



Convention Collective Nationale (N°3148)

DES COMMERCES DE GROS DE L'HABILLEMENT, DE LA MERCERIE, DE LA CHAUSSURE ET DU JOUET

CONDITIONS GENERALES
REGIME DE PREVOYANCE
ENSEMBLE DES SALARIES

CG CCN 3148 - 07/2014



AG2R LA MONDIALE



Sommaire

CHAPITRE I - DISPOSITIONS GENERALES	4
➤ Article 1 OBJET DU CONTRAT	4
➤ Article 2 FORMALITES D'ADHÉSION	4
➤ Article 3 PRISE D'EFFET – DUREE – REVISION – RESILIATION	4
➤ Article 4 CHANGEMENT D'ACTIVITES	4
➤ Article 5 OBLIGATIONS DE L'ADHERENT	4
➤ Article 6 ENTREE EN VIGUEUR DES GARANTIES	5
➤ Article 7 PRISE EN CHARGE DES SINISTRES EN COURS	5
➤ Article 8 CESSATION, SUSPENSION ET MAINTIEN DES GARANTIES	5
➤ Article 9 COTISATIONS	7
➤ Article 10 BASE DE CALCUL DES PRESTATIONS	7
➤ Article 11 REGLEMENT DES PRESTATIONS	7
➤ Article 12 REVALORISATION DES PRESTATIONS	7
➤ Article 13 PRESCRIPTION	8
➤ Article 14 CONTROLE ET EXPERTISE MEDICALE	8
➤ Article 15 EXCLUSIONS	8
➤ Article 16 SUBROGATION	9
➤ Article 17 CONTROLE	9
➤ Article 18 RECOURS A UN MEDiateUR EN CAS DE LITIGE	9
➤ Article 19 ELECTION DE DOMICILE	9
➤ Article 20 INFORMATION DES PARTICIPANTS	9
➤ Article 21 DEFINITIONS	9
CHAPITRE II - DEFINITION DES GARANTIES	10
➤ Article 22 DECES	10
➤ Article 23 INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE (IAD)	10
➤ Article 24 DOUBLE EFFET	10
➤ Article 25 ALLOCATIONS OBSEQUES	10
➤ Article 26 RENTE EDUCATION OCIRP	11
CHAPITRE III - DEFINITION DES GARANTIES	12
➤ Article 27 INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL	12
➤ Article 28 INVALIDITE / INCAPACITE PERMANENTE PROFESSIONNELLE (IPP)	12
ANNEXE / TABLEAU RÉCAPITULATIF DES PIÈCES À FOURNIR	14

CHAPITRE I

DISPOSITIONS GENERALES

➤ Article 1 I OBJET DU CONTRAT

Par avenant n° 15 du 16 décembre 2013 (modifié en dernier lieu par l'avenant n°1 du 8 juillet 2014) à la Convention collective nationale des **Commerces de gros de l'habillement, de la mercerie, de la chaussure et du jouet (JO 3148)**, les partenaires sociaux de la branche professionnelle ont mis en place un régime de prévoyance à destination de l'ensemble des salariés du secteur d'activité.

Les partenaires sociaux de la branche professionnelle ont co-recommandé les institutions de prévoyance régies par le Code de la Sécurité sociale suivantes, pour l'assurance et la gestion dudit régime :

■ **AG2R Prévoyance** - Siège social : 35 Boulevard Brune - 75014 Paris.

■ **Humanis Prévoyance** - Siège social : 7 rue de Magdebourg - 75116 Paris. ci-après dénommés « co-assureurs », qui assurent l'ensemble des garanties souscrites (hors garantie rente éducation), pour une quote-part respective de 50%.

La garantie rente éducation est assurée par l'**Organisme Commun des Institutions de Rentes et de Prévoyance (OCIRP)** - Union d'institutions de prévoyance relevant du Code de la Sécurité sociale - Siège social : 17 rue de Marignan - 75008 Paris, qui en délègue la gestion à Humanis Prévoyance et AG2R Prévoyance.

Les présentes conditions générales ont pour objet la mise en oeuvre des garanties de prévoyance auprès des co-assureurs en application des dispositions de l'avenant n°15 précité (modifié en dernier lieu par l'avenant n°1 du 8 juillet 2014), au profit de l'ensemble du personnel des entreprises relevant du champ d'application de la Convention collective susvisée.

➤ Article 2 I FORMALITES D'ADHESION

L'adhésion de l'entreprise au régime défini aux présentes conditions générales auprès d'un des co-assureurs, présente un caractère obligatoire.

L'adhésion de l'entreprise est formalisée par l'envoi d'un bulletin d'adhésion retourné, daté et signé, à l'un des co-assureurs et des présentes Conditions Générales.

L'entreprise, représentée par le chef d'entreprise ou la personne morale qui adhère auprès de l'un des co-assureurs pour la couverture des salariés visés ci-après, acquiert la qualité d'adhérent. « L'adhérent » est le terme employé pour la désigner dans les présentes conditions générales.

Le salarié relevant des catégories de personnel assurées sera désigné sous le terme « participant ». Il s'agit du personnel non cadre et/ou cadre selon la catégorie mentionnée au bulletin d'adhésion.

■ Par salariés « cadres », on entend le personnel relevant des articles 4 et 4 bis de la convention nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947 et de l'article 36 de l'annexe I de cette convention.

■ Par salariés « non-cadres », on entend le personnel ne relevant pas des articles 4 et 4 bis et de l'article 36 de l'annexe I de cette convention (CCN du 14/03/1947).

Les garanties souscrites par l'adhérent s'appliquent obligatoirement à l'ensemble des personnes appelées à bénéficier du régime et appartenant aux catégories de personnel définies au bulletin d'adhésion.

Le contrat d'adhésion est composé du bulletin d'adhésion, des conditions générales, statuts du co-assureur mentionné au bulletin d'adhésion, annexes et avenants. Il est dénommé ci-après « contrat ».

➤ Article 3 I PRISE D'EFFET - DUREE - REVISION - RESILIATION

3.1 - PRISE D'EFFET - DUREE

L'adhésion de l'entreprise prend effet à la date fixée au bulletin d'adhésion et expire le 31 décembre suivant. Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année civile.

Si le bulletin d'adhésion n'est pas signé et envoyé par l'entreprise dans les 60 jours suivant la date d'effet, les co-assureurs ne seront tenus d'aucun engagement et le contrat réputé nul et non avenu, tant à l'égard des salariés que de l'entreprise. La charge de la preuve de l'envoi du bulletin signé dans le délai de 60 jours incombe à l'entreprise.

3.2 - REVISION

Conformément aux dispositions de l'avenant n° 15 du 16 décembre 2013, le contrat est susceptible d'évoluer en fonction des résultats techniques du régime de prévoyance.

Par ailleurs, si une décision législative ou réglementaire ou bien une modification de l'accord prévoyance venait à modifier les conditions préexistantes de l'assurance ou la portée des engagements des organismes-co-recommandés, les parties pourront réviser, à la date d'effet des modifications en cause, le contrat après négociations avec les partenaires sociaux.

Les nouvelles conditions de couverture seront actées par voie d'avenant au contrat.

3.3 - RESILIATION

Le contrat peut être résilié par l'une ou l'autre des parties, par lettre recommandée adressée à l'autre partie avant le 1^{er} novembre de l'année en cours.

La résiliation entraîne à sa date d'effet la cessation des garanties. Des maintiens de garanties sont cependant prévus dans les conditions fixées à l'article 8-4 ci-dessous.

Les rentes et prestations périodiques en cours sont maintenues jusqu'à leur échéance normale au niveau atteint à la date de la résiliation et sans revalorisation ultérieure.

Le nouvel organisme assureur auquel adhère l'employeur devra assumer les revalorisations futures dans les mêmes conditions que celles définies par le présent régime.

➤ Article 4 I CHANGEMENT D'ACTIVITES

En cas de changement d'activité de l'adhérent le faisant sortir du champ d'application de la convention collective visée à l'article 1, la résiliation du contrat sera de plein droit. L'adhérent doit informer le co-assureur dans un délai d'un mois suivant le changement d'activité par lettre recommandée avec AR. Cette lettre vaut résiliation du contrat.

➤ Article 5 I OBLIGATIONS DE L'ADHERENT

Conformément à l'article L 932.6 du code de la Sécurité sociale, l'adhérent s'engage à remettre aux participants, sous sa seule responsabilité, un

exemplaire de la notice d'information établie par le co-assureur qui définit les garanties prévues par le contrat et leurs modalités d'application, et ce, lors de l'adhésion ainsi qu'en cas de modification du régime. L'adhérent doit adresser au co-assureur les pièces suivantes :

1. à la souscription :

- un justificatif de son appartenance à la convention collective mentionnée à l'article 1^{er}.
- un état nominatif du personnel à assurer indiquant notamment pour chaque intéressé :
 - a) son n° Sécurité sociale
 - b) ses nom et prénoms
 - c) son sexe
 - d) sa date de naissance
 - e) sa date d'embauche
 - f) sa situation de famille
 - g) le salaire servant au calcul des cotisations et tel que figurant à la D.A.D.S de l'établissement
 - h) sa catégorie socioprofessionnelle (cadre ou non cadre au sens de l'article 2 des présentes conditions générales).

L'état doit préciser, si tel est le cas, ceux d'entre eux qui sont atteints d'incapacité de travail ou d'invalidité, par suite de maladie ou d'accident, ou sont en temps partiel thérapeutique, ou en congé de maternité, ou encore ceux dont le contrat de travail est suspendu.

2. en cours d'exercice :

- en cas d'entrée des nouveaux salariés : pièces prévues au 1. avec indication de la date d'engagement;
- en cas de sortie des salariés : un état récapitulatif du personnel indiquant les dates et le motif de départ ;
- en cas de modifications de situation de famille : un état récapitulatif du personnel salarié tel que prévu au 1. avec l'indication des changements de situation de famille et leur date de survenance ;
- liste des personnes en congé parental ou sans solde.

Ces états doivent être transmis dans les trois mois suivant l'événement.

3. à chaque renouvellement de l'adhésion :

Avant le 31 janvier de chaque année, un état récapitulatif du personnel salarié (cf. 1. ci-dessus). L'adhérent atteste sur l'honneur la sincérité des indications contenues dans les états mentionnés ci-dessus.

➤ Article 6 I ENTREE EN VIGUEUR DES GARANTIES

Sous réserve des formalités définies à l'article 2, sont garantis au titre des participants, les salariés de l'entreprise adhérente appartenant à la catégorie de personnel définie au bulletin d'adhésion :

- à la date d'effet fixée au bulletin d'adhésion pour les participants inscrits au registre du personnel à cette date,
- à la date d'embauche, si cette date est postérieure à la date d'effet. Ceux-ci doivent être déclarés au co-assureur dans un délai de 3 mois suivant l'engagement.

➤ Article 7 I PRISE EN CHARGE DES SINISTRES EN COURS

Les entreprises qui adhèrent au contrat, 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 déclarer ces «encours» auprès du co-assureur au moment de cette demande, et ce, afin d'assurer, selon le cas :

- soit 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 est en cours à la date d'effet de l'adhésion de l'entreprise alors qu'il n'existe aucun organisme assureur précédent. Cette indemnisation se fera sur la base des garanties prévues par le présent contrat.

- soit les revalorisations futures, portant sur les indemnités journalières, rentes d'invalidité ou incapacité permanente professionnelle, rente d'éducation en cours de service par l'organisme assureur quitté.
- soit la reprise des engagements de l'assureur quitté en ce qui concerne le versement des prestations incapacité de travail et/ou rente d'invalidité dans les conditions prévues à l'article 31 de la loi 89-1009 modifiée du 31 décembre 1989, sous réserve du transfert des provisions techniques prévu par cet article. En revanche, si une entreprise existante au 1^{er} janvier 2014 amène des encours relatifs à la réforme des retraites, sans que l'ancien assureur n'ait transféré les provisions techniques correspondantes, une surcotisation, si elle s'avère nécessaire, sera à la charge exclusive de l'employeur.

Si une entreprise, existante au 1^{er} janvier 2014, adhère au contrat plus de 12 mois après le 16 décembre 2013, le co-assureur 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.

➤ Article 8 I CESSATION, SUSPENSION ET MAINTIEN DES GARANTIES

8.1 - CESSATION DES GARANTIES

Les participants cessent d'être garantis lors de la survenance de l'un des événements suivants :

- suspension du contrat de travail du participant, sauf dans les cas mentionnés à l'article 8-2 ci-après ;
- prise d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale du participant ;
- lorsque le participant ne relève plus de la catégorie de personnel assurée définie au Bulletin d'adhésion ;
- date de départ du participant de l'entreprise adhérente, sous réserve des dispositions relatives à la portabilité prévues à l'article 8.3 ci-après et des dispositions suivantes : Les participants en arrêt de travail pour maladie, accident ou invalidité/incapacité permanente qui bénéficient à ce titre des prestations complémentaires à celles versées par la Sécurité sociale en application du contrat, restent garantis en cas de rupture du contrat de travail lorsque lesdites prestations sont servies sans interruption depuis la date de rupture du contrat de travail.
- date du décès du participant ;
- date à laquelle prend fin le contrat de l'adhérent consécutive notamment au changement d'activité de l'entreprise sous réserve des dispositions prévues à l'article 8.4 ci-après.

8-2 - SUSPENSION DES GARANTIES

Sauf application des dispositions prévues ci-après, la suspension du contrat de travail du participant entraîne celle des garanties.

Suspension du contrat de travail donnant lieu à une indemnisation

Le bénéfice du régime de prévoyance est maintenu, moyennant paiement de la cotisation correspondante, pour les participants dont le contrat de travail est suspendu, pour la période au titre de laquelle ils bénéficient d'un maintien de salaire, total ou partiel ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, ou d'indemnités journalières de la Sécurité sociale. Sont visées toutes les périodes de suspension du contrat de travail, et notamment celles liées à une maladie, une maternité, une paternité ou à un accident dès lors qu'elles sont indemniées.

Dans ce cas, les cotisations resteront dues pendant cette période dans les mêmes conditions que celles prévues pour les participants dont le contrat n'est pas suspendu : participants et employeurs devront obligatoirement continuer à acquitter leurs parts de cotisation.

Suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à une indemnisation

Pour les suspensions de contrat de travail à l'initiative du participant tels que congés parentaux, congés formation, congés sans solde, congés sabbatiques, etc..., les garanties pourront être maintenues au participant concerné, à titre facultatif, à charge pour ce dernier d'assumer intégralement le montant total de la cotisation pendant la durée du maintien.

Dans le cadre du maintien de la garantie arrêt de travail (maintien assuré selon les modalités définies aux présentes conditions générales), l'arrêt doit intervenir pendant le congé sans solde, le participant étant alors indemnisé au jour de sa reprise théorique d'activité, après décompte de la franchise contractuelle.

Le salaire de référence est calculé sur la base de la dernière période d'activité ayant précédé la suspension du contrat de travail. Le participant est de nouveau couvert en tant qu'actif au jour de la reprise de son contrat de travail.

8.3 - MAINTIEN DES GARANTIES DANS LE CADRE DU DISPOSITIF DE PORTABILITE DES DROITS

Principe

Sauf s'il a été licencié pour faute lourde, le participant dont le contrat de travail est rompu ou prend fin et qui bénéficie du versement d'allocations par le régime obligatoire d'assurance chômage peut demander à rester affilié au régime de prévoyance dont il bénéficiait dans le cadre de son dernier contrat de travail. Les droits à couverture complémentaire au titre du régime de prévoyance souscrit doivent avoir été ouverts pendant l'exécution de leur contrat de travail.

Ce maintien de garanties s'effectue dans le cadre et dans les conditions de l'article 14 de l'Accord national interprofessionnel (A.N.I) du 11 janvier 2008 modifié par l'avenant n°3 en date du 18 mai 2009.

Date d'effet et durée maximale

Ce maintien prend effet au lendemain de la date de rupture ou de la fin du contrat de travail du participant, sauf si l'ancien salarié en exprime expressément le refus par écrit auprès de l'adhérent dans les 10 jours qui suivent cet événement.

En l'absence de refus de la part du participant dans le délai de 10 jours, l'adhérent doit retourner au co-assureur le « Bulletin individuel d'affiliation » dédié à ce dispositif ou une « Déclaration de portabilité » selon le formalisme retenu par le co-assureur.

Le maintien a lieu pour une durée qui correspond à celle du dernier contrat de travail du participant dans l'entreprise adhérente, appréciée en mois entiers, calculés de date à date, sans pouvoir excéder neuf mois.

Formalités de déclaration

L'adhérent doit adresser au co-assureur le « Bulletin individuel d'affiliation » au dispositif de portabilité des garanties collectives prévoyance / santé, ou une « Déclaration de portabilité », complété(e) et signé(e).

Les garanties obéissent aux règles de fonctionnement prévues aux présentes conditions générales. En cas de sinistre, le co-assureur demandera tous les justificatifs établissant la preuve des droits à portabilité au jour de sa réalisation, notamment les attestations émises par le régime obligatoire d'assurance chômage.

Dès qu'elle en a connaissance, l'adhérent s'engage à informer le co-assureur pour chaque participant concerné de toute cause entraînant la cessation anticipée de maintien des garanties. Sont visées notamment les causes suivantes : le participant reprend un autre emploi, il ne peut

plus justifier auprès de l'adhérent de son statut de demandeur d'emploi indemnisé par le régime obligatoire d'assurance chômage, il ne paie pas sa quote-part de cotisation, en cas de décès du participant, à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale.

Garanties maintenues

Les garanties maintenues sont celles en vigueur dans l'entreprise adhérente, pendant la période de portabilité, pour la catégorie de personnel à laquelle appartenait le participant avant la rupture ou la fin de son contrat de travail.

Les prestations sont versées sur la base du dernier salaire de référence, tel que définit à l'article 14 des présentes conditions générales, versé au cours de la période précédant la fin ou la rupture du contrat de travail. **Toutes les sommes ayant pour origine la cessation du contrat de travail** (indemnités de licenciement, indemnités compensatrices de congés payés, primes de précarité et toutes autres sommes versées à titre exceptionnel...) **ne sont pas prises en compte dans le calcul du salaire de référence.**

Dans le cadre de la garantie « incapacité temporaire » et « invalidité » définie aux présentes conditions générales, le cumul des sommes versées en cas d'incapacité de travail par les différents intervenants (Sécurité sociale, organismes complémentaires, etc.) **ne saurait en aucun cas conduire l'ancien salarié intéressé à percevoir un revenu de remplacement excédant le montant des allocations nettes du régime obligatoire d'assurance chômage qu'il aurait perçues s'il n'avait pas été en arrêt de travail.** Dans le cas contraire, le co-assureur diminuera sa prestation en conséquence. Si le participant est en incapacité de travail lors de la période de carence du régime d'assurance chômage, le co-assureur reconstitue le montant futur de son allocation chômage pour déterminer sa limite d'intervention.

Cotisations

Ce système de portabilité est co-financé par l'ancien salarié et son ancien employeur selon les mêmes quotes-parts que celles appliquées aux participants sous contrat de travail.

L'assiette de cotisations des participants bénéficiant du dispositif de portabilité est égale à la moyenne des salaires des douze derniers mois précédant la date de cessation du contrat de travail et soumis à cotisations au titre du contrat. Ne sont donc pas prises en compte dans l'assiette, toutes les sommes liées à la cessation du contrat de travail. Lorsque la période de référence est incomplète, le salaire est reconstitué sur la base du salaire que le participant aurait perçu s'il avait travaillé.

Il appartient à l'adhérent de régler à l'échéance prévue au contrat de prévoyance collective, la totalité des cotisations pour les participants bénéficiant du dispositif de portabilité, à charge pour elle de récupérer la part due par les anciens salariés ou, selon les modalités définies par le co-assureur, verser trimestriellement à terme échu les cotisations.

En cas de révision de la cotisation des participants en activité, la cotisation des participants bénéficiant du dispositif de portabilité sera révisée dans les mêmes conditions.

Fin de la portabilité des droits

Le maintien des garanties prend fin :

- au jour où le participant ne bénéficie plus des allocations chômage,
- au jour où le participant trouve un nouvel emploi ou liquide ses droits à pension vieillesse de la Sécurité sociale,
- si le participant ne justifie pas auprès de l'adhérent du bénéfice des allocations chômage,
- en cas de non-paiement par l'ancien salarié de sa quote-part de financement du maintien des garanties qui libère l'employeur de toute obligation, et entraîne la perte du bénéfice des garanties de manière définitive,
- au décès du participant,
- en tout état de cause au terme de la période de droit à portabilité telle que définie ci-dessus,

- à la date à laquelle prend fin l'adhésion de l'adhérent consécutive notamment à son changement d'activité.

L'adhérent doit notifier par écrit au participant la fin anticipée de la portabilité pour non présentation des justificatifs mensuels.

8-4 - MAINTIEN DE LA COUVERTURE DU RISQUE DECES EN CAS DE CESSATION DE L'ADHESION

Les garanties décès, telles que prévues au contrat, sont maintenues par le co-assureur, en cas de résiliation ou non renouvellement du contrat, aux salariés ou anciens salariés en incapacité temporaire ou en invalidité/incapacité permanente professionnelle et bénéficiant à ce titre de prestations complémentaires de la part de cet organisme.

Les garanties maintenues en cas de résiliation ou de non renouvellement du contrat sont celles prévues à la date de résiliation dudit contrat.

Dans ce cas, le maintien des garanties «décès» s'applique exclusivement aux prestations liées au décès du participant à l'exclusion de l'invalidité absolue et définitive.

La revalorisation des prestations cesse à la date de cessation de l'adhésion. Les garanties décès, telles que précisées ci-dessus, sont maintenues tant que le participant bénéficie des prestations complémentaires (incapacité ou invalidité/incapacité permanente professionnelle) du co-assureur.

➤ Article 9 I COTISATIONS

Les taux et la répartition des cotisations entre employeur et salariés relatives aux garanties souscrites sont mentionnés au bulletin d'adhésion.

Les garanties et les cotisations du présent régime sont établies sur la base de la législation et de la réglementation notamment sociale et fiscale en vigueur au moment de sa prise d'effet. Les garanties et les cotisations seront revues sans délai en cas de changement de ces textes.

9.1 - ASSIETTE DES COTISATIONS

L'assiette des cotisations est constituée des rémunérations brutes perçues par le participant au cours de l'année civile d'assurance, à l'exclusion des primes à périodicité plus longue que l'année (prime de départ à la retraite...), prises en compte dans la limite de la tranche A des salaires (Tranche A : partie du salaire annuel brut limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale).

9.2 - PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont payables à terme échu et sont versées dans le premier mois de chaque trimestre civil suivant le trimestre écoulé.

L'adhérent est seul responsable du paiement des cotisations. A ce titre, il procède lui-même à leur calcul et à leur versement aux échéances prévues.

Il est tenu de fournir, à la demande du co-assureur, tous les éléments concernant les participants nécessaires au calcul des cotisations.

Les déclarations de l'adhérent engagent sa responsabilité dans les termes du droit commun.

En fin de trimestre civil, le co-assureur adresse à l'adhérent les bordereaux d'appel des cotisations qu'il complète et retourne dans le délai mentionné sur le bordereau. A défaut de délai précisé sur le bordereau d'appel, l'adhérent le retournera dans le délai d'un mois.

Chaque adhérent est débiteur de l'ensemble des cotisations dues avant la date de la résiliation, y compris la part salariale éventuelle, et ce, quelle que soit la cause de ladite résiliation.

9.3 - EXONERATION DES COTISATIONS

Dès lors que le participant dont le contrat de travail est en vigueur, bénéficie de prestations pour maladie ou accident du régime de prévoyance liées à une incapacité temporaire de travail, une invalidité ou une incapacité permanente de travail, le maintien de garanties intervient sans contrepartie de cotisations à compter du 1^{er} jour d'indemnisation du co-assureur tant que dure l'indemnisation complémentaire du co-assureur. Si le participant perçoit un salaire réduit pendant la période d'indemnisation complémentaire, les cotisations patronales et salariales au régime de prévoyance restent dues sur la base du salaire réduit.

9.4 - NON-PAIEMENT DES COTISATIONS

En cas de non-paiement des cotisations dans un délai de 10 jours qui suivent l'échéance fixée, l'adhérent défaillant est mis en demeure par lettre recommandée d'effectuer son règlement.

L'adhérent défaillant est toujours redevable de la cotisation dont le co-assureur ayant recueilli son adhésion poursuit le recouvrement par tout moyen, en application de l'article L. 932-9 du code la Sécurité sociale.

Cette cotisation sera majorée d'une pénalité de retard égale, par mois ou par fraction de mois de retard, à 2% de la cotisation totale.

Les frais de recouvrement sont mis à la charge de l'adhérent.

En cas de non paiement des cotisations, selon les termes de droit commun les co-assureurs peuvent dénoncer le contrat.

➤ Article 10 I BASE DE CALCUL DES PRESTATIONS

Le salaire de référence, servant de base au calcul des prestations, est le salaire brut total du participant ayant servi d'assiette aux cotisations au cours des 12 mois civils précédant l'événement ouvrant droit aux prestations. Ce salaire de référence est limité à la tranche A des rémunérations perçues (Tranche A : partie du salaire annuel brut limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale).

Ce salaire comprend les rémunérations perçues au cours de l'année civile d'assurance, à l'exclusion des primes à périodicité plus longue que l'année (prime de départ à la retraite...).

Dans le cas où la période d'assurance est inférieure à 12 mois, le salaire de référence est reconstitué à partir des éléments de salaire ayant donné lieu à cotisations et versés au salarié entre la date d'effet de la garantie et la date d'arrêt de travail.

En cas de décès ou d'invalidité précédé d'une incapacité temporaire de travail, le salaire de référence servant de base de calcul des prestations est revalorisé chaque 1^{er} janvier en fonction de l'évolution du point AGIRC au cours de l'exercice précédent, dans la limite de 90% du rendement de l'actif général du co-assureur gestionnaire.

➤ Article 11 I REGLEMENT DES PRESTATIONS

Le montant et les modalités de service des prestations sont définis au titre de chaque garantie.

Les prestations liées aux garanties prévoyance du contrat sont versées suivant la réception de l'ensemble des pièces justificatives nécessaires mentionnées dans le tableau récapitulatif des pièces à fournir annexé aux présentes conditions générales.

➤ Article 12 I REVALORISATION DES PRESTATIONS

Les prestations en cours de service sont revalorisées de la façon suivante : Les prestations incapacité de travail et rente d'invalidité sont revalorisées le 1^{er} juillet de chaque année selon l'évolution du point de retraite AGIRC. Ces revalorisations ne s'appliquent qu'aux arrêts de plus de six mois continus.

Les rentes éducation sont soumises à une revalorisation propre à l'OCIRP. Les rentes sont revalorisées chaque année au 1^{er} janvier et au 1^{er} juillet selon les coefficients fixés par le conseil d'administration de l'Union OCIRP.

Ces revalorisations cessent en cas de résiliation du contrat ainsi qu'en cas de changement d'organisme assureur. Dans ce cas les prestations sont maintenues au niveau atteint à la date d'effet de la résiliation du contrat souscrit par l'adhérent auprès du co-assureur. Le nouvel organisme assureur auquel adhère l'entreprise devra assumer les revalorisations futures dans les mêmes conditions que celles définies par les présentes conditions générales.

➤ Article 13 | PRESCRIPTION

Conformément à l'article L. 932-13 du code de la Sécurité sociale, toutes les actions dérivant des opérations du contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois ce délai ne court :

- 1) en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où le co-assureur en a eu connaissance,
- 2) en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'adhérent, du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre le co-assureur 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'adhérent, le participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à cinq ans en ce qui concerne l'incapacité temporaire 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.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription définies par les articles 2240 et suivants du code civil et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par le co-assureur au participant en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par le participant au co-assureur en ce qui concerne le règlement des prestations.

➤ Article 14 | CONTROLE ET EXPERTISE MEDICALE

A toute époque, le participant doit se rendre aux convocations des médecins missionnés par le co-assureur, **sous peine de déchéance de garantie et de suspension du paiement de la prestation en cours de service.**

Pour l'ensemble des garanties prévues au contrat, le co-assureur 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 du co-assureur, notamment le refus, la réduction ou la cessation du versement des prestations, prises en fonction des conclusions du médecin qu'il a missionné, sont notifiées au participant par courrier recommandé.

Elles s'imposent à lui, s'il n'en a pas contesté le bien fondé dans les trente jours suivant leur envoi, au moyen d'une attestation médicale détaillée.

Cette contestation doit être adressée au service médical du co-assureur par lettre recommandée avec accusé de réception.

En cas de désaccord sur l'état de santé du participant, celui-ci et le co-assureur 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 au co-assureur 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 du co-assureur, l'adhérent donne mandat au co-assureur 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'adhérent.

➤ Article 15 | EXCLUSIONS

Ne sont pas garanties dans le cadre du contrat, les conséquences limitativement énumérées ci-après.

Ne sont pas couverts dans le cadre du contrat les décès résultant :

- d'une guerre ou d'une guerre civile, française ou étrangère ;
- d'émeute, de rixe, d'acte de terrorisme dans lesquels le participant a pris une part active, étant précisé que les cas de légitime défense et d'assistance à personne en danger sont garantis, à charge pour le bénéficiaire d'en apporter la preuve ;
- de la désintégration du noyau atomique ;
- d'accidents ou maladies dus aux effets directs ou indirects d'explosion, de chaleur ou de radiations provenant d'une transmutation du noyau de l'atome, telles que par exemple la fission, la fusion, la radioactivité ou du fait de radiations provoquées par l'accélération artificielle de particules atomiques ;
- du meurtre du participant par le bénéficiaire.

Ne donnent pas lieu au doublement accidentel les décès ou IAD accidentels résultant :

- directement ou indirectement de tremblements de terre, d'inondations, de cataclysmes,
- du fait volontaire ou intentionnel du bénéficiaire ;
- d'un vol effectué à bord d'un appareil non muni d'un certificat valable de navigabilité ou piloté par une personne non pourvue d'un brevet de pilote valable pour l'appareil utilisé ;
- de la pratique du parachutisme ou du parachutisme ascensionnel ou du parapente, pilotage d'un appareil « Ultra Léger Motorisé » (ULM) et de tout appareil non homologué ;
- de la pratique de sports qui ne disposent pas d'une fédération sportive et donc ne sont pas reconnus par le ministère de la santé, de la jeunesse et des sports ;
- de la participation à des compétitions, démonstrations, acrobaties ou tentatives de records pratiquées avec des engins à moteur ;
- de la consommation d'alcool constatée par un taux d'alcoolémie égal ou supérieur au taux légal précisé par le Code de la route ;
- de l'usage de stupéfiants ou substances médicamenteuses en dehors des limites de prescriptions médicales ;
- d'un accident survenu alors que le participant n'était pas détenteur d'un permis de conduire valide, conformément aux dispositions du code de la route.

Ne sont pas couverts, dans le cadre du contrat, les arrêts de travail (incapacité de travail, invalidité/incapacité permanente professionnelle) résultant :

- des conséquences d'une guerre ou d'une guerre civile, française ou étrangère ;

- des conséquences de la désintégration du noyau atomique ;
- des conséquences d'accidents ou maladies dues aux effets directs ou indirects d'explosion, de chaleur ou de radiations provenant d'une transmutation du noyau de l'atome, telles que par exemple la fission, la fusion, la radioactivité ou du fait de radiations provoquées par l'accélération artificielle de particules atomiques ;
- des accidents et maladies régis par la législation sur les pensions militaires et ceux survenant à l'occasion d'exercices de préparation militaire ou en résultant.

➤ Article 16 I SUBROGATION

En application de l'article L 931-11 du code de la Sécurité sociale, en cas de paiement des prestations complémentaires à caractère indemnitaire à l'occasion d'un accident comportant un tiers responsable, le co-assureur est subrogé au participant qui a bénéficié de ces prestations dans son action contre le tiers responsable, dans la limite des dépenses que le coassureur a supportées, conformément aux dispositions de la loi n°85-677 du 5 juillet 1985 et à la jurisprudence en vigueur relative au recours contre tiers en assurances de personnes.

➤ Article 17 I CONTROLE

Le contrôle des co-assureurs est effectué par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) 61, rue Taitbout 75436 Paris Cedex 09, mentionnée à l'article L951-1 du Code de la Sécurité sociale.

➤ Article 18 I RECOURS A UN MEDIATEUR EN CAS DE LITIGE

L'adhérent et le participant ou un ayant droit du participant peuvent, en cas de désaccord, formuler leur réclamation auprès du co-assureur.

L'adhérent et les participants peuvent, sans préjudice des actions en justice qu'ils ont la possibilité d'exercer par ailleurs, adresser toutes réclamations relatives au contrat à l'une des Institutions suivantes :

AG2R Prévoyance - Direction de la Qualité
35 boulevard Brune
75680 PARIS Cedex 14

En cas de désaccord sur la réponse donnée par AG2R Prévoyance, les réclamations peuvent être présentées au Conciliateur du Groupe AG2R LA MONDIALE - 32 avenue Émile Zola - Mons en Baroeul - 59896 LILLE CEDEX 9.

Humanis Prévoyance - Service Satisfaction Clients
303 rue Gabriel Debacq
45777 SARAN Cedex

À compter de la réception de la réclamation, la Mutuelle s'engage à apporter une réponse à la réclamation dans les 15 jours à compter de la réception de celle-ci.

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

Dans tous les cas, en cas de désaccord sur la réponse donnée, les réclamations peuvent être présentées au Médiateur du CTIP - 10 rue Cambacérès 75008 Paris.

➤ Article 19 I ELECTION DE DOMICILE

Pour la souscription et l'exécution du contrat établi en vue de l'application du présent régime, les adhérents doivent faire obligatoirement élection de domicile en France ou dans un pays membre de l'Union Européenne.

Si l'adhérent a son siège social en dehors du territoire français, il doit

désigner dans ce territoire un correspondant qui se porte garant de l'exécution

du contrat notamment en ce qui concerne le paiement des cotisations.

➤ Article 20 I INFORMATION DES PARTICIPANTS

Le co-assureur adresse à l'adhérent une notice qui définit les garanties souscrites et leurs modalités d'entrée en vigueur, ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque. Cette notice rappelle également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garanties ainsi que des délais de prescription.

L'adhérent s'engage à remettre, aux participants auxquels les garanties sont applicables, la notice d'information fournie par les Institutions. En cas de litige, la preuve de la remise de la notice lui incombe.

En cas de changement, les éléments modifiés sont communiqués à l'adhérent en remplacement de ceux qu'elle détenait. Celui-ci s'engage à remettre une nouvelle notice d'information à chaque participant. En cas de litige, la preuve de la remise de la nouvelle notice lui incombe.

➤ Article 21 I DEFINITIONS

Chaque fois que les garanties en tiennent compte, il faut entendre par :

Enfants à charge

Sont considérés comme enfants à charge les enfants du participant ou ceux de son conjoint ou de son partenaire lié par un PACS ou concubin, qu'ils soient légitimes, adoptifs, reconnus ou recueillis, s'ils vivent sous le toit du participant et sont à la date du sinistre (décès...) :

- âgés de moins de 18 ans, sans condition ;
- âgés de 18 à 21 ans, s'ils ont demandé leur rattachement au foyer fiscal du participant quelle que soit leur activité et s'ils ne perçoivent pas une rémunération supérieure à 100% du SMIC ;
- âgés de 21 à 25 ans révolus s'ils ont demandé leur rattachement au foyer fiscal du participant et à condition qu'ils poursuivent des études et ne perçoivent pas en contrepartie d'une éventuelle activité une rémunération supérieure à 100% du SMIC ;
- atteints d'un handicap, titulaire d'une carte d'invalidité et reconnus invalides avant leur 26^e anniversaire ;
- nés dans les 300 jours postérieurement au décès du participant et dont la filiation avec celui-ci est établie.

Conjoint / Concubin / Partenaire de PACS

On entend par conjoint, l'époux ou l'épouse du participant non divorcé par un jugement définitif.

Le concubinage notoire et permanent ouvre droit aux prestations dévolues au conjoint dès lors que le salarié et son concubin sont célibataires, veufs ou divorcés et :

- qu'un enfant reconnu des deux parents est né de l'union,
 - à défaut, qu'il peut être prouvé une période de 2 ans de vie commune,
- On entend par partenaire de PACS la personne liée au participant par un Pacte Civil de Solidarité tel que défini à l'article 515.1 du code civil.

CHAPITRE 2

GARANTIE DÉCÈS / INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE (IAD)

Article 22 I DECES

Objet et montant du capital garanti

En cas de décès du participant, il est versé aux bénéficiaires, un capital, exprimé en pourcentage du salaire de référence, dont le montant varie en fonction de la catégorie de personnel dont relève le participant.

Participants cadres :

En cas de décès du participant, quelle qu'en soit la cause, le montant du capital garanti varie en fonction de la situation familiale du participant à son décès comme suit :

Participant célibataire, veuf, divorcé	300%
Participant marié, pacsé ou vivant en concubinage	350%

En cas de décès accidentel, le montant du capital mentionné ci-dessus est doublé.

Par décès accidentel on entend le décès qui résulte directement d'une atteinte corporelle non intentionnelle de la part du salarié couvert, provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. Le décès doit survenir dans les 12 mois qui suivent la date de l'accident et en être la conséquence. Ne sont pas considérés comme accidents les dommages résultant d'un traitement médical ou chirurgical ou de conséquences d'exams médicaux.

Participants non cadres :

En cas de décès du participant, quelle qu'en soit la cause, le montant du capital garanti varie en fonction de la situation familiale du participant à son décès comme suit :

Participant célibataire, veuf, divorcé, sans enfant à charge	70%
Participant marié, pacsé ou vivant en concubinage, sans enfant à charge	80%
Majoration par enfant à charge	10%

Bénéficiaire(s) du capital

Les bénéficiaires du capital versé en cas de décès du participant, sont la (ou les) personne(s) ayant fait l'objet d'une désignation écrite et formelle de la part du participant auprès de l'organisme ayant recueilli son adhésion.

En cas de pluralité de bénéficiaires de même rang et de prédécès de l'un ou de plusieurs d'entre eux, la part du capital lui (leur) revenant est répartie entre les autres bénéficiaires au prorata de leur part respective.

Il est précisé que le participant peut, à tout moment, faire une désignation différente par lettre recommandée avec accusé de réception adressée au co-assureur, soit par voie d'acte sous seing privé ou d'acte authentique signé du participant.

En l'absence de désignation expresse par le participant ou en cas de prédécès de tous les bénéficiaires, le capital est attribué suivant l'ordre de priorité ci-après :

- au conjoint non séparé judiciairement, ou, à défaut au partenaire lié par un PACS au participant, ou à défaut au concubin,
- à défaut, le capital est versé par parts égales entre :
 - les enfants du participant, nés ou à naître, vivants ou représentés, légitimes, reconnus ou adoptifs,
 - à défaut de descendance directe, à ses parents ou à défaut, à ses grands-parents survivants,
 - à défaut de tous les susnommés, aux héritiers.

Toutefois quelle que soit la désignation de bénéficiaire applicable, la part de capital correspondant à la majoration pour enfant à charge est versée directement à ceux-ci dès leur majorité ; à leurs représentants légaux es-qualité durant leur minorité.

Les capitaux sont versés en une seule fois à réception des pièces visées au tableau récapitulatif des pièces à fournir.

Article 23 I INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE (IAD)

Objet et montant de la prestation

Le capital décès prévu à l'article 22 est versé, par anticipation, au participant lorsqu'il est reconnu être en état d'invalidité absolue et définitive.

Il faut entendre par invalidité absolue et définitive, l'invalidité de 3^e catégorie définie à l'article L 341-4 du Code de la Sécurité sociale : « 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. »

L'Incapacité Permanente Professionnelle d'un taux de 100% reconnue par la Sécurité sociale est assimilée à l'invalidité absolue et définitive pour la mise en oeuvre de la présente garantie.

Le versement par anticipation du capital en cas d'invalidité absolue et définitive met fin à la garantie décès.

Pour les participants ayant le statut de cadre, la majoration du capital garantie en cas de décès accidentel n'est versée par anticipation que si l'invalidité absolue et définitive est directement et exclusivement provoquée par un accident tel que définit à l'article 22.

Bénéficiaire

La prestation est versée au participant.

Le capital est versé en une seule fois à réception des pièces visées au tableau récapitulatif des pièces à fournir, et sous réserve du contrôle médical prévu à l'article 14.

Article 24 I DOUBLE EFFET

En cas de décès postérieur ou simultané du conjoint ou du partenaire lié par un PACS ou du concubin du participant laissant un ou plusieurs enfants à charge, il est versé au profit de ceux-ci un second capital égal à 100% de celui versé lors du premier décès.

Ce capital est attribué par parts égales entre les enfants qui étaient à la charge du participant au moment de son décès et qui sont toujours à charge de son conjoint, partenaire lié par un PACS ou de son concubin au moment du décès de ce dernier.

Le capital est versé en une seule fois à réception des pièces visées au tableau récapitulatif des pièces à fournir.

Article 25 I ALLOCATIONS OBSEQUES

Le montant de la prestation allouée varie en fonction de la catégorie de personnel dont relève le participant.

Participants cadres :

En cas de décès du participant, de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS, de son concubin ou d'un enfant à sa charge, la personne ayant assumé les frais d'obsèques et le justifiant sur facture acquittée bénéficie du versement d'un capital d'un montant égal à :

→ **200% du plafond mensuel de la Sécurité sociale** en vigueur le jour du sinistre.

Participants non cadres :

En cas de décès du conjoint, du partenaire lié par un PACS ou du concubin ou d'un enfant à charge d'un participant, la personne ayant assumé les frais

d'obsèques et le justifiant sur facture acquittée bénéficie du versement d'un capital d'un montant égal à :

→ **100% du plafond mensuel de la Sécurité sociale** en vigueur le jour du sinistre.

L'allocation est servie dans la limite des frais réellement engagés. Elle est versée en une seule fois à réception des pièces visées au tableau récapitulatif des pièces à fournir.

➔ Article 26 I RENTE EDUCATION OCIRP

La présente garantie ne bénéficie qu'aux participants ayant le statut de participant **cadre** tel que défini à l'article 2.

Objet et montant de la prestation

En cas de décès d'un participant, il est versé une rente éducation assurée par l'OCIRP pour chacun des enfants à charge. Cette rente sert à couvrir en tout ou partie les frais relatifs à l'éducation et à la scolarité des enfants à charge du participant décédé.

Il est versé à chaque enfant à charge (répondant à la définition prévue à l'article 21) une rente temporaire dont le montant annuel est égal à :

- jusqu'au 18^e anniversaire du bénéficiaire : **15 % du salaire de référence** ;
- au delà et jusqu'au 26^e anniversaire pendant la durée de son apprentissage, de ses études, ou dans le cadre d'un stage préalable à l'exercice d'un premier emploi rémunéré : **15 % du salaire de référence**.

Le versement de la rente est maintenu en cas d'invalidité de l'enfant à charge reconnue par la Sécurité sociale avant son 26^e 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 lié par un PACS du participant décédé postérieur au décès de ce dernier, le montant de chaque rente 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.

Bénéficiaires de la prestation

Les bénéficiaires des rentes éducation sont le ou les enfants à charge du participant répondant à la définition prévue à l'article 21.

La qualité d'enfant à charge s'apprécie à la date de l'évènement ouvrant droit à prestations.

Si le bénéficiaire est mineur non émancipé, la rente est servie pour son compte à la personne qui, au moment du versement de la rente, assume la charge effective et permanente de l'enfant.

Si le bénéficiaire est majeur protégé, la rente est servie pour son compte à son représentant légal.

Si l'enfant est majeur, la rente lui est versée directement, sur sa demande.

Conditions de règlement

La déclaration de décès et le dépôt du dossier doivent être transmis auprès du co-assureur.

Les prestations prennent effet le 1^{er} jour du mois civil qui suit celui au cours duquel est survenu le décès du participant.

Les rentes sont versées trimestriellement et par avance, sur production des pièces et justificatifs prévus au tableau récapitulatif des pièces à fournir ; le premier paiement comprenant, le cas échéant, un prorata au titre de la période écoulée entre la date d'effet de la rente et la fin du trimestre en cours.

Lorsque l'enfant bénéficiaire cesse de remplir les conditions requises (hors la limite d'âge prévue au contrat), le bénéficiaire ou son représentant légal doit en informer sans délai le co-assureur.

Le co-assureur demande annuellement de justifier que les enfants bénéficiaires continuent de remplir les conditions requises pour la poursuite du versement des prestations. En l'absence de justification, le versement de la rente est suspendu.

Cessation des prestations

Le service des rentes prend fin à dater :

- du dernier jour du trimestre civil au cours duquel l'enfant cesse d'être à charge au sens du contrat ;
- et en tout état de cause, à compter du premier jour du mois suivant la date du décès du bénéficiaire.

Le service de la rente ne peut en aucun cas être repris.

- Chapitre 3 - GARANTIE ARRÊT DE TRAVAIL

➤ Article 27 | INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL

Objet de la garantie

Il s'agit de faire bénéficier d'indemnités journalières les participants qui se trouvent momentanément dans l'incapacité totale médicalement constatée d'exercer une activité professionnelle quelconque par suite de maladie ou d'accident.

En cas d'arrêt de travail consécutif à une maladie ou un accident d'ordre professionnel ou non, pris en charge par la Sécurité sociale, le co-assureur verse des indemnités journalières complémentaires dans les conditions définies au présent article.

Point de départ de l'indemnisation

La prestation incapacité temporaire de travail est versée à l'expiration d'une période de franchise.

La franchise est la période ininterrompue suivant le premier jour d'arrêt de travail d'un participant, ne donnant lieu au versement d'aucune prestation par le co-assureur.

Pour les participants ayant au moins un an d'ancienneté dans l'entreprise adhérente au jour de survenance de l'arrêt de travail, elle correspond à la période pendant laquelle l'employeur maintient tout ou partie de la rémunération dans les conditions prévues à l'article L1226-1 du Code du travail et aux articles 36 et 37 de la convention collective citée à l'article 1^{er}. En cas de nouvel arrêt, après épuisement des droits au titre du maintien de salaire, il sera appliqué une carence de 3 jours pour les arrêts de travail consécutifs à une maladie ou un accident de la vie privée ; aucune carence n'intervenant pour les arrêts de travail consécutifs à un accident du travail ou une maladie professionnelle.

Pour les participants ayant moins d'un an d'ancienneté dans l'entreprise adhérente au jour de survenance de l'arrêt de travail, elle est de 90 jours continus à compter de la date de survenance de cet arrêt.

Les cas de rechute (arrêt de travail pour maladie ou accident dû à la même maladie ou au même accident que le précédent arrêt de travail) au sens de la législation de la Sécurité sociale sont pris en compte dès lors que l'incapacité temporaire provoquée par la rechute est éligible aux prestations prévues aux présentes conditions générales. La rechute est prise en compte sur production d'un certificat médical précisant qu'il s'agit de la même affection. La franchise n'est pas applicable dans ce cas.

Montant de la prestation

Le montant de la prestation complémentaire servie à l'issue du délai de franchise précisé ci-dessus, varie en fonction de la catégorie de personnel dont relève le participant.

■ Participants cadres :

Le participant percevra des indemnités journalières complémentaires dont le montant annuel représente **80% du salaire de référence**, sous déduction des prestations brutes de CSG et de CRDS servies par la Sécurité sociale et toutes autres rémunérations ou indemnités versées ou maintenues, notamment par l'employeur.

■ Participants non cadres :

Le participant percevra des indemnités journalières complémentaires dont le montant annuel représente **70% du salaire de référence**, sous déduction des prestations brutes de CSG et de CRDS servies par la Sécurité sociale et toutes autres rémunérations ou indemnités versées ou maintenues, notamment par l'employeur.

La présente garantie ne doit pas conduire le participant, compte tenu des sommes versées de toute provenance (Sécurité sociale, éventuel salaire à temps partiel ou revenu de remplacement, prestations complémentaires,...), 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 le co-assureur seront réduites à due concurrence.

Durée et terme de l'indemnisation

Les indemnités journalières servies par le co-assureur sont suspendues ou cessent lorsque la Sécurité sociale suspend ou cesse le versement de ses propres prestations. Lorsque la Sécurité sociale réduit ses prestations, le co-assureur réduit ses prestations complémentaires à due concurrence.

Le versement des indemnités journalières complémentaires cesse également dès la survenance de l'un des événements suivants :

- à la date de reprise d'activité ou s'il est établi par un médecin contrôleur mandaté par l'adhérent ou le co-assureur que le participant peut reprendre une activité ;
- à la date d'attribution d'une pension d'invalidité ou rente d'incapacité permanente professionnelle par la Sécurité sociale ;
- au 1095^e 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 vieillesse de la Sécurité sociale du participant.

Conditions de règlement des prestations

Les demandes d'indemnités journalières doivent être fournies dès réception des décomptes de prestations de la Sécurité sociale auprès du co-assureur sur production des justificatifs définis dans le tableau récapitulatif des pièces à fournir.

Les indemnités journalières sont versées par le co-assureur directement à l'adhérent, sauf en cas de rupture du contrat de travail où elles sont versées directement au participant, au fur et à mesure de la présentation des décomptes de prestations en espèces émanant de la Sécurité sociale.

➤ Article 28 | INVALIDITE / INCAPACITE PERMANENTE PROFESSIONNELLE (IPP)

Objet de la garantie

Lorsqu'un participant présente une invalidité totale ou partielle, à la suite d'une maladie ou d'un accident, réduisant sa capacité de travail ou de gain, constatée par un médecin, notifiée et prise en charge par la Sécurité sociale, il percevra une rente d'invalidité complémentaire à celle versée par la Sécurité sociale dans les conditions définies ci-après.

Par invalidité il faut entendre la réduction d'au moins 2/3 de la capacité de travail ou de gain reconnue par la Sécurité sociale et entraînant le classement dans l'une des catégories d'invalides visées à l'article L.341-4 du code de la Sécurité sociale du participant.

En vue de la détermination du montant de la pension, les invalides sont classés comme suit :

- **1^{re} catégorie** : Invalides capables d'exercer une activité rémunérée ;
- **2^e catégorie** : Invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque ;
- **3^e catégorie** : 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 correspond à un taux d'incapacité permanente professionnelle (IPP) au moins égal à 33%.

L'invalidité doit être également justifiée par une notification :

- soit du classement dans la même catégorie d'invalidité de la Sécurité sociale ;
- soit du même taux d'IPP retenu par la Sécurité sociale.

Montant de la prestation

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

La rente d'invalidité est calculée en pourcentage du salaire de référence défini à l'article 10.

En tout état de cause, la présente garantie ne doit pas conduire le participant, compte tenu des sommes versées de toute provenance (Sécurité sociale, éventuel salaire à temps partiel ou revenu de remplacement, prestations complémentaires...), 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 le co-assureur seront réduites à due concurrence.

Le montant annuel de la prestation complémentaire servie varie en fonction de la catégorie de personnel dont relève le participant comme suit :

■ Participants cadres :

- Invalidité 1^{ère} catégorie : 54 % du salaire de référence (*).

- Invalidité 2^e et 3^e catégorie : 90 % du salaire de référence (*).

- Participant bénéficiant d'une rente pour accident du travail ou maladie professionnelle ayant entraîné un taux d'incapacité permanente professionnelle supérieure ou égale à 33 % et inférieure à 66 % : le participant percevra le montant brut de la pension versée en cas d'invalidité de 2^e catégorie de la Sécurité sociale multiplié par un coefficient égal à 3/2 N (« N » étant le taux d'incapacité permanente attribué au salarié par la Sécurité sociale).

- Participant bénéficiant d'une rente pour accident ou maladie professionnelle ayant entraîné un taux d'incapacité au moins égal à 66 % : **90 % du salaire de référence (*)**.

■ Participants non cadres :

- Invalidité 2^e et 3^e catégorie : 61 % du salaire de référence (*).

- Participant bénéficiant d'une rente pour accident du travail ou maladie professionnelle ayant entraîné un taux d'incapacité permanente professionnelle supérieure ou égale à 33 % et inférieure à 66 % : le participant percevra le montant brut de la pension versée en cas

d'invalidité de 2^e catégorie de la Sécurité sociale multiplié par un coefficient égal à 3/2 N (« N » étant le taux d'incapacité permanente attribué au salarié par la Sécurité sociale).

- Participant bénéficiant d'une rente pour accident ou maladie professionnelle ayant entraîné un taux d'incapacité au moins égal à 66 % : **61 % du salaire de référence (*)**.

(*) sous déduction des prestations brutes de CSG et de CRDS versées par la Sécurité sociale et toutes autres rémunérations ou indemnités versées ou maintenues, notamment par l'employeur ou par le régime obligatoire d'assurance chômage.

Terme de l'indemnisation

Les rentes complémentaires servies par le co-assureur sont suspendues ou cessent lorsque la Sécurité sociale suspend ou cesse le versement de ses propres prestations. Lorsque la Sécurité sociale réduit ses prestations, le co-assureur réduit ses prestations complémentaires à due concurrence.

La prestation complémentaire cesse également dès la survenance de l'un des événements suivants :

- en cas d'IPP, si le taux d'incapacité permanente devient inférieur à 33 % ;
- s'il est établi par un médecin contrôleur mandaté par l'organisme assureur que l'invalidité ou l'incapacité permanente professionnelle n'est plus justifiée ;
- en cas de décès du participant ;
- au plus tard, à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale du participant.

Le service des rentes, interrompu en application des dispositions prévues ci-dessus, est automatiquement repris dans les limites fixées par le contrat à compter du jour où il a été médicalement constaté que l'incapacité de travail est redevenue supérieure à 33 %.

Conditions de règlement des prestations

Les demandes de rentes doivent être effectuées dès réception des décomptes de prestations de la Sécurité sociale auprès du co-assureur et sur production des justificatifs définis dans le tableau récapitulatif des pièces à fournir.

Les rentes sont versées par le co-assureur au participant à terme échu, mensuellement ou, le cas échéant, selon la même périodicité que le versement par la Sécurité sociale des pensions d'invalidité ou des rentes d'incapacité permanente professionnelle, sur production périodique d'un justificatif attestant de la poursuite du versement de la rente ou de la pension par la Sécurité sociale.

► PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR POUR TOUTE DEMANDE DE PRESTATIONS

DOCUMENTS À FOURNIR	INCAPACITÉ DE TRAVAIL (INDEMNITÉS JOURNALIÈRES)	INVALIDITÉ/IPP (RENTES)	DECES, IAD, DOUBLE EFFET, ALLOCATION OBSEQUES	RENTE ÉDUCATION
Demande d'indemnités journalières, signée de l'employeur	•			
Décomptes d'indemnités journalières de la Sécurité sociale	•	•	•	
Photocopie des bulletins de salaire des 12 mois civils précédant l'événement ouvrant droit aux prestations	•	•	•	•
Demande de rente, signée par l'employeur		•		•
Notification d'attribution de pension d'invalidité ou de rente d'incapacité permanente professionnelle en cas d'accident du travail, émanant de la Sécurité sociale		•		
Attestation sur l'honneur de non activité rémunérée / Déclaration de ressource		•		
Demande de capital décès, signée par l'employeur			•	
Acte de décès (bulletin de décès)			•	•
Certificat post mortem établi par le médecin spécifiant que le décès est naturel ou accidentel			•	
Copie du livret de famille du défunt ou acte de mariage, à défaut, acte de naissance du défunt			•	
Acte de naissance de chaque enfant bénéficiaire si le livret de famille du défunt n'est pas produit			•	•
Justificatif de la qualité de conjoint, ou à défaut d'ayant droit, ainsi que les numéros de Sécurité sociale des ayants droit			•	
Acte de naissance de chaque bénéficiaire lorsque le bénéficiaire est un ascendant du salarié ou un bénéficiaire désigné (autre que conjoint et enfants) ou un héritier			•	
Photocopie du dernier avis d'imposition du salarié, et le cas échéant, du concubin ou partenaire de PACS		•	•	•
En présence d'enfants à charge, certificat de scolarité, ou à défaut, pour les enfants de plus de 18 ans, copie du certificat d'apprentissage			•	•
Si personne infirme à charge, carte d'invalidité civil ou d'attribution de l'allocation pour adulte handicapé			•	•
S'il y a lieu, attestation de concubinage délivrée par la mairie, photocopie du livret de famille pour les concubins ayant des enfants en commun ou, à défaut, déclaration sur l'honneur accompagnée d'un justificatif de domicile commun (quittance de loyer aux deux noms, quittance d'électricité, de téléphone, ...)			•	
S'il y a lieu, attestation établissant l'engagement dans les liens d'un PACS, délivrée par le greffe du tribunal d'instance du lieu de naissance (attestation de moins de 3 mois)			•	
Notification de la pension d'invalidité de la Sécurité sociale 3e catégorie (ou IPP = 100%)			•	
Justificatifs utiles de l'identité, la qualité et l'adresse des bénéficiaires (le bénéficiaire pouvant être l'assuré)	•	•	•	•
Attestation d'inscription à Pôle emploi (en cas de demande du bénéfice de la portabilité)	•	•	•	•
Copie certifiée conforme du jugement de tutelle nommant le représentant légal des orphelins			•	•
Facture acquittée des frais relatifs aux obsèques de la personne couverte			•	

L'Organisme assureur se réserve le droit de réclamer toute autre pièce nécessaire aux paiements des prestations.

