalières ou de la rente d'invalidité servies par la Sécurité sociale ;
- à la reprise d'une fonction rémunérée ;
- à la date de liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale et/ou d'une ou plusieurs retraites complémentaires ;
- à la date du décès.

ARTICLE 35 - CLAUSE DE SUBROGATION

Pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, l'Institution est subrogée, jusqu'à concurrence du montant desdites prestations, dans les droits et actions du participant ou de ses ayants-droit, contre les tiers responsables.

ARTICLE 36 - DISPOSITIONS DIVERSES

Article 36.1- Confidentialité

Chacune des parties s'engage envers l'autre à préserver, pendant la durée du contrat et après son extinction pour une durée de cinq années, la stricte confidentialité de toutes les informations techniques ou financières qu'elles auront pu se communiquer ou dont elles auront pu avoir connaissance à l'occasion de l'exécution du contrat.

En particulier, l'Institution s'engage envers l'Adhérent à conserver la stricte confidentialité des informations concernant l'organisation de ses ressources humaines.

Article 36.2- Protection des données à caractère personnel

Les données à caractère personnel concernant le Participant sont collectées et traitées pour les besoins de la gestion du contrat, dans le respect des dispositions légales en vigueur en matière de protection des données à caractère personnel. Les données sont destinées exclusivement aux entités composant le groupe Humanis ainsi qu'aux partenaires du Groupe en charge d'activités confiées par ce dernier.

Conformément aux dispositions légales précitées, le Participant bénéficie d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des données le concernant à exercer par courriel à contact-cnill@humanis.com ou par lettre à l'adresse suivante : Groupe Humanis – Cellule CNIL – Satisfaction clients – 303 rue Gabriel Debacq – 45777 Saran Cedex. Toute demande doit être accompagnée d'une copie d'un titre d'identité en cours de validité. Il dispose également d'un droit d'opposition, pour des motifs légitimes, au traitement de ces données. Le cas échéant, les bénéficiaires du Participant disposent des mêmes droits concernant leurs données à caractère personnel qu'ils peuvent exercer dans les conditions précédemment citées.

Les données personnelles sont conservées pendant une durée maximale de cinq années à compter de la fin des relations contractuelles liant le Participant au groupe Humanis. Le Groupe prend les mesures conformes à l'état de l'art afin d'assurer la sécurité et la confidentialité de ces données conformément aux dispositions légales susvisées.

Article 36.3- Lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme (LCB-FT)

En application des dispositions du code monétaire et financier, l'Institution met en œuvre un traitement de données à caractère personnel afin de répondre à ses obligations légales en matière de lutte contre le

blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

Ces informations sont conservées pendant une durée maximale de 5 ans à compter de la fin de la relation.

Conformément aux dispositions légales en vigueur en matière de protection des données à caractère personnel, l'Adhérent peut exercer son droit d'accès auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés - 3 Place de Fontenoy, 75007 Paris.

Article 36.4- Prospection commerciale par voie téléphonique

Le Participant qui ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique peut s'inscrire gratuitement et à tout moment sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique dénommée « BLOCTEL » par voie électronique sur le site www.bloctel.gouv.fr ou par voie postale à l'adresse de la société désignée par le ministère chargé de l'économie pour la gérer : Société OPPOSETEL, service Bloctel, 6 rue Nicolas Siret – 10 000 TROYES.

Toutefois, tant que le contrat est en cours et sous réserve qu'il n'ait pas été apporté par un intermédiaire en assurance, cette inscription n'interdit pas à l'Institution de démarcher téléphoniquement le Participant, si ce dernier ne s'est pas opposé auprès de l'Institution, à l'adresse mentionnée à l'article ci-dessus, à l'utilisation de ses coordonnées téléphoniques à des fins de prospection commerciale en application des dispositions légales en vigueur en matière de protection des données personnelles.

ARTICLE 37 - CONTROLE - RECLAMATION

Humanis Prévoyance et l'OCIRP sont soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (61 rue Taitbout - 75436 PARIS Cedex 09).

L'Institution met à la disposition de l'Adhérent, des Participants et des ayants droit la possibilité de contacter le service « Satisfaction Clients » pour apporter une réponse à toute réclamation relative à l'application du présent contrat, à l'adresse suivante :

Humanis Prévoyance
Satisfaction Clients
303, rue Gabriel Debacq
45 777 SARAN Cedex

Tel. (appel non surtaxé) : Le numéro est mentionné sur les correspondances adressées par le centre de gestion.

A compter de la réception de la réclamation, l'Institution apporte une réponse circonstanciée au demandeur dans un délai de dix jours ouvrés.

Dans l'hypothèse où la réponse ne pourrait être fournie dans ce délai, l'Institution adresse un courrier précisant le délai sous lequel une réponse circonstanciée pourra être apportée à la réclamation sans pouvoir excéder au total un délai de deux mois.

Si un désaccord persistait après la réponse donnée par l'Institution et après épuisement des voies de recours internes, l'Adhérent, le Participant, ou les ayants droit, ou avec l'accord de ceux-ci, l'Institution, peuvent saisir le Médiateur du Centre Technique des Institutions de Prévoyance (CTIP), sans préjudice d'une action ultérieure devant le tribunal compétent :

Médiateur de la protection sociale du CTIP
10 rue Cambacérès – 75008 PARIS
<https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/>

L'avis du médiateur est remis aux parties dans un délai de 90 jours à compter de la date de réception du dossier complet. Ce délai peut être prolongé par le médiateur en cas de litige complexe, conformément à la charte de médiation du CTIP disponible sur le site internet susvisé.

POUR MIEUX SE COMPRENDRE

Acte authentique : Acte établi par un officier public et signé devant lui par toutes les parties à l'acte.

Acte sous signature privée : Acte dont la rédaction est libre, établi par l'une des parties à l'acte et signé par tous les participants à cet acte.

Bénéficiaire : Personne physique qui recevra la prestation due par l'Institution en cas de réalisation d'un risque garanti au présent contrat d'adhésion.

Garantie : Engagement de l'assureur de verser une prestation si le participant ou, le cas échéant, ses ayants droit sont victimes d'un Sinistre.

Plafond de la Sécurité Sociale : Plafond servant de base au calcul des cotisations de Sécurité Sociale et prévu aux articles L. 241-3 et D. 242-17 du Code de la Sécurité Sociale et modifié chaque année par arrêté.

Point de retraite AGIRC : Point servant au calcul des retraites "cadres", dont la valeur est établie par l'Association Générale des Institutions de Retraite des Cadres (AGIRC).

Prestation : Mise en œuvre de la garantie par l'assureur.

Risque : Événement aléatoire dont la réalisation est indépendante de la volonté du participant ou du bénéficiaire.

Sinistre : Réalisation du Risque.

Tranches soumises à cotisations sociales :

- Tranche A : fraction de la Rémunération brute annuelle au plus égale au Plafond annuel de la Sécurité Sociale.
- Tranche B : fraction de la Rémunération brute annuelle comprise entre le Plafond annuel de la Sécurité Sociale et quatre fois celui-ci.
- Tranche C : fraction de la Rémunération brute annuelle comprise entre quatre fois le Plafond annuel de la Sécurité Sociale et huit fois celui-ci.

VERSEMENT DES PRESTATIONS

PAIEMENT DES COTISATIONS

Pour que les participants puissent bénéficier des prestations, l'Adhérent doit avoir payé l'intégralité des cotisations et des sommes qu'il pourrait devoir au titre du contrat d'adhésion.

DECLARATION DES SINISTRES

Les participants, l'Adhérent et plus généralement tous bénéficiaires des garanties sont tenus, pour bénéficier des prestations correspondant aux garanties du contrat d'adhésion, de fournir à l'Institution les déclarations et pièces justificatives listées ci-dessous.

L'Institution se réserve le droit de demander au participant toute autre pièce justificative pour tenir compte notamment de sa situation particulière à la date du sinistre (Travail à temps partiel, licenciement, ...), de la nature du sinistre (Accident,...), ou de certaines spécificités dans les garanties souscrites par l'entreprise (Majorations pour enfant à charge, ...).

Les frais liés à l'obtention des pièces justificatives nécessaires au versement des prestations sont à la charge du ou des bénéficiaires de la prestation.

En cas de déclaration frauduleuse de sinistre, l'Institution n'est redevable d'aucune prestation même pour la part correspondant le cas échéant à un sinistre réel.

CONSTITUTION DES DOSSIERS POUR L'OUVERTURE DES DROITS A PRESTATIONS EN CAS DE ...	Décès	IAD	Double effet conjoint	Rente éducation	Rente Handicap	Frais d'obsèques	Incapacité temporaire	Invalidité	ORGANISME DELIVRANT LES PIECES
Photocopie des bulletins de salaire correspondant à la base des prestations (lorsque les prestations versées sont exprimées en % de la base des prestations)	X	X	X	X		X	X	X	Adhérent
Photocopie de l'avis d'imposition sur les revenus du participant (et éventuellement de ceux du conjoint et assimilé)	X	X	X	X	X	X	X	X	Impôts
Certificat médical précisant la cause du Décès : origine de la maladie, date et nature du décès	X		X	X		X			Médecin
Certificat médical précisant la cause de l'arrêt de travail ou de l'invalidité : origine de la maladie, contexte de l'accident							X	X	Médecin
Certificat médical justifiant de l'état du handicap de l'enfant					X				Médecin
Certificat de scolarité ou toutes pièces justificatives (contrat d'apprentissage,...) pour tout enfant à charge âgé de plus de 18 ans	X	X	X	X		X	X	X	Etablissement Scolaire
Extrait d'acte de décès	X		X	X	X	X			Mairie

Extrait d'acte de naissance de chaque bénéficiaire	X		X	X	X	X				Mairie
Extrait d'acte de naissance établi au nom du conjoint décédé			X							Mairie
Attestation indiquant la date initiale de l'arrêt de travail du participant ou, en cas de décès, précisant que le participant n'était pas en arrêt de travail	X	X		X	X		X	X		Entreprise
Décomptes originaux de la Sécurité sociale, ou à défaut attestation portant paiement de ses prestations en cas d'arrêt de travail, à compter du début de l'indisponibilité	X	X					X	X		Sécurité sociale
Acte de dévolution successorale	X		X							Notaire
En cas d'accident ou de suicide, rapport de gendarmerie	X		X	X	X	X				TGI
Photocopie de la notification d'attribution d'une pension d'invalidité		X						X		Sécurité sociale
Photocopie de la notification d'attribution de l'allocation pour tierce personne en cas d'invalidité de 3ème catégorie, ou d'incapacité permanente d'un taux de 100 %		X								COTOREP
Copie de la pièce d'identité du bénéficiaire en cours de validité signée (carte d'identité, passeport...)	X									Bénéficiaires
Copie du livret de famille du participant	X	X	X	X	X	X				Mairie
RIB ou RIP au nom du destinataire de la rente ou des indemnités				X	X		X	X		Banque
Attestation d'engagement dans les liens d'un PACS	X		X			X				Tribunal d'Instance
Justificatifs de domicile commun en cas de concubinage (avis d'imposition, facture EDF, bail commun, attestation d'assurance...)	X		X			X				Organisme compétent

OBLIGATIONS DU PARTICIPANT

Le participant s'engage à informer, sans délai, l'Institution de tout changement de situation (professionnelle ou personnelle) ayant des conséquences sur les prestations versées par l'Institution et en particulier :

- la reprise de son activité professionnelle suite à un arrêt de travail,
- son inscription au Pôle Emploi,
- et le bénéfice des prestations d'un autre régime de prévoyance.

A défaut, l'Institution se réserve le droit de suspendre ses prestations.

DELAI D'ENVOI DES DOSSIERS : DECHEANCE PARTIELLE

Les demandes de Prestations accompagnées des documents justificatifs visés au titre « DECLARATION DES SINISTRES » doivent être produites à l'INSTITUTION :

Au titre du risque incapacité temporaire de travail : au plus tard dans un délai maximum de quatre-vingt-dix jours après la date d'arrêt de travail ou si la franchise prévue au Contrat est supérieure à cette durée, dans les trente jours qui suivent l'expiration de cette franchise.

Tout retard dans cette déclaration cause un préjudice à l'INSTITUTION qui n'est pas en mesure de diligenter son contrôle médical. De ce fait, si la déclaration est faite après le délai évoqué ci-avant, sauf en cas de force majeure dont la preuve reste à la charge de l'ADHERENT, les Prestations ne prennent effet qu'au lendemain de cette déclaration après expiration de la franchise applicable le cas échéant.

- **Au titre du risque invalidité (y compris Invalidité absolue et définitive / Perte totale et irréversible d'autonomie) :** dans un délai maximum de **deux ans** à compter de l'événement qui donne naissance à la demande de prestation (soit, selon les conditions posées à la mise en œuvre des garanties, à compter de la notification d'attribution d'une pension d'invalidité, d'une rente d'incapacité permanente, du classement dans une catégorie d'invalidité par la Sécurité sociale) ;
- **Au titre du risque décès :**
 - dans un délai maximum de **deux ans** suivant la date du décès de l'assuré si le bénéficiaire est le PARTICIPANT ;
 - si le bénéficiaire est distinct du PARTICIPANT, dans un délai maximum **de dix ans** suivant la date du décès de l'assuré ou la date à laquelle le bénéficiaire en a eu connaissance, sans que ces demandes puissent être postérieures au dépôt des sommes garanties auprès de la Caisse des Dépôts et Consignation.

En effet, au-delà du délai de dix ans courant à compter de la date de prise de connaissance du décès par l'INSTITUTION, les sommes garanties qui n'ont pas fait l'objet d'une demande de versement de prestations de la part du (des) bénéficiaire(s) sont déposés à la Caisse des Dépôts et Consignations. Les bénéficiaires en sont informés par tout moyen par l'INSTITUTION, six mois avant l'expiration du délai précité.

Ainsi, sous réserve des règles de prescription, les demandes de prestations intervenant après le dépôt par l'organisme assureur des sommes entre les mains de la Caisse des Dépôts et Consignation doivent être formulées auprès de cette dernière.

Les sommes en cas de décès non réclamés sont acquises à l'Etat à l'issue d'un délai de vingt ans à compter de la date de leur dépôt à la Caisse des Dépôts et Consignations.

CONTROLE - EXPERTISE

L'Institution peut faire procéder par un médecin désigné par elle, au contrôle médical du participant qui formule des demandes ou bénéficie de prestations au titre des garanties prévues au contrat, lorsque ces prestations sont liées à l'état de santé.

A toute époque, les médecins missionnés par l'Institution doivent avoir, sous peine de déchéance de garantie et de suspension du paiement de la prestation en cours de service, un libre accès auprès du participant en état d'incapacité ou d'invalidité, à son lieu de traitement ou à son domicile tous les jours ouvrables, afin de pouvoir constater son état de santé.

De même, le participant doit se rendre aux convocations des médecins missionnés par l'Institution. Pour l'ensemble des garanties prévues au contrat, l'Institution se réserve la possibilité de demander, dans le respect du secret médical, outre les pièces justificatives prévues par l'ouverture des droits au bénéfice de chaque prestation, des pièces complémentaires ou des examens permettant une juste appréciation de la situation du participant.

Les décisions de l'Institution, notamment le refus, la réduction ou la cessation du versement des prestations, prises en fonction des conclusions du médecin qu'il a missionné, sont notifiées au participant par courrier recommandé. Elles s'imposent à lui, s'il n'en a pas contesté le bien-fondé dans les trente jours suivants leur

envoi, au moyen d'une attestation médicale détaillée. Cette contestation doit être adressée au service médical de l'Institution par lettre recommandée avec avis de réception.

En cas de désaccord sur l'état de santé du participant, le participant et l'Institution choisissent un médecin tiers arbitre pour les départager.

Faute d'entente sur son choix, la désignation en est faite par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile du participant.

Dans ce cas, la décision du médecin arbitre s'impose au participant et à notre Institution qui supportent par moitié les frais relatifs à la nomination.

Tant que procédure d'arbitrage n'a pas été menée jusqu'à son terme, les parties s'interdisent d'avoir recours à la voie judiciaire pour le règlement des prestations.

En sus de ce contrôle mené à l'initiative de l'Institution, l'entreprise souscriptrice du contrat donne mandat à l'Institution pour diligenter en son nom et pour son compte des contre-visites médicales, à l'encontre d'un participant, dans le respect des dispositions légales, dans tous les cas où il estimerait une telle contre-visite médicale nécessaire. Les résultats de la contre-visite seront transmis à l'adhérent.

Dans le cadre d'un accident ou de la mise en cause de la responsabilité d'un tiers faisant intervenir les prestations du contrat, une expertise privée ou judiciaire pourra remplacer la procédure de contrôle médical visée supra et aboutir également à une suspension ou cessation des versements.

Nos équipes, composées de professionnels de l'action sociale, sont à votre disposition en cas de difficultés consécutives à un problème de santé, de handicap ou d'invalidité.

Au-delà de l'écoute et du soutien, elles peuvent selon les situations :

- ✓ orienter vers des organismes compétents pour apporter leur concours à l'obtention de droits ou la résolution de difficultés,
- ✓ conseiller sur les démarches à entreprendre,
- ✓ étudier la possibilité d'une aide financière, en fonction de votre situation économique et sociale.

Ces aides ne sont pas systématiques. Elles ne peuvent en aucun cas être assimilées à un complément des garanties contractuelles.

