

Personnel des cabinets médicaux

Conditions Générales Prévoyance

Article 1 | Objet

Les présentes conditions générales ont pour objet d'instaurer un contrat collectif obligatoire destiné à mettre en œuvre le régime de prévoyance dont bénéficient les salariés des cabinets médicaux relevant de la Convention Collective Nationale du 14 octobre 1981 ainsi qu'un contrat collectif optionnel destiné à couvrir les salariés ne relevant pas des articles 4 et 4bis de la CCN de 1947 sans condition d'ancienneté dans la branche des cabinets médicaux. Ces contrats sont souscrits auprès d'Humanis Prévoyance (ci-après dénommée l'Institution), Institution de prévoyance régie par les dispositions du Titre III du livre IX du code de la Sécurité sociale, Immatriculée au Répertoire SIRENE sous le numéro 410 005 110, dont le siège social est à PARIS (75014), 29 boulevard Edgar Quinet.

Le contrat obligatoire et le contrat optionnel sont des contrats juridiquement distincts. La seule adhésion au contrat obligatoire n'emporte pas l'adhésion au contrat optionnel, et la résiliation du contrat obligatoire n'emporte pas la résiliation du contrat optionnel. Les présentes conditions générales contiennent donc deux contrats différents.

La réunion, dans un même support (même instrumentum) des garanties, offertes par le contrat obligatoire et des garanties prévues par le contrat optionnel est instituée dans le but de renforcer l'information de l'adhérent et des Participants et afin de faciliter la mise en œuvre d'une couverture globale adaptée aux besoins de chacun. Elle ne traduit nullement la volonté de l'Institution de soumettre l'ensemble de ces garanties à un même corps de règles légales et réglementaires, ni même de réunir, dans un même contrat, des garanties de natures différentes.

TITRE 1

Adhésion de l'entreprise

Article 2 | Formalités d'adhésion

Acquiert la qualité d'entreprise adhérente de l'Institution et de l'Organisme Commun des Institutions de Rente et de Prévoyance (ci-après dénommé l'OCIRP), Union d'Institutions de Prévoyance régie par le code de la Sécurité sociale dont le siège est situé 17 rue de Marignan 75008 Paris (pour la garantie rente éducation) toute personne physique ou morale, relevant de la Convention Collective Nationale du 14 octobre 1981 du personnel des Cabinets médicaux, qui emploie un ou plusieurs salariés et qui adhère aux statuts de l'Institution et de l'OCIRP et aux présentes conditions générales.

L'adhésion est soumise à la signature, par le représentant légal de l'entreprise adhérente ou toute personne dûment mandatée par elle, d'un bulletin d'adhésion retourné au siège social de l'Institution. En retour l'Institution émet les dispositions particulières qui précisent les éléments propres à l'entreprise adhérente. L'adhésion prendra effet à l'issue des vérifications règlementaires incombant aux entreprises d'assurance.

Les statuts, les présentes conditions générales, le bulletin d'adhésion et les dispositions particulières définissent les droits et obligations de l'entreprise adhérente, des Participants et de leurs bénéficiaires, de l'Institution et de l'OCIRP.

Article 3 | Prise d'effet - Durée - Renouvellement de l'adhésion

Les présentes garanties prennent effet à la date indiquée sur les dispositions particulières.

L'adhésion est souscrite à l'origine, pour la période comprise entre la date d'effet et le 31 décembre de l'année en cours ; elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction, le 1er janvier de chaque année pour une durée d'un an. Cependant, en cas de changement d'activité plaçant l'entreprise adhérente en dehors du champ d'application de la convention collective nationale, l'entreprise devra notifier ce changement à l'Institution par lettre recommandée avec avis de réception qui aura valeur de lettre de résiliation. La résiliation prendra effet à la date du changement d'activité. Outre la résiliation annuelle du contrat par lettre recommandée, cette résiliation peut également être formalisée par l'entreprise adhérente par envoi recommandé électronique, dans les mêmes conditions de préavis et de prise d'effet

définies au contrat. La date d'expédition certifiée par un horodatage qualifié de l'envoi recommandé électronique fait alors foi de la date d'envoi. Les mêmes dispositions s'appliquent en cas de résiliation formalisée par le Participant de l'affiliation de ses ayants-droit pour les cas d'affiliation facultative.

En cas de modification de la convention collective nationale, les dispositions contractuelles peuvent être révisées en tout ou partie par avenant. Les prestations nées avant la signature de l'avenant restent acquises sur la base de l'adhésion en cours à la date de leur fait générateur. Les parties excluent l'application de l'article 1195 du Code civil dans sa rédaction issue de l'ordonnance n°2016-131 du 10 février 2016. Elles conviennent d'appliquer exclusivement les dispositions figurant au contrat.

Article 4 | Effets de la résiliation de l'adhésion

La résiliation de l'adhésion met fin aux garanties.

Les prestations en cours de versement sont maintenues au niveau atteint à la date d'effet de la résiliation.

Le Participant indemnisé par l'Institution au titre d'une incapacité temporaire de travail ou d'une invalidité permanente au jour où l'adhésion de l'entreprise prend fin, conserve le droit aux garanties en cas de décès, sans contrepartie de cotisations, tant qu'il perçoit les prestations de l'Institution au titre de la garantie « arrêt de travail », et ce, dans les conditions prévues à l'article 18.4.

Le contrat subsiste en cas de redressement, de liquidation judiciaire ou de procédure de sauvegarde de l'entreprise souscriptrice du contrat.

Toutefois, le contrat peut être résilié dans les cas et conditions posés à l'article L. 622-13 du Code de commerce.

La résiliation est alors opposable à l'ensemble des Participants y compris à ceux bénéficiant de la portabilité des droits au titre de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale.

Article 5 | Revalorisation des prestations après résiliation ou non-renouvellement

En cas de résiliation de l'adhésion, les prestations cessent d'être revalorisées par l'Institution et sont maintenues au niveau atteint à la date de résiliation.

En tout état de cause et en application de l'article L. 912-3 du code de la Sécurité sociale, la poursuite de la revalorisation des prestations en cours dans le cas d'un changement d'organisme assureur est de la responsabilité exclusive de l'entreprise adhérente.

Article 6 | Obligations de l'entreprise adhérente

6.1. Lors de l'adhésion

L'entreprise adhérente s'engage à :

- affilier tous ses salariés,
- 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 elle entre dans le périmètre de la DSN,
- remplir un bulletin d'adhésion comportant notamment, à la date d'effet de l'adhésion et par catégorie professionnelle, la liste des personnes en activité, la liste des personnes en arrêt de travail pour maladie, accident ou maternité et la liste des personnes dont le contrat de travail est suspendu (hormis les cas d'arrêt de travail pour maladie, accident ou maternité),
- transmettre le bulletin d'adhésion et les bulletins d'affiliation individuelle (y compris pour les Participants non présents dans l'entreprise) dûment complétés à l'Institution.

6.2. En cours d'adhésion

L'entreprise adhérente doit signaler ou transmettre à l'Institution dans un délai de 30 jours suivant la date de l'événement :

- tous les mouvements de personnels (embauche, promotion, mutation, détachement, expatriation, suspension du contrat de travail, démission, licenciement, retraite, préretraite, décès, ...) en indiquant le nom de la personne concernée et la date de l'événement, si l'entreprise n'entre pas dans le périmètre de la DSN,
- tout changement intervenant dans son cadre juridique, économique ou social (fusion, absorption, scission, dissolution, création de filiale, transfert de personnel, changement d'activité, cessation d'activité, si l'entreprise adhérente n'emploie plus de personnel appartenant à la catégorie assurée ou si celui-ci ne perçoit aucune rémunération,...) ;
- tous les bulletins d'affiliation individuelle des nouveaux Participants entrant dans le groupe couvert 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 ;
- tous les sinistres susceptibles de faire jouer les présentes garanties ;

- la liste des Participants dont le contrat de travail est suspendu pour cause de congé sans solde (exemple : congé parental, congé de formation, congé sabbatique, congé pour création d'entreprise, ...), en indiquant pour chacun d'eux leurs dates de départ et de reprise d'activité.

De plus, elle s'engage à :

- compléter et transmettre à l'Institution annuellement, au plus tard le 31 janvier, tant que ces informations ne sont pas traitées par les flux DSN, la Déclaration Annuelle des Salaires contenant la liste de son personnel assuré avec, pour chacun d'eux, notamment les indications suivantes :

— nom (patronymique et marital), — prénom,

— date de naissance, — n° INSEE,

— situation familiale (marié, veuf, divorcé, concubin, partenaire (PACS), célibataire),

— nombre d'enfants à charge,

— rémunération annuelle brute déclarée pour le calcul des cotisations de Sécurité sociale perçue au titre de l'année civile précédente,

— la situation du salarié : présent au travail, en maladie, en incapacité, en invalidité, en retraite, en préretraite, licencié, contrat de travail suspendu, etc.

- régler les cotisations à leur échéance ;

- compléter et transmettre, les bordereaux trimestriels et le bordereau de régularisation annuel qui lui sont adressés.

Elle s'engage, par ailleurs, à faire connaître à chaque Participant :

- les garanties couvertes par l'Institution et à lui communiquer le bulletin d'affiliation, la notice d'information et ses avenants éventuels, ainsi qu'à laisser à sa disposition les présentes conditions générales et les dispositions particulières;

- la notice d'information est rédigée par l'Institution, conformément à l'article L 932-6 du code de la Sécurité sociale. La preuve de la remise de ce document aux Participants et de l'information relative aux modifications contractuelles incombe à l'entreprise adhérente.

- les effets de la résiliation éventuelle de l'adhésion.

Elle s'oblige, également, à informer les ayants droit du Participant décédé salarié de l'entreprise adhérente, des prestations dont ils peuvent bénéficier et à leur communiquer les coordonnées de l'Institution.

TITRE 2 – AFFILIATION

Article 7 | Type d'affiliation

L'affiliation des Participants tels que définis à l'article 8 ci-dessous revêt un caractère obligatoire pour l'ensemble des salariés relevant des articles 4 et 4 bis de la CCN de 1947 de l'entreprise adhérente sans condition d'ancienneté et pour l'ensemble des salariés ne relevant pas des articles 4 et 4 bis de la CCN de 1947 au jour où ils acquièrent l'ancienneté d'un an dans la branche des cabinets médicaux.

Article 8 | Participants

Sont affiliés à titre obligatoire :

- d'une part l'ensemble du personnel relevant des articles 4 et 4 bis de la CCN de 1947 de l'entreprise adhérente sans condition d'ancienneté
- d'autre part l'ensemble du personnel ne relevant pas des articles 4 et 4 bis de la CCN de 1947 au jour où ils acquièrent l'ancienneté d'un an dans la branche des cabinets médicaux.

Peuvent être affiliés au contrat optionnel:

- l'ensemble des salariés ne relevant pas des articles 4 et 4 bis de la CCN de 1947 ne justifiant pas de la condition d'ancienneté d'un an dans la branche des cabinets médicaux.

Le personnel relevant des articles 4 et 4 bis de la CCN 1947 et le personnel ne relevant pas des articles 4 et 4 bis de la CCN 1947 sont couverts par des garanties différentes en contrepartie de montants de cotisation différents.

Ils sont ci-après dénommés Participants.

Article 9 | Formalités d'affiliation du Participant

L'affiliation du Participant se matérialise :

lors de l'adhésion de l'entreprise :

par la déclaration par l'entreprise adhérente sur le bulletin d'adhésion de la totalité des salariés appartenant à la catégorie de personnel couvert par les présentes conditions générales.

L'entreprise adhérente ou le Participant doit également faire parvenir à l'Institution, dans les 90 jours qui suivent l'adhésion, le bulletin individuel d'affiliation.

en cours d'adhésion :

par l'envoi par l'entreprise adhérente au siège de l'Institution, d'un bulletin d'affiliation, pour tout Participant remplissant les conditions d'affiliation (embauche, acquisition de l'ancienneté d'un an ou promotion dans la catégorie du personnel relevant des articles 4 et 4 bis de la CCN 1947). Cet envoi doit parvenir à l'Institution dans les 90 jours suivant l'entrée du nouveau Participant dans le groupe considéré.

Article 10 | Affiliation

10.1. Prise d'effet de l'affiliation

lors de l'adhésion

L'affiliation prend effet le jour indiqué sur les dispositions particulières.

en cours d'adhésion

L'affiliation prend effet à la date à laquelle le nouveau Participant entre dans le groupe assuré (sous réserve que son entrée dans ledit groupe soit signalée à l'Institution dans les formes et le délai prévus aux présentes conditions générales - voir article 6.2). À défaut, l'affiliation prend effet à la date de réception par l'Institution du bulletin d'affiliation du Participant en cause (le cachet de la poste faisant foi).

10.2. Fin de l'affiliation

L'affiliation prend fin :

- par la résiliation de l'adhésion ;
- lorsque le Participant ne fait plus partie du groupe assuré, notamment en cas de rupture de son contrat de travail ou s'il ne remplit plus les conditions d'affiliation (fin du congé parental sans reprise d'activité,...). La fin de l'affiliation met fin aux garanties.

Article 11 | Maintien des garanties en cas de suspension ou de rupture du contrat de travail

11.1. Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail :

Les garanties de prévoyance prévues par le présent contrat sont suspendues en cas de suspension du contrat de travail du salarié.

Toutefois, dans les cas de suspension du contrat de travail énumérés ci-après, les garanties de prévoyance sont maintenues dans les conditions suivantes.

A. L'ensemble des garanties sont maintenues sans contrepartie de cotisation à l'assuré dont le contrat de travail est suspendu, pour la période au titre de laquelle il bénéficie d'un maintien, total ou partiel, de salaire de l'employeur ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur.

B. Autres cas de suspension du contrat de travail sans maintien de salaire

1. En cas de maladie ou d'accident, l'intéressé est assuré dans les conditions prévues à l'article 18.4 « Maintien des garanties décès aux salariés en incapacité temporaire de travail ou en invalidité ».

2. Maternité - Paternité : pour les périodes de congé légal de maternité ou de paternité, le Participant reste couvert contre le risque décès sans contrepartie de cotisation.

3. Congé Parental d'éducation :

- pendant la durée du congé parental d'éducation, le Participant reste couvert en cas de décès sans contrepartie de cotisation.
- pendant la durée du congé parental d'éducation les prestations d'incapacité temporaire de travail et d'invalidité ne sont pas versées. Si un Participant se trouve en situation d'incapacité de travail ou d'invalidité à l'issue de son congé parental d'éducation, l'arrêt de travail est censé avoir débuté à la date fixée initialement pour la reprise du travail et commence à être indemnisé à l'issue de la période de franchise prévue à l'article 18-1-2. Les cotisations ne sont pas dues pendant cette période.

Dans tous les cas, la prestation sera calculée selon la base de calcul des prestations définie à l'article 19 précédant la date de suspension du contrat de travail. Les garanties maintenues sont celles dont bénéficie le salarié au titre de la catégorie de personnel dont il relève à la date de suspension du contrat de travail.

11.2. Maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail au titre de l'article L911-8 du code de la Sécurité sociale

Les dispositions qui suivent prennent effet pour les cessations de contrat de travail intervenant à compter du 1^{er} juin 2015.

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.

Effet et durée 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, quelle qu'en soit la cause.

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 déclaratives

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.

La base des prestations des garanties Prévoyance reste constituée par la rémunération brute définie contractuellement, perçue au cours des douze mois civils précédant la date de cessation du contrat de travail, à l'exclusion des sommes devenues exigibles du fait de la rupture du contrat de travail. Si la période de référence est inférieure à douze mois, la rémunération brute est annualisée à partir de la moyenne mensuelle des rémunérations brutes perçues. Si la période de référence est inférieure à un mois, la rémunération brute servant de base aux prestations est celle prévue au contrat de travail.

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

Pour la garantie 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 perçu pour la même période. Le montant des indemnités journalières versé par l'Institution pourra être réduit en conséquence si cette limite est dépassée.

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. Ainsi, les anciens salariés bénéficiaires du dispositif de maintien de garanties sont couverts sans paiement de cotisations après la cessation de leur contrat de travail.

TITRE 3 – COTISATIONS

Article 12 | Mode de calcul des cotisations

Les cotisations sont calculées par application du taux de cotisation à l'assiette des cotisations.

Article 13 | Assiette et taux de cotisations

L'assiette de calcul des cotisations est égale au salaire brut afférent à l'année d'affiliation considérée déclaré par l'employeur à l'administration fiscale en vue de l'établissement de l'impôt sur le revenu. Elle est limitée à quatre fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.

Pour le personnel relevant des articles 4 et 4 bis de la CCN de 1947 :

Le taux de cotisation est fixé à compter du 1^{er} janvier 2019 à :

- 2,90 % de la base des cotisations.

La cotisation est répartie de la façon suivante :

- 1,98 % à la charge de l'entreprise adhérente dont :
 - 0,90 % affecté à la couverture du risque décès dont 0,41 % affectée à la couverture des garanties rente éducation rente de conjoint et rente handicap assurées par l'OCIRP ;
 - 0,79 % affecté à la couverture du risque incapacité temporaire ; — 0,29 % affecté à la couverture du risque invalidité.
- 0,92 % à la charge du Participant dont :
 - 0,68 % affecté à la couverture du risque incapacité temporaire ; — 0,24 % affecté à la couverture du risque invalidité.

La cotisation afférente à la couverture du personnel relevant des articles 4 et 4 bis de la CCN de 1947 est fixée au taux contractuel, soit 2,90 % (1,98 % à la charge de l'entreprise adhérente et 0,92 % à la charge du Participant).

Pour le personnel ne relevant pas des articles 4 et 4 bis de la CCN de 1947 :

Les cotisations sont financées à hauteur de 60 % par les entreprises adhérentes et de 40 % par les Participants.

Le taux de cotisation est fixé à compter du 1^{er} janvier 2019 à :

- 2,35 % de la base des cotisations dont 0,93 % à la charge du Participant et 1,42 % à la charge de l'entreprise adhérente,

La cotisation afférente à la couverture du personnel ne relevant pas des articles 4 et 4 bis de la CCN de 1947 est fixée au taux contractuel, soit 2,35 % (1,42 % à la charge de l'entreprise adhérente et 0,93 % à la charge du Participant).

Article 14 | Paiement des cotisations

Les cotisations sont exigibles le premier jour du mois qui suit le trimestre de référence.

Elles sont payables trimestriellement à terme échu dans les 15 jours suivant la fin de chaque trimestre civil.

Chacun des paiements doit être accompagné du bordereau trimestriel mentionné à l'article 6.2.

L'entreprise adhérente est seule responsable du paiement des cotisations.

À ce titre, elle procède elle-même à leur calcul et à leur versement à l'Institution aux différentes échéances prévues. En l'absence de déclaration de l'entreprise adhérente, l'Institution procédera à une évaluation forfaitaire du montant des cotisations.

Article 15 | Non-paiement des cotisations

A défaut de paiement de l'intégralité des cotisations dans les conditions ci-dessus, une mise en demeure de paiement chiffrée par l'Institution est adressée à l'entreprise adhérente par lettre recommandée avec avis de réception. En cas de non-paiement dans les 40 jours qui suivent l'envoi de cette mise en demeure, l'Institution entamera une procédure contentieuse pour le recouvrement des dites cotisations.

Article 16 | Juridiction compétente en cas de non-paiement

Les cotisations en matière d'assurance étant portables et non quérables en cas de procédure contentieuse en matière de cotisations, seuls les tribunaux du siège social de l'Institution seront compétents.

TITRE 4 – GARANTIES

Article 17 | Garanties Décès

Deux types de sinistres peuvent donner lieu au déclenchement des garanties décès, le décès du Participant ou sa mise en invalidité absolue et définitive.

L'invalidité absolue et définitive n'est prise en compte que dans le cadre de la prestation « capital décès » à l'exclusion des prestations « double effet », « rente éducation » et « rente de conjoint ».

Le paiement au titre de l'Invalidité Absolue et Définitive met fin aux garanties décès. En cas de décès ultérieur, il ne sera versé aucune nouvelle prestation. Aucune prestation n'est versée au titre des garanties en cas de décès si le défunt assuré est une personne placée en établissement psychiatrique ou s'il est majeur sous tutelle.

17.1. Définitions

Décès

C'est l'arrêt des fonctions vitales du Participant constaté par une autorité médicale compétente. La date du décès est fixée par cette autorité médicale et notifiée dans l'acte de décès.

Invalidité absolue et définitive (IAD)

On entend par invalidité absolue et définitive, le cas du Participant reconnu définitivement incapable de se livrer à aucune occupation ni aucun travail lui procurant gain ou profit, et dont l'état de santé nécessite l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie. Il doit pour cela être classé en invalidité de 3ème catégorie par la Sécurité sociale (art. L. 341-4 du code de la Sécurité sociale), ou se voir attribuer, en cas d'accident de travail ou de maladie professionnelle, une rente correspondant à un taux de 100% résultant du barème accidents du travail, majorée pour l'assistance d'une tierce personne (art. L. 434-2 du code de la Sécurité sociale).

La date de la survenance de l'invalidité absolue et définitive est fixée au jour de sa notification par la Sécurité sociale. Peuvent être amenés à bénéficier de certaines prestations dans le cadre des garanties décès :

Le conjoint

On entend par conjoint toute personne unie au Participant par les liens du mariage tel que défini aux articles 144 et suivants du code civil et non séparée de corps judiciairement.

Le partenaire lié par un Pacs

On entend par partenaire toute personne unie au Participant par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) dans les conditions prévues aux articles 515-1 et suivants du code civil.

Le concubin

On entend par concubin toute personne vivant maritalement avec un Participant. Le concubinage, tel que défini à l'article 515-8 du code civil, se matérialise par une union de fait, caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité, entre deux personnes, de sexes différents ou de même sexe, qui vivent en couple.

Le caractère de stabilité et de continuité de cette union est reconnu par l'Institution lorsque les éléments suivants sont réunis à la date du sinistre :

- le concubin, ainsi que le Participant doivent être libres de tous liens de mariage et de Pacte Civil de Solidarité.
- l'union doit avoir une durée continue au moins égale à deux ans. Cette preuve incombe au concubin survivant à l'aide de deux au moins des justificatifs suivants, preuve du domicile commun de plus de deux ans au moment du sinistre :
 - les deux derniers avis d'imposition de chacun des concubins mentionnant un domicile commun,
 - la carte d'assuré social de l'un des concubins reprenant l'autre comme ayant droit ou les cartes d'assuré social de chacun d'eux mentionnant un domicile commun. L'établissement des cartes doit être supérieur à deux ans,
 - les quittances EDF ou factures de téléphone ou bail commun avec quittances de loyer ou attestation d'assurance des trois derniers mois précédant le sinistre.

Seuls les documents originaux ou copies certifiées conformes sont acceptés par l'Institution. Après traitement, ils sont retournés à leur expéditeur.

En cas de naissance d'au moins un enfant issu de l'union, le délai de deux ans de vie commune n'est pas exigé, mais la preuve de la réalité de l'union incombe toujours au concubin survivant.

Les enfants à charge

Sont considérés comme enfants à charge, les enfants du Participant ou de son conjoint, concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité, qu'ils soient légitimes, naturels, adoptifs, reconnus ou recueillis.

Ces enfants sont considérés « à charge » jusqu'à leur 18^e anniversaire ou jusqu'à leur 26^e anniversaire s'ils poursuivent des études ou sont en apprentissage ou titulaire d'un contrat de professionnalisation ou sont dans le cadre d'un stage préalable à l'exercice d'un premier emploi rémunéré.

Sont considérés comme enfants à charge sans limitation d'âge, les enfants du Participant ou de son conjoint, concubin ou partenaire lié par un Pacs reconnus invalides par la Sécurité sociale avant leur 26^e anniversaire et étant dans l'impossibilité de se livrer à une activité professionnelle.

Est aussi considéré comme enfant à charge, l'enfant du Participant né viable moins de 300 jours après le décès du Participant.

Les ascendants à charge

Lorsque les garanties prennent en compte les ascendants à charge au moment du décès du Participant, sont considérés comme tels, les ascendants directs (parents, grands-parents, arrière-grands-parents) du Participant répondant aux conditions de l'article 1411 III du Code Général des Impôts.

17.2. Fait générateur des garanties

Pour que les garanties puissent jouer, le fait générateur doit s'être réalisé durant la période de couverture du Participant au titre du présent contrat. Pour les garanties décès, le fait générateur correspond à la date du décès constaté par l'autorité médicale ou à la date de l'état d'invalidité absolue et définitive notifiée par la Sécurité sociale.

17.3. Prise d'effet et durée des garanties

Les garanties décès prennent effet en même temps que l'affiliation du Participant.

Sauf résiliation de l'adhésion ou fin de l'affiliation, les garanties cessent à la date de la liquidation de la pension de vieillesse de la Sécurité sociale.

17.4. Prestations

Garanties décès couvrant les Participants relevant ou non des articles 4 et 4 bis de la CCN de 1947 :

17.4.1. Capital décès (Participants relevant ou non des articles 4 et 4 bis de la CCN de 1947)

Prestation dont le montant sert à indemniser forfaitairement, le ou les bénéficiaires désignés, des conséquences du décès du Participant.

A. Conditions d'attribution

Modalités de déclaration du sinistre :

L'entreprise adhérente doit adresser à l'Institution, dans les 15 jours suivant le sinistre, une demande de prestation composée des pièces justificatives récapitulées ci-dessous.

En cas de décès :

1. un extrait d'acte de décès et un extrait d'acte de naissance du Participant décédé avec mention marginale ;
2. une copie du ou des livrets de famille du Participant décédé certifiée conforme à l'original ;
3. un extrait d'acte de naissance du ou des bénéficiaires ;
4. un certificat médical attestant que le décès du Participant résulte d'une mort naturelle, accidentelle ou d'un suicide ;
5. une photocopie du dernier avis d'imposition du défunt (et si nécessaire de l'ex-conjoint en cas de divorce),
6. une photocopie de l'ordonnance du juge désignant l'administrateur légal des biens du ou des enfants mineurs pour le versement des prestations les concernant ;
7. si le bénéficiaire est le concubin ou le partenaire, les pièces nécessaires à la justification de cet état ;
8. une déclaration de l'entreprise adhérente, permettant de déterminer le salaire de référence et attestant que le Participant était effectivement salarié par elle lors de son décès ou lors de l'arrêt de travail précédant le décès ;
9. s'il y a lieu, une copie du rapport de police ou du procès-verbal de gendarmerie ;
10. un Relevé d'Identité Bancaire du ou des bénéficiaires.

En cas d'Invalidité Absolue et Définitive :

1. la notification d'attribution de la pension de 3^{ème} catégorie d'invalidité de la Sécurité sociale ou le justificatif de la majoration de pension accordée pour assistance d'une tierce personne en cas d'accident du travail ou maladie professionnelle ;
2. une copie du ou des livrets de familles du Participant invalide certifiée conforme à l'original ;
3. un certificat médical attestant que l'I.A.D du Participant résulte d'une maladie ou d'un accident ;
4. une photocopie du dernier avis d'imposition du Participant (et si nécessaire de l'ex-conjoint en cas de divorce) ;
5. une déclaration de l'entreprise adhérente, permettant de déterminer le salaire de référence et attestant que le Participant était effectivement salarié par elle lors de la reconnaissance de cette IAD ou lors de l'arrêt de travail précédant cette reconnaissance ;
6. un Relevé d'Identité Bancaire du bénéficiaire.

En vue du règlement des prestations, l'Institution se réserve le droit de demander toute autre pièce à l'occasion du décès ou de l'invalidité absolue et définitive.

B. Montant

Pour les Participants relevant des articles 4 et 4 bis de la CCN de 1947	
Participant célibataire, veuf, divorcé, sans enfant ou ascendant à charge	140%
Participant célibataire, veuf, divorcé, avec un enfant ou un ascendant à charge	190%
Participant marié, « pacsé » ou vivant en concubinage, sans enfant ou ascendant à charge	200%
Majoration par enfant ou ascendant à charge supplémentaire	50%
Pour les Participants ne relevant pas des articles 4 et 4 bis de la CCN de 1947	
Participant célibataire, veuf, divorcé, sans enfant ou ascendant à charge	110%
Participant célibataire, veuf, divorcé, avec un enfant ou un ascendant à charge	150%
Participant marié, « pacsé » ou vivant en concubinage, sans enfant ou ascendant à charge	160%
Majoration par enfant ou ascendant à charge supplémentaire	40%

Le montant de la prestation exprimé en pourcentage du salaire annuel brut de référence tel que défini à l'article 19 varie en fonction de la catégorie de personnel à laquelle appartient le Participant et de sa situation de famille au jour de son décès ou de son Invalidité absolue et définitive.

C. Délai et modalités de paiement

Le capital est payé en une seule fois au plus tard dans un délai d'un mois après la constitution complète et le dépôt du dossier auprès de l'Institution.

Le paiement est opéré par virement sur le compte du ou des bénéficiaires.

D. Bénéficiaires

Le capital garanti en cas de décès du Participant est attribué par ordre de préférence et sous réserve des modalités particulières précisées ci-après :

- en premier lieu au conjoint survivant non divorcé ni séparé judiciairement,
- à défaut, au partenaire lié par un PACS,
- à défaut au concubin (cf. article 17.1),
- à défaut, aux enfants légitimes, naturels, reconnus, recueillis ou adoptifs, vivants ou représentés, par parts égales entre eux,
- à défaut, aux parents, par parts égales entre eux,
- à défaut, aux ascendants, par parts égales entre eux,
- à défaut de tous les susnommés, aux héritiers, par parts égales entre eux.

Dans tous les cas, le Participant a la faculté, lors de son adhésion ou postérieurement à son admission à l'assurance, de modifier la désignation contractuelle ou sa désignation particulière initiale lorsque celle-ci n'est plus appropriée. Il doit alors indiquer par écrit, à l'Institution, la ou les personnes physiques ou morales qu'il désigne comme bénéficiaires. La désignation peut être effectuée via le bulletin de désignation mis à disposition du Participant par l'Institution, mais également par acte sous seing privé adressé à l'Institution ou par acte authentique.

Lorsque le Participant désigne nommément son ou ses bénéficiaires, il peut préciser les coordonnées de ces derniers, celles-ci seront utilisées par l'Institution en cas de décès du Participant. Lorsqu'une désignation de bénéficiaire nominative devient caduque par la disparition du ou des bénéficiaires, par annulation du Participant ou en cas de révocation de plein droit prévue par le code civil, sans nouvelle désignation, la désignation contractuelle s'applique pour la part du capital initialement prévue pour ce ou ces bénéficiaires.

L'Institution attire l'attention du Participant sur le fait que l'acceptation de la désignation par le bénéficiaire a pour effet de rendre irrévocable la stipulation faite à son profit.

Le capital accordé par anticipation en cas d'Invalidité Absolue et Définitive de 3^{ème} catégorie est attribué au Participant.

17.4.2. Double effet (Participants relevant ou non des articles 4 et 4 bis de la CCN de 1947)

Capital ayant pour objet d'indemniser forfaitairement les enfants à charge du Participant des conséquences du décès, du conjoint, partenaire lié par un PACS ou concubin du Participant, lorsque ce décès est simultané ou postérieur à celui du Participant.

A. Conditions d'attribution

- modalités de déclaration du sinistre : voir la prestation capital décès à l'article 17.4.1
- pièces justificatives :

Elles sont identiques à celles demandées pour la prestation capital décès en les adaptant à la personne du défunt et en ajoutant les pièces nécessaires à la justification de l'état de conjoint, partenaire ou concubin et à celle d'enfant à

charge en fournissant notamment, un certificat de scolarité ou toute attestation justifiant de la poursuite des études pour les enfants de plus de 18 ans, ou tout document justifiant de la reconnaissance d'un handicap pour ces derniers. Cette prestation n'est pas due lorsque le décès du conjoint, postérieur à celui du Participant, intervient alors que l'adhésion de l'entreprise adhérente a été résiliée.

B. Montant

Le montant du capital double effet est égal au montant du capital décès qui a été versé par l'Institution au titre du décès du Participant.

C. Délai et modalités de paiement

Le capital est payé en une seule fois au plus tard dans un délai d'un mois après la constitution complète et le dépôt du dossier auprès de l'Institution.

Le paiement est opéré par virement sur le compte du ou des bénéficiaires.

D. Bénéficiaires

Le capital « double effet » accordé en cas de décès du conjoint simultané ou postérieur à celui du Participant, est attribué par parts égales entre les enfants qui étaient à charge du Participant au moment de son décès et qui sont toujours à charge de son conjoint, concubin ou partenaire au moment du décès de ce dernier.

17.4.3. Frais d'obsèques en cas de décès du Participant, du conjoint ou d'un enfant à charge

Capital ayant pour objet d'indemniser forfaitairement le bénéficiaire des conséquences du décès du Participant et/ou de son conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS et/ou d'un de ses enfants à charge.

A. Conditions d'attribution

- Modalités de déclaration du sinistre : voir la prestation capital décès à l'article 17.4.1.
- Pièces justificatives :
 - pour le décès du Participant : pièces n°1 et 2 de l'article 17.4.1.A,
 - pour le décès d'un enfant à charge: pièces n°1, 2, 5 et 9 de l'article 17.4.1.A en les adaptant à la personne du défunt,
 - pour le décès du conjoint, concubin ou partenaire : pièces n°1 et 2 de l'article 17.4.1.A en les adaptant à la personne du défunt, en ajoutant les pièces nécessaires à la justification de l'état de concubin (voir article 17.1) ou de partenaire lié par un PACS (voir article 17.1).

B. Montant

Le montant du capital alloué est égal au plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur à la date du décès.

. Les factures acquittées devront être adressées à l'Institution.

C. Délai et modalités de paiement

Le capital est payé en une seule fois au plus tard dans un délai d'un mois après la constitution complète et le dépôt du dossier auprès de l'Institution.

Le paiement est opéré, selon le choix de l'Institution, par virement sur le ou les comptes bancaires du ou des bénéficiaires ou par chèque bancaire.

D. Bénéficiaires

Le capital garanti en cas de frais d'obsèques du Participant est versé au bénéficiaire du capital décès tel que défini à l'article 17.1.4.D, sous réserve qu'il atteste avoir pris en charge les obsèques du Participant. Dans le cas contraire, le capital est versé à la personne qui peut prouver qu'elle a pris en charge ces obsèques.

Le capital garanti en cas de frais d'obsèques du conjoint, concubin ou partenaire ou d'un enfant à charge est attribué au Participant.

17.4.4. Rente éducation (Participants relevant ou non des articles 4 et 4 bis de la CCN de 1947)

La garantie rente éducation est assurée par l'OCIRP (cf. article 2). L'OCIRP est seul porteur de la présente garantie et est seul responsable de la bonne fin des prestations. La présente garantie est régie par les stipulations figurant ci-dessous et aux présentes conditions générales.

L'OCIRP a confié la gestion administrative de la présente garantie à l'Institution.

A. Objet

Rente servant à couvrir en tout ou partie les frais relatifs à l'éducation et à la scolarité des enfants à charge du Participant décédé.

B. Montant

La rente éducation est calculée en pourcentage du salaire de référence tel que défini à l'article 19. Le montant de la rente varie en fonction de l'âge de l'enfant à charge :

- jusqu'à leur 18e anniversaire : 18 % par enfant à charge ;
- au-delà et jusqu'au 26e anniversaire : 23 % par enfant à charge (si étudiant, apprenti ou stagiaire dans le cadre d'un stage préalable à l'exercice d'un premier emploi rémunéré).

Le versement de la rente est maintenu en cas d'invalidité de l'enfant à charge reconnue par la Sécurité sociale avant son 26^{ème} anniversaire et mettant l'enfant à charge dans l'impossibilité de se livrer à une activité professionnelle.

En cas de décès du conjoint ou concubin ou partenaire du Participant décédé postérieur au décès de ce dernier, le montant de chaque rente d'éducation versée est doublé. Il en va de même si le Participant décédé était une mère célibataire dont le ou les enfants à charge n'ont pas fait l'objet d'une reconnaissance de paternité.

Les termes de conjoint, concubin ou partenaire sont définis au 17.1.

C. Bénéficiaires

La rente éducation accordée en cas de décès du Participant est attribuée à chacun de ses enfants à charge au moment du décès.

La rente est versée tant que le bénéficiaire a la qualité d'enfant à charge jusqu'au 18e anniversaire ou jusqu'au 26e anniversaire si l'enfant poursuit des études ou est en apprentissage ou titulaire d'un contrat de qualification ou de professionnalisation.

Par enfants à charge, on entend, dans le cadre de la présente garantie, les enfants du Participant ou de son conjoint, concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité, qu'ils soient légitimes, naturels, adoptifs, reconnus ou recueillis.

D. Conditions d'attribution et modalités de paiement de la rente éducation

Formalités à remplir pour les demandes de liquidation de rentes : Lors du décès du Participant, il doit être remis à l'Institution :

- un certificat de décès du Participant,
- un extrait d'acte de naissance avec filiation pour chacun des bénéficiaires,
- tous documents justifiant la qualité d'enfant à charge au sens de l'article 16.4.4.1 ci-dessus, avec le cas échéant : les documents d'état civil avec mention des autres enfants nés du Participant décédé, ou reconnus, adoptés ou recueillis par celui-ci lors de situations antérieures,
 - en cas de mise sous tutelle : copie certifiée conforme du jugement de mise sous tutelle nommant le représentant légal de(s) l'orphelin(s),
 - en cas de concubinage : au moins deux justificatifs de la qualité de concubins, preuve du domicile commun au moment du décès : quittance EDF, facture téléphonique, bail commun, attestation d'assurance, formulaire de témoignage du greffe du Tribunal d'instance,
 - en cas de contrat de Pacs : les mêmes types de justificatifs que ceux prévus en cas de concubinage avec au moins le document attestant l'engagement dans les liens du Pacs délivré par le greffe du Tribunal d'instance,
 - tout document concernant l'activité salariée du Participant décédé demandé par l'Institution au bénéficiaire.

Délais et date d'effet des prestations :

Les prestations sont payées au plus tard dans un délai de trois mois après le dépôt du dossier (demande de liquidation de prestations accompagnée de l'ensemble des pièces justificatives) auprès de l'Institution dont dépend l'entreprise adhérente.

La déclaration du décès et le dépôt du dossier auprès de l'Institution membre doivent avoir lieu dans un délai d'un an. Les prestations prennent alors effet à compter du premier jour du mois civil suivant la date du décès.

Si la déclaration est faite après un délai d'un an, les prestations prendront effet à partir du premier jour du mois civil suivant la date de dépôt du dossier.

En cas de disparition du Participant, le paiement des prestations interviendra après reconnaissance du décès par absence, par le tribunal compétent.

Modalités de paiement des prestations :

Le paiement des prestations n'est subordonné à aucune condition de situation d'emploi, ni de remariage, ni de concubinage, ni de contrat de Pacs, intervenant après le décès du Participant.

Les rentes sont payables trimestriellement à terme échu. Celles dont la date d'effet se situe en cours d'exercice donnent lieu à un versement pour la période restant à courir jusqu'au 31 décembre de l'année considérée.

Les rentes en cours de service sont revalorisées en fonction des taux fixés par le conseil d'administration de l'OCIRP au 1er janvier et au 1er juillet de chaque année sous réserve des dispositions prévues en cas de résiliation de l'adhésion de l'entreprise.

E. Revalorisation de la rente éducation en cas de résiliation de l'adhésion de l'entreprise

La résiliation de l'adhésion à l'OCIRP met fin aux revalorisations, toutefois l'entreprise peut obtenir la poursuite de la revalorisation des prestations qui lui sont rattachées moyennant le paiement d'une somme forfaitaire égale à la différence entre, d'une part, les provisions techniques desdites prestations établies selon les tables réglementaires en vigueur au jour de la résiliation de l'adhésion avec application d'un taux d'intérêt technique de 0%, et d'autre part, les provisions techniques de l'Union-OCIRP pour lesdites prestations calculées au taux technique en vigueur au jour de la résiliation de l'adhésion. Le paiement de cette somme est obligatoire si l'entreprise n'assure pas cette revalorisation ou si un nouvel assureur ne le fait pas (article L912-3 du code de la Sécurité sociale).

17.4.5. Rente handicap (Participants relevant ou non des articles 4 et 4 bis de la CCN de 1947)

Définition

En cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive d'un salarié ayant un enfant handicapé, il est versé à ce dernier une rente viagère handicap.

Montant et service de la rente

Le montant de la rente versée au bénéficiaire est de 500 € par mois. L'évolution annuelle du montant de base de cette prestation est indexée sur l'augmentation du montant de l'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH). En cas de modification notable ou de disparition de l'AAH, un avenant devra déterminer la référence à une allocation spécifique aux personnes handicapées afin d'indexer le montant de la rente prévue par la présente garantie.

Les rentes handicap sont versées à chaque enfant handicapé ou à son représentant légal. Elles sont payables trimestriellement à terme échu. La prestation prend effet à compter du 1er jour du mois civil suivant la date du décès ou celle de reconnaissance de l'Invalidité Absolue et Définitive.

Cette prestation est versée jusqu'au décès du bénéficiaire.

Le versement anticipé en cas d'Invalidité Absolue et Définitive met fin à la garantie.

Bénéficiaires

Bénéficiaire du versement de la prestation l'enfant reconnu handicapé d'un salarié décédé.

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 à une activité professionnelle sans adaptation du poste de travail, soit s'il est âgé de moins de 18 ans, d'acquérir une instruction ou une formation professionnelle dans les conditions équivalentes à celles d'une personne dite « valide », ou tel que défini par l'article 199 septies du Code général des impôts.

Le handicap est apprécié au jour du décès ou de l'Invalidité Absolue et Définitive assimilable au décès du salarié.

Formalités à remplir pour les demandes de liquidation de rentes :

Pour justifier du handicap du ou des bénéficiaires, doit être obligatoirement joint à la demande de liquidation des prestations, sous enveloppe cachetée destinée au médecin-conseil, un certificat médical attestant, à la date du décès ou de l'Invalidité Absolue et Définitive assimilable au décès du Participant, de la nature de l'infirmité physique et/ou mentale dont sont atteints le ou les enfants bénéficiaires et qui les empêchent soit de se livrer, dans des conditions normales à une activité professionnelle sans adaptation du poste de travail, soit s'il est ou s'ils sont âgés de moins de 18 ans, d'acquérir une instruction ou une formation professionnelle dans les conditions équivalentes à celles d'une personne dite « valide ».

En outre, l'Union-OCIRP se réserve le droit de demander toutes autres pièces complémentaires qui lui seraient nécessaires pour l'étude du dossier de liquidation, notamment :

- un justificatif d'un taux d'incapacité de 80 % reconnue par la CDAPH (la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées qui remplace les COTOREP ET CDES depuis la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances des personnes handicapées).
- un justificatif d'un taux d'incapacité compris entre 50 % et 80 %, si la CDAPH a reconnu au bénéficiaire l'impossibilité de travailler ;
- la preuve du bénéfice d'une mesure relevant de la loi n° 2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées du 11 février 2005 ;
- un certificat d'admission en établissement spécialisé.

17.4.6. Revalorisation des rentes éducation et handicap

Les rentes éducation et handicap sont revalorisées chaque année suivant un taux fixé par le Conseil d'administration de l'Union-OCIRP.

Les prestations périodiques, versées sous forme de rente (rente éducation et rente Handicap) en cours de versement cessent d'être revalorisées par l'organisme assureur quitté et sont maintenues au niveau atteint à la date d'effet de la résiliation.

Garanties décès couvrant le seul personnel relevant des articles 4 et 4 bis de la CCN de 1947

17.4.7. Rente viagère de conjoint (garantie ne couvrant que les Participants relevant des articles 4 et 4 bis de la CCN de 1947)

En cas de décès du salarié relevant des articles 4 et 4 bis de la CCN de 1947 laissant un conjoint ou un concubin ou pacsé, il est versé à l'ayant droit survivant une rente viagère.

Montant de la rente

La rente viagère est égale à 10 % du salaire annuel de référence tel que défini à l'article 19.

Cette prestation est versée jusqu'au décès du bénéficiaire.

Bénéficiaires de la garantie

Bénéficiaire de la garantie les conjoints, concubins et pacsés.

Le contrat de Pacs doit avoir été conclu depuis au moins deux ans avant la date de décès du Participant sauf si le bénéficiaire justifie d'une durée de vie commune avec celui-ci d'au moins deux ans avant son décès.

Le concubin ou la concubine survivant(e) doit apporter la preuve qu'il ou elle a vécu jusqu'au moment du décès au moins deux ans en concubinage notoire avec le Participant décédé. De plus, il ou elle doit être au regard de l'état civil, ainsi que le Participant décédé, libre de tout autre lien de mariage ou de contrat de Pacs.

En cas de naissance ou d'adoption dans le couple concubin ou lié par un Pacs, ce délai de deux ans n'est pas exigé.

Les rentes sont payables trimestriellement à terme échu. La prestation prend effet à compter du 1er jour du mois civil suivant la date du décès.

Formalités à remplir pour les demandes de liquidation

Les demandes de liquidation sont effectuées auprès de l'Institution membre au moyen d'un dossier constitué du formulaire de demande de liquidation OCIRP et des pièces justificatives :

- un certificat de décès du Participant ;
- un extrait d'acte de naissance avec filiation pour le bénéficiaire.

En cas de concubinage : au moins deux justificatifs de la qualité de concubins, preuve du domicile commun au moment du décès : quittance EDF, facture téléphonique, bail commun, attestation d'assurance, formulaire de témoignage du greffe du Tribunal d'Instance.

En cas de contrat de Pacs : le document attestant l'engagement dans les liens du Pacs délivré par le greffe du Tribunal d'instance.

Et dans tous les cas, attestation de l'employeur concernant l'activité salariée du Participant, demandé par l'Institution membre au bénéficiaire ainsi que tout document justifiant que le Participant décédé était assimilé à un salarié conformément à l'article L.931-3 du code de la Sécurité sociale.

Revalorisation des rentes en cours de service

La rente de conjoint est revalorisée chaque année suivant un taux fixé par le Conseil d'administration de l'Union-OCIRP.

17.4.8. Prédécès du conjoint, concubin ou partenaire lié par un Pacs (garantie ne couvrant que les Participants relevant des articles 4 et 4 bis de la CCN de 1947)

Capital ayant pour objet d'indemniser forfaitairement le bénéficiaire des conséquences du décès, du conjoint, concubin ou partenaire du Participant.

A. Conditions d'attribution

- modalités de déclaration du sinistre : voir la prestation capital décès article 17.4.1 A
- pièces justificatives :

Pour le décès du Participant : pièces N° 1 et 2 de l'article 17.4.1.A. en les adaptant à la personne du défunt, en ajoutant les pièces nécessaires à la justification de l'état de concubin ou de partenaire.

B. Montant

50% de la base des prestations.

C. Délai et modalités de paiement

Le capital est payé en une seule fois au plus tard dans un délai d'un mois après la constitution complète et le dépôt du dossier auprès de l'Institution.

Le paiement est opéré par virement sur le compte bancaire du bénéficiaire.

D. Bénéficiaires

Le capital est attribué au Participant.

17.5. Exclusions

Le décès ou l'Invalidité Absolue et Définitive du Participant ne donne pas lieu à prestations si 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, le capital est alors versé au(x) bénéficiaire(s) de rang suivant et d'une façon générale, pour toutes les causes d'exclusion prévues par la loi.

17.6 Dispositions particulières concernant le versement des prestations décès

À 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 17.1. 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.

17.7 Délai d'envoi des dossiers : Déchéance partielle

Les demandes de Prestations accompagnées des pièces justificatives visées ci-dessus doivent être produites à l'Institution :

- 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'Institution 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 réclamées 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.

Article 18 | Garanties en cas d'incapacité de travail ou d'invalidité

Pour les Participants en congé parental voir article 11.1.

18.1. Garantie Incapacité de travail

Lorsqu'un Participant est dans l'impossibilité temporaire de travailler, l'Institution lui garantit le versement d'une prestation en complément de celle versée par la Sécurité sociale afin de faire face à la perte de salaire subie.

18.1.1. Définitions

Peut donner lieu au déclenchement de la garantie incapacité de travail, l'incapacité temporaire totale. Elle correspond à l'impossibilité physique totale et temporaire de travailler des suites d'une maladie (y compris une maladie professionnelle) ou d'un accident (y compris un accident du travail), constatée par une autorité médicale compétente, ouvrant droit aux prestations en espèces de la Sécurité sociale, et reconnue par l'Institution.

Durant le congé légal de maternité, l'Institution ne verse pas de prestations en complément de celles versées par la Sécurité sociale au titre de la maternité ; il en va de même pour le congé paternité.

18.1.2. Fait générateur et franchise

La date de l'arrêt de travail notifié par le médecin traitant du Participant constitue le fait générateur de la garantie incapacité temporaire. Toutefois, la garantie joue uniquement si la période de franchise prévue aux présentes conditions générales arrive à expiration durant la période couverte par l'Institution.

Il ne peut être versé de prestation au titre de la période d'incapacité de travail antérieure à la date d'effet de l'adhésion de l'entreprise aux présentes conditions générales.

Franchise :

Période ininterrompue suivant le point de départ de chaque arrêt de travail d'un Participant, ne donnant lieu au versement d'aucune prestation par l'Institution.

- En cas de maladie ou d'accident de droit commun, chaque arrêt de travail sera indemnisé à l'issue d'un délai de franchise égal à 3 jours calendaires. Tout nouvel arrêt de travail consécutif à la même affection, survenant moins de 60 jours après la reprise d'activité, n'entraîne pas l'application de la période de franchise dès lors qu'il est indemnisé par la Sécurité sociale et reconnu par l'Institution.
- Aucun délai de franchise n'est appliqué si l'arrêt de travail est occasionné par une maladie professionnelle ou un accident du travail autre qu'un accident de trajet.

18.1.3. Prise d'effet et durée de la garantie incapacité de travail

La garantie incapacité de travail prend effet en même temps que l'affiliation du Participant au présent contrat.

Sauf résiliation ou fin de l'affiliation, la garantie cesse à la date de la liquidation de la pension de vieillesse de la Sécurité sociale.

18.1.4. Prestations

A. Conditions d'attribution

Pour ouvrir droit à prestation, le Participant devra :

- être pris en charge par la Sécurité sociale au titre des indemnités journalières (sauf en ce qui concerne les salariés à temps partiel ne remplissant pas, du fait de cet horaire, les conditions d'ouverture de droits en matière d'assurance maladie vis-à-vis du régime de Sécurité sociale qui peuvent être indemnisés dans les conditions prévues au B ci-dessous),
- être reconnu en incapacité de travail par l'Institution.

Modalités de déclaration du sinistre :

Toute incapacité de travail entraînant une cessation d'activité du Participant supérieure au délai de franchise doit être déclarée par l'entreprise adhérente en adressant à l'Institution une demande de prestation accompagnée notamment des pièces suivantes :

- l'avis d'arrêt de travail fourni par l'Institution, dûment complété,
- l'attestation de versement d'indemnités journalières de la Sécurité sociale,
- une attestation de l'entreprise adhérente précisant les salaires bruts et nets de référence tels que définis à l'article 19,
- en cours d'arrêt de travail, l'entreprise adhérente (ou le Participant s'il n'a plus de lien avec l'entreprise adhérente) doit justifier de l'état de santé du Participant par l'envoi régulier du relevé des prestations en espèces versées par la Sécurité sociale pour la période correspondante.

L'Institution se réserve le droit de demander toute autre pièce au moment du sinistre et au cours du règlement des prestations.

B. Montant

Base et principe de calcul :

La prestation est calculée en pourcentage de la 1/360ème partie du salaire net de référence défini à l'article 19.

Le Participant percevra 100 % du salaire net de référence. De cette garantie complémentaire seront déduites par l'Institution les indemnités journalières brutes de CSG et de CRDS versées par la Sécurité sociale et toutes autres rémunérations ou indemnités versées ou maintenues par l'employeur.

Les salariés relevant des articles 4 et 4 bis de la CCN de 1947 à temps partiel ou les salariés ne relevant pas des articles 4 et 4 bis de la CCN de 1947 ayant un an d'ancienneté dans la branche des cabinets médicaux, y compris ceux ne remplissant pas, du fait de cet horaire, les conditions d'ouverture de droits en matière d'assurance maladie vis-à-vis du régime de Sécurité sociale bénéficient de la présente garantie. Dans ce cas le montant de la prestation versée par l'organisme de prévoyance sera celui prévu à l'alinéa précédent, déduction faite du montant reconstitué des prestations brutes que l'intéressé aurait perçues de la Sécurité sociale si celle-ci était intervenue et des rémunérations versées ou maintenues par l'employeur.

En tout état de cause, la présente garantie ne doit pas conduire le Participant, compte tenu des sommes versées de toute provenance, à percevoir pour la période indemnisée à l'occasion d'une maladie ou d'un accident une somme supérieure à la rémunération nette qu'il aurait effectivement perçue s'il avait continué à travailler ; dans le cas contraire, les prestations versées par l'Institution seront réduites à due concurrence.

C. Délai et modalités de paiement

Les indemnités journalières sont payées dans les 15 jours qui suivent la réception par l'Institution du dossier complet. Elles sont versées par virement sur le compte bancaire du bénéficiaire tel que défini à l'article 18.3 des présentes conditions générales.

D. Périodicité

Les indemnités journalières sont versées dans un délai de 10 jours à compter de la réception de chaque décompte de la Sécurité sociale par l'Institution.

E. Durée

Le versement des indemnités journalières cesse :

- à la date de reprise d'activité, ou s'il est établi par un médecin contrôleur mandaté par l'entreprise adhérente ou l'Institution que le bénéficiaire peut reprendre une activité,
- en cas de suspension ou de cessation des prestations de la Sécurité sociale,
- à la date d'attribution d'une pension d'invalidité ou rente d'incapacité permanente professionnelle par la Sécurité sociale,
- au 1095^{ème} jour d'arrêt de travail;
- en cas de décès du Participant,
- au plus tard, à la date d'effet de la liquidation de la pension de vieillesse de la Sécurité sociale.

18.2. Garantie Invalidité

Le Participant a droit à une pension lorsqu'il présente une invalidité permanente totale ou partielle, à la suite d'une maladie ou d'un accident constaté par un médecin, réduisant, dans des proportions notifiées par la Sécurité sociale, sa capacité de travail ou de gain, prise en charge par la Sécurité sociale, et expressément reconnue par l'Institution. Cette prestation ne peut être cumulée avec les indemnités journalières complémentaires prévues à l'article 18.1 ci-dessus, sauf en ce qui concerne les invalides de 1ère catégorie.

18.2.1. Définitions

Trois types de sinistres peuvent donner lieu au déclenchement de la garantie Invalidité.

Les invalides sont classés comme suit (voir article L. 341-1 et suivants du code de la Sécurité sociale) :

- Invalidité de 1ère catégorie (de 50% à moins de 66% d'incapacité de travail) : Invalides capables d'exercer une activité rémunérée ;
- Invalidité de 2e catégorie (66% et plus d'incapacité de travail) : Invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque ;
- Invalidité de 3e catégorie (66% et plus d'incapacité de travail avec majoration pour assistance d'une tierce personne) : Invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession, sont 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'accident du travail ou de maladie professionnelle, tels qu'ils sont définis par le code de la Sécurité sociale, l'invalidité est déterminée en fonction du taux d'incapacité permanente. Ce taux figure ci-dessus entre parenthèses.

18.2.2. Fait générateur de la garantie

Pour que la garantie puisse jouer, le fait générateur doit s'être révélé durant la période de couverture par l'Institution. Pour l'invalidité, le fait générateur prend naissance à la date de notification de l'invalidité par la Sécurité sociale. Toutefois, lorsque l'invalidité est issue de manière continue, exclusive et directe d'une incapacité de travail, c'est le fait générateur de la garantie incapacité qui est considéré comme fait générateur de l'invalidité.

18.2.3. Prise d'effet et durée de la garantie

La garantie invalidité prend effet en même temps que l'affiliation du Participant au présent contrat, sous réserve que le fait générateur de la garantie soit postérieur à la date d'effet de l'adhésion de l'entreprise au présent contrat.

Sauf résiliation de l'adhésion ou fin de l'affiliation, la garantie cesse à la date de la liquidation de la pension de vieillesse de la Sécurité sociale.

18.2.4. Prestations

La prestation est versée sous forme de rente et varie en fonction du classement du Participant dans l'une des trois catégories d'invalidité fixées par la Sécurité sociale ou du taux d'incapacité permanente fixé en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle.

A. Conditions d'attribution

Modalités de déclaration du sinistre :

L'invalidité d'un Participant doit être déclarée par l'entreprise adhérente (ou le Participant s'il ne fait plus partie de l'effectif) en adressant à l'Institution une demande de prestation accompagnée notamment des pièces suivantes :

Pièces justificatives à la constitution du dossier :

- la notification de classement en 1^{ère}, 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie par la Sécurité sociale ou l'attribution du taux d'incapacité permanente en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle ;
- la date de la première constatation médicale de la maladie ou de la survenance de l'accident attestant de l'invalidité ;
- l'attestation de l'entreprise adhérente précisant le salaire de référence, tel que défini à l'article 19, précédant l'arrêt de travail ;
- un relevé d'identité bancaire ;
- le dernier avis d'imposition ;

Pièces justificatives en cours d'invalidité :

- pour chaque trimestre, la notification de Pôle emploi ou le montant du salaire partiel versé par l'employeur ainsi que le relevé des prestations en espèces versées par la Sécurité sociale pour les invalides de 1^{ère} catégorie,
- pour chaque année, l'envoi du relevé des prestations en espèces versées par la Sécurité sociale pour les invalides de 2^{ème} et 3^{ème} catégorie.

L'Institution se réserve le droit de demander toute pièce qu'elle jugerait nécessaire pour la constitution du dossier.

B. Montant

La rente d'invalidité est calculée en pourcentage du salaire net de référence.

- Invalidité 2^{ème} et 3^{ème} catégories résultant de maladie ou d'accident au titre de la législation générale ou Participant bénéficiant d'une rente pour accident du travail ayant entraîné un taux d'incapacité d'au moins 66 % :

Le Participant percevra 100 % du salaire net de référence. De cette garantie complémentaire seront déduites les prestations brutes de CSG et de CRDS versées par la Sécurité sociale et toutes autres rémunérations ou indemnités versées ou maintenues par l'employeur ou Pôle emploi.

- Invalidité 1ère catégorie résultant de maladie ou d'accident au titre de la législation générale ou Participant bénéficiant d'une rente accident du travail ayant entraîné un taux d'incapacité compris entre 50 % et 65 % :

Le Participant percevra 50 % de la rente calculée comme ci-dessus.

Les Participants ne remplissant pas les conditions d'ouverture de droits en matière d'assurance maladie vis-à-vis du régime de Sécurité sociale (car ne pouvant justifier d'une durée d'activité salariée suffisante) bénéficient, après contrôle du médecin mandaté par l'Institution, de la présente garantie. Dans ce cas, le montant de la prestation versée par l'Institution sera celui prévu à l'alinéa précédent, déduction faite du montant reconstitué des prestations brutes que l'intéressé aurait perçues de la Sécurité sociale si celle-ci était intervenue et des rémunérations versées ou maintenues, notamment par l'employeur. En aucun cas l'Institution ne versera les prestations de la Sécurité sociale ainsi reconstituées.

En tout état de cause, la présente garantie ne doit pas conduire le bénéficiaire, compte tenu des sommes versées de toute provenance, à percevoir pour la période indemnisée à l'occasion d'une maladie ou d'un accident une somme supérieure à son salaire net d'activité ; dans le cas contraire, les prestations versées par l'Institution seront réduites à due concurrence.

C. Délai et modalités de paiement

La rente est payée au plus tard à l'échéance trimestrielle après la constitution complète et le dépôt du dossier auprès de l'Institution.

Le paiement est opéré par virement sur le compte du bénéficiaire.

D. Périodicité

Les rentes sont payables par trimestre civil à terme échu.

Un prorata est versé pour la période s'écoulant entre la date de notification de l'invalidité et l'échéance trimestrielle suivante. En cas de survenance d'un des événements prévus au E ci-dessous, le versement de la rente prend fin le 1er du mois civil qui suit cet événement.

E. Durée

Le versement de la rente d'invalidité cesse au premier des événements suivants :

- si le taux d'incapacité permanente devient inférieur à 50% ;
- s'il est établi par un médecin contrôleur mandaté par l'Institution que l'invalidité ou l'incapacité permanente professionnelle n'est plus justifiée ;
- en cas de suspension ou de suppression de la pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité permanente professionnelle versée par la Sécurité sociale ;
- en cas de décès du Participant;
- au plus tard, à la date d'effet de la liquidation de la pension de vieillesse de la Sécurité sociale.

18.3. Bénéficiaires

Les prestations dues en cas d'incapacité de travail sont versées à l'entreprise adhérente, sauf en cas de rupture du contrat de travail. Dans ce cas, elles sont versées au Participant lui-même.

Les prestations dues en cas d'invalidité permanente sont versées au Participant lui-même.

18.4. Maintien des garanties décès aux incapables et invalides

Conformément à l'article 7-1 de la loi 89-1009 du 31 décembre 1989, tant qu'un Participant est indemnisé par l'Institution au titre de la garantie « incapacité de travail » ou de la garantie « invalidité », les garanties en cas de décès dont il bénéficie lui sont maintenues, même après la résiliation de l'adhésion de l'entreprise adhérente et ce jusqu'au jour où il n'est plus indemnisé par l'Institution.

En cas de rupture du contrat de travail du Participant en situation d'incapacité ou d'invalidité, la garantie maintenue est celle dont il bénéficiait la veille de la rupture.

Si l'entreprise adhérente a résilié un précédent contrat collectif obligatoire garantissant le décès des salariés pour adhérer aux présentes conditions générales, les prestations en cas de décès sont versées, par l'Institution, sous déduction de celles dues par le précédent organisme assureur, au titre du maintien de la garantie décès en cas de résiliation du contrat dudit organisme.

En cas de sinistre, le montant de la prestation est déterminé en fonction de la base des prestations calculée au premier jour de l'arrêt de travail. Cette base est revalorisée chaque 1er janvier en fonction de l'évolution du point AGIRC-ARRCO au cours de l'exercice précédent. Cette revalorisation cesse à la date d'effet de la résiliation ou du non renouvellement du contrat d'assurance.

18.5. Revalorisation des prestations

Les indemnités journalières et rentes d'incapacité ou d'invalidité complémentaires versées par l'Institution seront revalorisées au 1er janvier de chaque exercice en fonction de l'évolution de la valeur du point AGIRC-ARRCO au cours de l'exercice précédent. Cette revalorisation cesse le jour de la résiliation de l'adhésion, les prestations continuant d'être versées au niveau atteint à cette date. Le nouvel assureur auquel adhère l'entreprise résiliée devra assumer la charge des revalorisations futures.

18.6. Reprise d'encours

En application de la loi 89-1009 du 31.12.89, de la loi 94-678 du 08.08.94 et de la loi 2001-624 du 17.07.2001 et de la Loi n° 2010-1330 du 9.11.2010, les entreprises qui demanderont à adhérer à l'Institution, alors qu'un ou plusieurs de leurs salariés ou anciens salariés sont en arrêt de travail à la date d'effet de leur adhésion, devront lui déclarer ces « encours », sur la liste prévue à cet effet, au moment de cette demande, et ce, afin d'assurer, selon le cas :

- Soit, en l'absence d'organisme assureur précédent, le versement immédiat des indemnités journalières, rentes d'invalidité ou incapacité permanente professionnelle en faveur des salariés en incapacité de travail ou en invalidité dont le contrat de travail, avec l'entreprise adhérente, était en cours à la date de l'arrêt de travail et est toujours en cours à la date d'effet de l'adhésion de l'entreprise. Cette indemnisation se fera sur la base des garanties prévues aux présentes conditions générales. La base des prestations est celle prévue à l'article 19 ci-dessous.
- Soit, en cas de présence d'un organisme assureur précédent ne les prenant pas en charge, les revalorisations futures, portant sur les indemnités journalières, rentes d'invalidité ou incapacité permanente professionnelle, rente d'éducation, rente handicap et/ou rente de conjoint en cours de service par l'organisme assureur quitté. Cette prise en charge s'effectue dans les conditions prévues à l'article 18.5 ci-dessus.

L'Institution calculera la surcotisation éventuellement nécessaire à la constitution des provisions correspondantes. Cette surcotisation si elle s'avère nécessaire sera à la charge exclusive de l'employeur.

18.7. Délai d'envoi des dossiers : Déchéance partielle

Les demandes de Prestations accompagnées des pièces justificatives visées ci-dessus 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 aux présentes conditions générales 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'Adhérent, 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).

18.8. Prestations : Retenue à la source

Si les garanties souscrites ouvrent droit au versement d'une prestation sous forme de rente ou d'indemnité journalière effectué directement auprès du bénéficiaire personne physique, l'Institution verse lesdites prestations après déduction des prélèvements sociaux et fiscaux (C.S.G, C.R.D.S., Impôt à la source) éventuellement applicables, dont l'Institution a la charge du précompte et selon les taux en vigueur lors du versement.

Cette disposition ne s'applique pas aux indemnités journalières et rentes d'invalidité lorsqu'elles sont versées à l'entreprise adhérente (contrat de travail du Participant en vigueur).

Au titre des garanties Incapacité temporaire de travail et Invalidité éventuellement souscrites et en cas de versement direct de la prestation au Participant, lorsque le montant net des éléments est pris en compte selon les dispositions du contrat pour l'application de la règle de cumul, il s'entend du montant net avant toute éventuelle imposition à la source. Il en est de même pour la rémunération nette éventuellement applicable.

TITRE 5 - DISPOSITIONS DIVERSES

Article 19 | Salaire de référence

La base de calcul des cotisations doit être égale au traitement brut afférent à l'année d'affiliation considérée déclaré par l'entreprise adhérente à l'administration sociale.

Elle doit être limitée à quatre fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.

La rémunération, le revenu de remplacement ou les éléments de salaire retenus sont ceux entrant dans l'assiette de calcul des cotisations de Sécurité sociale ou ceux entrant dans cette assiette mais bénéficiant d'un régime d'exonération des cotisations de Sécurité sociale. Sont notamment pris en compte dans l'assiette des cotisations, le 13^{ème} mois, la prime de vacances, l'indemnité de préavis et les gratifications.

Toutefois, ne sont pas pris en compte dans l'assiette des cotisations, les avantages en nature et les revenus du capital, ainsi que les sommes versées à titre exceptionnel lors de la cessation du contrat de travail (notamment l'indemnité compensatrice de congés payés, l'indemnité de fin de contrat à durée déterminée, l'indemnité de départ à la retraite à l'initiative du salarié ou l'indemnité de non concurrence).

La base des prestations doit être égale au salaire brut soumis aux cotisations sociales, soit le salaire fixe majoré des rémunérations variables, des douze mois précédant l'arrêt de travail ou la date du décès. La base de calcul des prestations est limitée à quatre fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.

En cas de sinistre suite à une période sans cotisation, c'est la dernière base de prestations soumises à cotisation qui est pris en compte pour le calcul de la prestation.

Pour les prestations exprimées en pourcentage du salaire net, la base des prestations est celle prévue à l'alinéa précédent déduction faite des charges fiscales et sociales.

Il est précisé que la CSG et la CRDS sont des impôts dus par le salarié et ne peuvent pas être prises en charge par l'organisme de prévoyance ou l'entreprise adhérente.

Pour le Participant travaillant à temps partiel, le montant des prestations est calculé sur le salaire de référence défini ci-dessus versé par l'entreprise adhérente.

Article 20 | Recours subrogatoire de l'Institution contre le tiers responsable

Conformément aux dispositions de l'article L.931-11 du code de la Sécurité sociale, l'Institution est subrogée, pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, jusqu'à concurrence desdites prestations dans les droits et actions du Participant, du bénéficiaire ou de leurs ayants droit, contre les tiers responsables.

Ont notamment un caractère indemnitaire les indemnités journalières de maladie et les prestations d'invalidité versées par l'Institution (article 29 de la loi du 5 juillet 1985).

Le Participant, le bénéficiaire ou leurs ayants droit victimes d'un dommage causé par un tiers responsable et ouvrant droit au versement de prestations de la part de l'Institution doivent fournir à cette dernière dans les meilleurs délais, tous les éléments nécessaires à la mise en œuvre de la procédure.

Article 21 | Prescription

Conformément à l'article L. 932-13 du code de la Sécurité sociale, toutes les actions dérivant du contrat 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 fautive 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.

Quand l'action de l'entreprise adhérente, du Participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre l'Institution a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'entreprise adhérente, 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 l'incapacité de travail. La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations dépendant de la durée de la vie humaine, 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 aux alinéas ci-dessus ne courent qu'à compter du jour où l'intéressé atteint sa majorité ou recouvre sa capacité.

Le recommandé électronique avec accusé de réception peut également être envoyé au même titre que la lettre recommandée avec accusé de réception en vue d'interrompre la prescription :

- de l'action en paiement des cotisations, par l'Institution à l'entreprise adhérente ;
- de l'action relative au règlement de la prestation, par le Participant, le bénéficiaire ou ses ayants-droits à l'Institution.

Article 22 | Contrôle et expertise médicale

Le médecin conseil de l'Institution n'est pas tenu par les constatations de la Sécurité sociale. L'Institution se base sur les conclusions de son médecin conseil pour apprécier l'état d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité du Participant ou procéder au classement des invalides.

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 présent règlement, l'Institution se réserve la possibilité de demander, dans le respect du secret médical, outre les pièces justificatives prévues pour 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'elle 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 suivant 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 l'Institution qui supportent par moitié les frais relatifs à sa nomination.

Tant que cette 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 adhérente 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 elle estimerait une telle contre-visite médicale nécessaire. Les résultats de la contre-visite seront transmis à l'entreprise adhérente.

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.

Article 23 | Territorialité

Sauf stipulation contraire figurant aux conditions particulières, les garanties ne sont acquises qu'aux Participants exerçant leur activité professionnelle sur le territoire français. Les prestations sont payables dans l'ensemble des pays de l'Union européenne en euros.

Concernant les garanties liées à l'arrêt de travail, en cas de sinistre survenant au cours de voyages ou de séjours hors du territoire français, seront pris en charge par l'Institution uniquement les sinistres indemnisés par le régime de base de la Sécurité sociale française.

Article 24 | Protection des données à caractère personnel

Conformément à la réglementation en vigueur, et en particulier au règlement général sur la protection des données n°2016/679 du 27 avril 2016, les informations que vous nous communiquez sont traitées par l'organisme assureur, responsable de traitement, ou l'organisme gestionnaire par délégation.

Ces traitements sont nécessaires aux fins de la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et peuvent également être réalisés aux fins d'opérations relatives à la gestion des clients et à la prospection commerciale. De plus, ces traitements sont mis en œuvre en vue de l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur, y compris la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ainsi que la lutte contre la fraude. Les destinataires de ces données sont, dans le strict cadre des finalités précitées, les personnels habilités du responsable de traitement ou de l'organisme gestionnaire par délégation, ainsi que notamment ses prestataires, sous-traitants éventuels et partenaires, y compris les réassureurs, les coassureurs et s'il y a lieu les intermédiaires d'assurance.

En cas de conclusion d'un contrat, vos données sont conservées conformément aux durées de prescriptions légales attachées au contrat d'assurance. En l'absence de conclusion d'un contrat, les données de santé peuvent être conservées pendant une durée maximale de 5 ans à compter de leur collecte à des fins probatoires. S'agissant des autres données et notamment en matière de prospection commerciale, vos données peuvent être conservées 3 ans à compter de leur collecte ou du dernier contact émanant de votre part (demande de renseignements ou de documentation, par exemple). Vous trouverez l'ensemble des durées de conservation de vos données sur le site internet du groupe HUMANIS à l'adresse URL suivante : <https://humanis.com/groupe/cnil-en-savoir-plus/>.

Vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement de vos données personnelles ainsi que limiter ou vous opposer au traitement en écrivant aux services du Délégué à la Protection des Données (DPO) aux coordonnées suivantes : protection-donneespersonnelles@humanis.com ou à Groupe HUMANIS – cellule Protection des données personnelles - 141, Rue Paul Vaillant Couturier - 92246 MALAKOFF Cedex. Vous pouvez également demander la portabilité des données que vous avez fournies lorsqu'elles sont nécessaires au contrat ou lorsque votre consentement était requis. Nous pouvons vous demander de nous fournir un justificatif d'identité pour confirmer votre identité avant de répondre à votre demande.

Pour en savoir plus, consultez le site internet du groupe HUMANIS à l'adresse URL suivante : <https://humanis.com/groupe/cnil-en-savoir-plus/>.

En tout état de cause, il vous est possible de saisir directement la CNIL à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX.

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 25 | Réclamations du Participant ou de l'entreprise adhérente - Médiation

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

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

Tél. (appel non surtaxé) : numéro mentionné sur les correspondances adressées par votre 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 pas être fournie dans ce délai, l'Institution lui adresse un courrier précisant le délai sous lequel une réponse circonstanciée pourra lui être apportée, 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'entreprise, le Participant, les bénéficiaires ou les ayants droit, ou avec l'accord de ceux-ci, l'Institution, peuvent saisir le Médiateur de la protection sociale (CTIP), sans préjudice d'une action ultérieure devant le tribunal compétent :

Médiateur de la protection sociale (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.

Article 26 | Action sociale

Les Participants et leurs ayants droit peuvent bénéficier de l'action sociale mise en place par l'Institution et/ou par l'OCIRP.

Toute information se rapportant à l'action sociale sera communiquée aux Participants et aux bénéficiaires sur simple demande à l'Institution et/ou à l'OCIRP.

Article 27 | Contrôle de l'Institution

Le contrôle de l'Institution et de l'OCIRP est effectué par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) 4 place de budapest-75436 PARIS CEDEX 09.

ANNEXE 1

Stipulations spécifiques aux Cabinets médicaux ayant souscrit des garanties décès complémentaires en faveur de leurs salariés

Article 1 | Objet de l'annexe

La présente annexe a pour objet de compléter les conditions générales du régime de prévoyance des salariés des Cabinets médicaux, lorsque l'entreprise adhérente a souscrit auprès d'Humanis Prévoyance (ci-après « l'Institution ») en faveur de l'ensemble de son personnel des garanties « décès » en complément de celles prévues par ces conditions générales.

L'entreprise adhérente a le choix entre trois niveaux de couverture optionnelle (complément décès 1, 2 et 3). Ce choix s'effectue sur le bulletin d'adhésion. Le montant des prestations complémentaires est repris dans le tableau ci-dessous et aux dispositions particulières de l'entreprise adhérente.

Sauf dispositions particulières stipulées dans cette annexe, ces garanties décès complémentaires sont régies par les dispositions des statuts, des conditions générales, du bulletin d'adhésion et des conditions particulières correspondant.

Article 2 | Formalités d'adhésion

Dans le cadre des garanties décès complémentaires, les salariés à couvrir doivent répondre à un questionnaire médical avant leur affiliation dès lors que moins de 6 salariés sont affiliés au contrat.

L'entreprise candidate à l'adhésion s'engage à remettre les questionnaires à l'ensemble des membres de la catégorie de salariés qu'elle souhaite couvrir. Ces questionnaires permettront de déterminer le montant de la cotisation applicable à l'ensemble du groupe couvert.

A réception du bulletin d'adhésion et de toutes les pièces demandées, si l'Institution souhaite donner une suite favorable à la demande d'adhésion de l'entreprise, elle émet les conditions particulières.

L'entreprise adhérente s'engage à remettre par la suite les questionnaires, sur demande de l'Institution, pour chaque salarié entrant dans la catégorie couverte. Si le nouveau salarié entrant dans la catégorie déjà couverte par l'Institution présente un risque aggravé (y compris de par son état de santé) tel que, si les circonstances nouvelles avaient été déclarées lors de la conclusion ou du renouvellement de l'adhésion, l'Institution n'aurait pas contracté ou ne l'aurait fait que moyennant une cotisation plus élevée, l'Institution a la faculté de proposer un nouveau montant de cotisation. Si l'entreprise adhérente ne donne pas suite à la proposition de l'Institution ou si elle refuse expressément le nouveau montant, dans un délai de trente jours à compter de la proposition, l'Institution peut résilier l'adhésion au terme de ce délai, à condition d'avoir informé l'entreprise adhérente de cette faculté, en la faisant figurer en caractères apparents dans la lettre de proposition.

Article 3 | Garantie Décès / Incapacité Absolue et Définitive

Les garanties complémentaires souscrites par l'entreprise adhérente s'ajoutent à celles prévues à l'article 17.4.1 des conditions générales du régime de prévoyance des salariés des Cabinets médicaux. Elles obéissent aux mêmes règles de fonctionnement.

Article 4 | Garantie Double Effet

Cette garantie est identique à celle prévue à l'article 17.4.2 des conditions générales.

Article 5 | Garantie Décès / Incapacité Absolue et Définitive par accident

Les garanties complémentaires souscrites par l'entreprise adhérente prévoient le versement de prestations en cas de décès ou d'Invalidité Absolue et Définitive (IAD) d'un Participant résultant d'un accident. Sauf précision prévue au présent article, cette garantie obéit aux mêmes règles de fonctionnement que la garantie Décès telle que définie à l'article 17.4.1 des conditions générales.

On entend par décès (IAD) accidentel tout décès (IAD) non intentionnel de la part du Participant provenant directement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Le dossier de demande de prestation est identique à celui exigé pour le versement du capital décès. Il faut y ajouter toutes les pièces nécessaires à l'administration de la preuve du caractère accidentel du sinistre. Cette preuve incombe au bénéficiaire de la garantie.

La prestation est versée selon les mêmes délais et modalités que le capital décès.

Article 6 | Exclusions

Outre les exclusions prévues à l'article 17.5 des conditions générales du régime de prévoyance des salariés des Cabinets médicaux qui s'appliquent à toutes les garanties décès (IAD), décès (IAD) par accident, double effet et prédécès, le décès ou l'invalidité absolue et définitive accidentels du Participant ne donnent pas lieu à prestations :

- en cas de suicide ou de tentative de suicide au cours de la première année d'affiliation ;
- en cas de participation active à des émeutes ou mouvements populaires, actes de terrorisme ou sabotage, rixes (sauf en cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger, constatées par une décision judiciaire ou équivalente) ;
- en cas de participation à des paris ;
- en cas de participation, à titre professionnel, à des matchs, courses, compétitions sportives ;
- en cas d'accident aérien, autres que ceux provoqués au cours de vols entrepris à bord d'un aéronef conformément à l'article L. 310-1 du code de l'aviation civile et effectués en qualité de passager de lignes exploitées par des compagnies de navigation aériennes agréées ou en qualité de passager ou de pilote, à bord de tous types d'aéronefs munis d'un certificat de navigabilité en état de validité et pilotés par des personnes, titulaires de brevets, licences ou autres qualifications autorisant le transport de passagers si c'est le cas, et titulaires de brevets de pilotage, en cours de validité, compatible avec l'appareil utilisé,
- Sont également exclus des garanties tous les sports aériens qu'ils nécessitent ou non l'utilisation d'un engin à moteur ainsi que l'utilisation de delta plane, d'Ultra Léger Motorisé, de parachute, de parapente, de parachute ascensionnel, du vol à voile,
- en cas de saut à l'élastique,
- en cas d'accident de la circulation occasionné par le Participant conducteur survenu à la suite de l'usage par celui-ci de stupéfiants non prescrits médicalement ou lorsqu'il présente un taux d'alcoolémie égal ou supérieur au taux limite d'interdiction de conduire prévu par la réglementation en vigueur.

D'une façon générale, pour toutes les causes d'exclusion prévues par la loi.

Article 7 | Tableau des garanties et des cotisations

Sauf mentions particulières, les prestations sont exprimées en pourcentage du salaire brut de référence défini à l'article 19 des conditions générales.

Garanties	Complément Décès		
	Décès 1	Décès 2	Décès 3
Participant célibataire, veuf, divorcé, sans enfant ou ascendant à charge	100%	150%	200%
Participant marié, « pacsé » ou vivant en concubinage, sans enfant ou ascendant à charge	150%	200%	250%
Tout Participant avec une personne à charge	200%	270%	320%
Majoration par enfant ou ascendant à charge	50%	70%	70%
Double effet			
	Oui	Oui	Oui
+ Décès/IAD par accident (montant de la prestation supplémentaire en complément du capital décès/IAD « toutes causes »)			
Versement d'un capital égal à :			
Participant célibataire, veuf, divorcé sans enfant ou ascendant à charge	200%	250%	300%
Participant marié, « pacsé » ou vivant en concubinage, sans enfant ou ascendant à charge	300%	350%	400%
Tout Participant avec un enfant à charge	380%	450%	500%
Majoration par enfant ou ascendant à charge supplémentaire	80%	100%	100%

Cotisations

Les cotisations sont exprimées en pourcentage de l'assiette définie à l'article 13 des conditions générales. Elles viennent majorer les cotisations effectivement appelées au titre du régime de prévoyance conventionnel.

	Complément Décès		
	Décès 1	Décès 2	Décès 3
Taux avant sélection médicale			
	1,01%	1,35%	1,57%

ANNEXE 2

Stipulations spécifiques aux Cabinets médicaux ayant souscrit l'option remboursement de charges sociales

Article 1 | Objet de l'annexe et de la garantie

La présente annexe a pour objet de compléter les conditions générales du régime de prévoyance des salariés des Cabinets médicaux souscrit auprès d'Humanis Prévoyance (ci-après « l'Institution ») par l'entreprise adhérente en faveur de tout ou partie de son personnel. Elle régit le fonctionnement de la garantie « remboursement de charges sociales » que l'entreprise adhérente peut souscrire de façon optionnelle.

L'entreprise adhérente a le choix entre trois niveaux de couverture optionnelle (option 1, 2 ou 3). Ce choix s'effectue sur le bulletin d'adhésion. Le montant des prestations complémentaires est repris dans les tableaux ci-dessous et aux dispositions particulières de l'entreprise adhérente.

Cette garantie a pour objet le versement à l'entreprise adhérente d'une prestation qui a pour but de l'indemniser des charges sociales qu'elle verse aux organismes de recouvrement au titre de ses salariés en incapacité temporaire de travail indemnisés par l'Institution.

Sauf dispositions particulières stipulées dans cette annexe, ces garanties complémentaires sont régies par les dispositions des statuts, des conditions générales du régime de prévoyance, du bulletin d'adhésion et des conditions particulières correspondants.

Article 2 | Montant de la garantie et des cotisations

Le montant des prestations complémentaires ainsi que le montant de la cotisation correspondante sont définis au bulletin d'adhésion et aux dispositions particulières y afférant.

La prestation est exprimée en pourcentage de la prestation « incapacité temporaire de travail » effectivement versée au Participant par l'Institution.

La base des cotisations est celle prévue aux conditions générales. La cotisation est à la charge exclusive de l'entreprise adhérente.

Article 3 | Prestation

La prestation est versée en complément de la prestation incapacité de travail versée par l'Institution au titre des présentes conditions générales et selon les mêmes modalités. La fin du versement de la prestation incapacité temporaire de travail, y compris si elle a pour origine la reconnaissance de l'état d'invalidité du Participant par la Sécurité sociale, met fin au versement de la présente prestation.

La rupture du contrat de travail liant le Participant, dont l'incapacité de travail génère le versement de la prestation, à l'entreprise adhérente met fin au versement de la prestation. Cette cessation prend effet au jour de rupture du contrat de travail.

Le bénéficiaire de la prestation est l'entreprise adhérente.

Article 4 | Tableau des garanties et des cotisations

Garanties	Option 1	Option 2	Option 3
	24%	40%	50%

Cotisations au 1 ^{er} janvier 2019	Option 1	Option 2	Option 3
	0,35%	0,58%	0,73%