

prévoyance



ENSEMBLE
DU PERSONNEL

CONDITIONS GÉNÉRALES

CONTRAT COLLECTIF DE PRÉVOYANCE À ADHÉSION OBLIGATOIRE

Convention collective nationale des établissements
et services pour personnes inadaptées et handicapées
du 15 mars 1966 – IDCC n° 413



EDITION 2016



PRÉAMBULE

Par avenants n° 332 du 4 mars 2015 et 335 du 4 décembre 2015, les organisations d'employeurs et les organisations syndicales de salariés ont redéfini les conditions de couverture minimale du régime de prévoyance conventionnel institué par l'article 42 des dispositions permanentes et par l'article 7 de l'annexe VI de la Convention collective nationale de travail du 15 mars 1966.

Le contrat collectif à adhésion obligatoire est composé des présentes conditions générales et des conditions particulières et/ou bulletin d'adhésion obligatoirement joints.

Les conditions générales définissent les garanties, les conditions de leur application, les formalités à accomplir, les justificatifs à fournir et indiquent également les obligations des parties contractantes, les clauses édictant les nullités, les exclusions ou les limitations des garanties ainsi que les délais de prescription.

Les conditions particulières et/ou bulletin d'adhésion définissent, notamment, la date de prise d'effet du contrat, les catégories de salariés assurées, et les taux de cotisation appliqués.

Seules les entreprises relevant du champ d'application de la convention collective nationale de travail du 15 mars 1966 peuvent souscrire le contrat au plus tôt au 1^{er} janvier 2016, date d'effet de l'avenant n° 335.

Tous les contrats souscrits auprès des organismes assureurs tels que définis à l'article 2 dans le cadre des présentes conditions générales feront l'objet d'un suivi technique mutualisé ; toute évolution des conditions d'assurance s'appliquera à l'ensemble des contrats.

Sommaire

PRÉAMBULE	3
I. DISPOSITIONS GÉNÉRALES	6
CHAPITRE I. ARTICULATION DU CONTRAT	6
Article 1. Objet du contrat	6
Article 2. Intervenants au contrat	6
CHAPITRE II. PRISE D'EFFET, DURÉE, OBLIGATIONS DES PARTIES, RÉVISION ET RÉSILIATION DU CONTRAT	6
Article 3. Prise d'effet, durée et renouvellement	6
Article 4. Obligations des organismes assureurs	6
Article 5. Obligations du souscripteur	7
Article 6. Révision du contrat	7
Article 7. Résiliation	8
CHAPITRE III. ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE DES SINISTRES EN COURS	8
Article 8. Engagements de l'organisme assureur	8
Article 9. Financement de la prise en charge des sinistres en cours	9
CHAPITRE IV. DURÉE DES GARANTIES	9
Article 10. Modalités et prise d'effet de l'affiliation	9
Article 11. Terme des garanties	9
Article 12. Suspension des garanties	9
Article 13. Maintien des garanties	9
CHAPITRE V. COTISATIONS	11
Article 14. Base de calcul, taux et révision des cotisations	11
Article 15. Conditions de paiement des cotisations	11
Article 16. Exonération du paiement des cotisations	11
Article 17. Défaut de paiement des cotisations	11
CHAPITRE VI. PRESTATIONS	11
Article 18. Salaires de référence servant de base au calcul des prestations	11
Article 19. Principe indemnitaire	12
Article 20. Revalorisations	12
Article 21. Risques exclus et déchéance	13
CHAPITRE VII. DISPOSITIONS DIVERSES	13
Article 22. Contrôles	13
Article 23. Litiges médicaux	13
Article 24. Réclamations et litiges	13
Article 25. Organisme de contrôle	14
Article 26. Loi informatique et libertés	14
Article 27. Prescription	14
Article 28. Fausse déclaration	14
Article 29. Subrogation	14
Article 30. Territorialité	14

II. CONDITIONS GÉNÉRALES PAR GARANTIE	15
CHAPITRE VIII. DÉFINITIONS	15
CHAPITRE IX. CAPITAL DÉCÈS OU INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE	15
Article 31. Capital décès ou invalidité absolue définitive toutes causes	15
Article 32. Garantie double effet	15
Article 33. Bénéficiaires des prestations	16
Article 34. Conditions de règlement des prestations	16
CHAPITRE X. GARANTIE RENTE ÉDUCATION	16
Article 35. Rente éducation	16
Article 36. Bénéficiaires de la prestation	16
Article 37. Rente temporaire substitutive de conjoint	16
Article 38. Conditions de règlement des prestations	16
Article 39. Terme de l'indemnisation	17
CHAPITRE XI. GARANTIE RENTE HANDICAP	17
Article 40. Objet de la garantie	17
Article 41. Montant de la rente	17
Article 42. Reconnaissance de l'état de handicap	17
Article 43. Conditions de règlement des prestations	17
Article 44. Terme de l'indemnisation	17
CHAPITRE XII. GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE	17
Article 45. Objet de la garantie	17
Article 46. Point de départ de l'indemnisation	17
Article 47. Montant des prestations garanties	18
Article 48. Terme de l'indemnisation	18
Article 49. Rechute	18
Article 50. Conditions de règlement des prestations	18
CHAPITRE XI. GARANTIE INVALIDITÉ – INCAPACITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE	18
Article 51. Garantie invalidité	18
Article 52. Garantie incapacité permanente professionnelle	19
Article 53. Point de départ du service des prestations	19
Article 54. Terme de l'indemnisation	19
Article 55. Conditions de règlement des prestations	19
ANNEXE I. PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR POUR TOUTE DEMANDE DE PRESTATIONS	20
ANNEXE II. MAINTIEN FACULTATIF DES GARANTIES DÉCÈS EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL NON INDEMNISÉE	21



I. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

CHAPITRE I. ARTICULATION DU CONTRAT

ARTICLE 1. OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat d'assurance collective à adhésion obligatoire a pour objet de faire bénéficier l'ensemble des salariés tels que définis à l'article 2 ci-après des garanties de prévoyance définies au titre II des présentes conditions générales.

Il est composé des présentes conditions générales et des conditions particulières et/ou bulletin d'adhésion obligatoirement joints, ces derniers prévalant sur les conditions générales.

Lors de la réalisation des risques garantis, les prestations sont versées selon les modalités définies par les présentes conditions générales et les conditions particulières.

Les présentes conditions générales associées aux conditions particulières et/ou bulletin d'adhésion organisent la mise en œuvre du régime de prévoyance collectif à adhésion obligatoire mis en place par le souscripteur au profit de l'ensemble des salariés définis à l'article 2.

ARTICLE 2. INTERVENANTS AU CONTRAT

Les intervenants au contrat sont :

■ **Soit AG2R RÉUNICA PRÉVOYANCE, membre d'AG2R LA MONDIALE**
Institution de prévoyance relevant du Code de la Sécurité sociale,
Siège social : 104-110, boulevard Haussmann, 75008 PARIS, membre du GIE AG2R RÉUNICA ;

■ **Soit APICIL PRÉVOYANCE,**
Institution de prévoyance, régie par les dispositions du titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale,
Siège social : 38, rue François Peissel, 69300 CALUIRE-ET-CUIRE ;

■ **Soit HUMANIS PRÉVOYANCE,**
Institution de prévoyance relevant du Code de la Sécurité sociale,
Siège social : 29, boulevard Edgar Quinet, 75014 PARIS ;

■ **Soit MALAKOFF MÉDÉRIC PRÉVOYANCE,**
Institution de Prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale.
Siège social : 21, rue Laffitte, 75009 PARIS ;

■ **Soit MUTEX,**
Société anonyme à directoire et conseil de surveillance au capital de 37 302 300 euros, inscrite au Registre du Commerce et des sociétés de Nanterre sous le numéro 529 219 040, entreprise régie par le Code des assurances.
Siège social : 125, avenue de Paris - 92327 CHÂTILLON Cedex ;
La gestion étant confiée à la Mutuelle Chorum : 4-8, rue Gambetta, 92240 MALAKOFF ;

■ **l'OCIRP (Organisme commun des institutions de rentes et de prévoyance),** Union d'Institutions de prévoyance relevant du Code de la Sécurité sociale,
Siège social : 17, rue de Marignan, 75008 PARIS.
Assureur des garanties rente éducation, rente de conjoint substitutive et rente handicap.

MUTEX, AG2R RÉUNICA PRÉVOYANCE, MALAKOFF MÉDÉRIC PRÉVOYANCE, HUMANIS PRÉVOYANCE et APICIL PRÉVOYANCE gèrent les garanties « rente éducation », « rente substitutive de conjoint », et « rente handicap », au nom et pour le compte de l'OCIRP.

L'entreprise choisit librement l'organisme assureur auprès duquel elle souhaite souscrire le contrat. L'organisme assureur retenu est l'interlocuteur unique de l'entreprise et des salariés, et est ci-après dénommé « **l'organisme assureur** », le cas échéant représenté par « **l'organisme gestionnaire** ».

Ci-après dénommés les organismes assureurs,

La personne morale signataire des conditions particulières et/ou bulletin d'adhésion, relevant du champ d'application de la Convention Collective Nationale de travail du 15 mars 1966 (établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées),

Ci-après dénommée le souscripteur/l'adhérent,

L'ensemble des salariés cadres, c'est-à-dire le personnel relevant des articles 4 et 4 bis de la CCN de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947, et l'ensemble des salariés non cadres, c'est à dire le personnel ne relevant pas des articles 4 et 4 bis de la CCN de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947, sous contrat de travail et affiliés au régime général de la Sécurité sociale, dûment affiliés au contrat.

L'affiliation des salariés tels que définis ci-dessus présente un caractère obligatoire.

Ci-après dénommés les assurés,

CHAPITRE II. PRISE D'EFFET, DURÉE, OBLIGATIONS DES PARTIES, RÉVISION ET RÉSILIATION DU CONTRAT

ARTICLE 3. PRISE D'EFFET, DURÉE ET RENOUVELLEMENT

Le présent contrat prend effet à la date fixée aux conditions particulières et/ou au bulletin d'adhésion et au plus tôt au jour de la prise d'effet de l'avenant n° 335 du 4 décembre 2015.

Il est souscrit dans le cadre de l'année civile et vient à échéance le 31 décembre de l'année de sa prise d'effet.

Le contrat est renouvelable au 1^{er} janvier de chaque année par tacite reconduction sauf résiliation par le souscripteur ou par les organismes assureurs dans les conditions définies à l'article 7.

ARTICLE 4. OBLIGATIONS DES ORGANISMES ASSUREURS

Les organismes assureurs s'engagent à établir une notice d'information, destinée à chaque salarié, qui définit les garanties prévues par le présent contrat et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque.

La notice précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garanties ainsi que les délais de prescription.

ARTICLE 5. OBLIGATIONS DU SOUSCRIPTEUR

Le souscripteur s'engage à affilier tous les salariés présents et futurs répondant aux conditions définies au présent contrat.

Le souscripteur s'engage à remettre à chaque assuré un exemplaire de la notice d'information établie par les organismes assureurs. Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des assurés, par voie d'avenant ou lettre avenant au contrat, le souscripteur est également tenu d'en informer chaque assuré par écrit et de lui remettre une notice dûment actualisée en cas de modification de celle-ci, ou un additif établi à cet effet par les organismes assureurs.

La preuve de la remise de la notice d'information à l'assuré et des informations relatives aux modifications apportées au contrat incombe au souscripteur.

Le souscripteur s'engage à payer les cotisations à leur échéance suivant les modalités fixées aux présentes Conditions générales.

Le souscripteur doit adresser à l'organisme assureur au plus tard dans le mois suivant l'événement les pièces suivantes :

5.1. À LA SOUSCRIPTION

■ Un état nominatif du personnel à assurer par catégorie professionnelle indiquant pour chaque intéressé :

- son n° de Sécurité sociale ;
- ses nom et prénoms ;
- son sexe ;
- sa date de naissance ;
- sa date d'embauche ;
- sa situation de famille (célibataire, marié, veuf, divorcé, concubin, pacsé et nombre d'enfants à charge) telle que connue et déclarée auprès du souscripteur ;
- le salaire annuel brut servant au calcul des cotisations, visé à l'article 14.1 ci-après.
- Une liste déclarative des sinistres en cours, c'est-à-dire des personnes se trouvant dans l'une des situations suivantes au jour de la date d'effet du contrat et survenues antérieurement à cette date.
 - Les salariés en activité ou en arrêt de travail se trouvant en incapacité temporaire de travail, en temps partiel thérapeutique, en invalidité ou en incapacité permanente professionnelle, indemnisés à ce titre par la Sécurité sociale, ou non (exclusivement dans ce dernier cas au profit des salariés ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison d'une durée d'activité salariée ou d'un montant cotisé insuffisant),
 - les salariés en activité ou en arrêt de travail, ou anciens salariés bénéficiant de prestations incapacité temporaire de travail, de pensions d'invalidité ou de rentes d'incapacité permanente professionnelle au titre d'un contrat de prévoyance collective souscrit antérieurement à la date d'effet du présent contrat,
 - les bénéficiaires de rentes de conjoint ou d'éducation ou handicap en vertu d'un contrat de prévoyance collective souscrit antérieurement à la date d'effet du présent contrat,
 - les anciens salariés bénéficiaires de prestations au titre de la portabilité des droits en application de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale.

■ Un état nominatif des salariés en congé de maternité, paternité ou adoption, et ceux dont le contrat de travail est suspendu.

■ Un état nominatif par catégorie professionnelle des anciens salariés bénéficiaires du maintien des garanties prévu par le précédent contrat de prévoyance collective au titre de la portabilité des droits en application de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale indiquant pour chaque intéressé :

- son n° de Sécurité sociale ;
- ses nom et prénoms ;
- son sexe ;
- sa date de naissance ;
- la date de cessation de son contrat de travail ;
- le salaire annuel brut soumis à cotisation de Sécurité sociale précédant cette date de cessation ;
- la période de maintien de garanties.

5.2. EN COURS D'EXERCICE

- entrée des nouveaux assurés : les pièces prévues au 5.1. ;
- sortie des assurés : un état rectificatif du personnel indiquant les dates et le motif de départ ;
- modifications de situation de famille : un état récapitulatif du personnel assuré tel que prévu au 5.1. avec l'indication des changements de situation de famille et leur date de survenance ;
- un état rectificatif des personnes dont le contrat de travail est suspendu indiquant les dates de suspension ou de reprise d'activité.

5.3. EN CAS DE CHANGEMENT DE PÉRIMÈTRE

Le souscripteur s'engage à informer l'organisme assureur en cas de modification ou de création d'établissements, ou de changement de convention collective applicable.

En cas d'entrée de nouveaux salariés, notamment dans le cadre d'une fusion avec une autre entreprise ou d'une opération assimilée, ou d'un rachat d'établissement, le souscripteur devra transmettre, au plus tard dans le mois suivant cet événement, une liste des personnes se trouvant, le jour précédant la date de cette opération, dans l'une des situations de « sinistres en cours » définies à l'article 5.1.

5.4. À CHAQUE RENOUVELLEMENT DU CONTRAT

Avant le 31 janvier de chaque année, un état récapitulatif du personnel assuré tel que prévu au point 5.1 ci-dessus.

Le souscripteur atteste sur l'honneur la sincérité des indications contenues dans les états mentionnés ci-dessus.

ARTICLE 6. RÉVISION DU CONTRAT

Le niveau des garanties ainsi que les taux de cotisation ont été définis au regard notamment des dispositions légales, réglementaires, fiscales et conventionnelles en vigueur à la date de la prise d'effet du contrat. Les changements apportés à ces conditions postérieurement à la date d'effet du contrat ne sauraient avoir pour effet d'augmenter l'étendue des engagements des organismes assureurs. Toute modification de ces éléments pourra faire l'objet d'une proposition de révision des cotisations et/ou des garanties par les organismes assureurs au souscripteur, préalablement négociée par la Commission nationale de négociation, et sera formalisée par voie de lettre avenant ou d'avenant signé par les parties.

En cas de désaccord entre le souscripteur et les organismes assureurs, ces derniers pourront mettre en œuvre la faculté de résiliation prévue à l'article 7 « Résiliation » par l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception à l'autre partie avant le 31 octobre précédant l'échéance annuelle du contrat.

Jusqu'à la date de prise d'effet de l'avenant ou de la lettre-avenant, ou de la résiliation du présent contrat, les prestations demeurent calculées sur la base de la réglementation antérieurement en vigueur.

ARTICLE 7. RÉSILIATION

Le présent contrat peut être résilié à chaque échéance annuelle à la demande du souscripteur ou des organismes assureurs, par lettre recommandée avec avis de réception, sous réserve de respecter un délai de préavis d'une durée de 2 mois avant cette échéance, soit avant le 31 octobre précédant la date de son renouvellement.

Par ailleurs, en cas de défaut de paiement des cotisations, le contrat peut être résilié dans les conditions définies à l'article 17 ci-après.

Si le souscripteur ne relève plus du champ d'application de la Convention collective nationale de travail du 15 mars 1966, le contrat est résilié à la date de changement d'activité de son entreprise.

CHAPITRE III. ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE DES SINISTRES EN COURS

ARTICLE 8. ENGAGEMENTS DE L'ORGANISME ASSUREUR

Conformément aux dispositions relatives à la prise en charge des sinistres en cours prévues à l'avenant n° 335 et en application de la loi n° 89.1009 du 31 décembre 1989 (dite loi EVIN), de la loi n° 94.678 du 8 août 1994 relative à la protection sociale complémentaire des salariés et de la loi n° 2001-624 du 17 juillet 2001, les parties conviennent d'organiser la prise en charge des sinistres en cours tels que définis à l'article 5.1 ci-avant, dans les conditions suivantes.

8.1. Concernant les salariés en arrêt ou en activité se trouvant en incapacité temporaire de travail, en temps partiel thérapeutique, en invalidité ou incapacité permanente professionnelle le jour de la date d'effet du contrat, étant indemnisés ou non par la Sécurité sociale (exclusivement dans ce dernier cas au profit des salariés ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison d'une durée d'activité salariée ou d'un montant cotisé insuffisant et sous réserve d'une décision favorable du médecin conseil ou contrôleur des organismes assureurs), et non assurés au titre d'un contrat de prévoyance collective, ou assurés uniquement pour des garanties décès ou pour des garanties ne permettant pas une indemnisation pour l'arrêt de travail en cours.

Les organismes assureurs leur garantissent, dès la date d'effet du contrat, le droit à prise en charge intégrale des garanties définies aux conditions générales.

8.2 Concernant les salariés et anciens salariés bénéficiant de prestations incapacité temporaire de travail, de pensions d'invalidité ou de rentes d'incapacité permanente professionnelle au titre d'un contrat de prévoyance collective souscrit antérieurement à la date d'effet du contrat.

■ En présence d'un contrat précédent assurant les garanties incapacité temporaire de travail, pensions d'invalidité, rentes d'incapacité permanente professionnelle et décès.

Les organismes assureurs garantissent à la date d'effet du contrat :

- les revalorisations futures des prestations périodiques en cours de service le jour de la date d'effet du contrat et celles qui seraient versées aux salariés et anciens salariés dont les droits aux prestations sont nés antérieurement à la date d'effet du contrat, y compris pour les anciens salariés bénéficiaires de prestations au titre de la portabilité des droits en application de l'article L.911-8 du code de la Sécurité sociale

durant la période de maintien de couverture,

- l'éventuel différentiel entre les garanties décès du présent contrat et celles du précédent contrat pour ces salariés dont le contrat de travail est en cours à la date d'effet du contrat,
- l'éventuel différentiel entre les garanties invalidité et incapacité permanente professionnelle du présent contrat et celles du précédent contrat pour ces salariés qui perçoivent des indemnités journalières.

■ En présence d'un contrat précédent assurant les garanties incapacité temporaire de travail, pensions d'invalidité et rentes d'incapacité permanente professionnelle

Les organismes assureurs garantissent à la date d'effet du contrat :

- les revalorisations futures des prestations périodiques en cours de service le jour de la date d'effet du contrat et celles qui seraient versées aux salariés et anciens salariés dont les droits aux prestations sont nés antérieurement à la date d'effet du contrat, y compris pour les anciens salariés bénéficiaires de prestations au titre de la portabilité des droits en application de l'article L.911-8 du code de la Sécurité sociale durant la période de maintien de couverture,
- le droit à prise en charge des garanties décès définies aux présentes conditions générales pour ces salariés dont le contrat de travail est en cours à la date d'effet du contrat.
- l'éventuel différentiel entre les garanties invalidité et incapacité permanente professionnelle du présent contrat et celles du précédent contrat pour ces salariés qui perçoivent des indemnités journalières.

■ En présence d'un contrat précédent assurant les garanties incapacité temporaire de travail, pensions d'invalidité et décès

Les organismes assureurs garantissent à la date d'effet du contrat :

- les revalorisations futures des prestations périodiques en cours de service le jour de la date d'effet du contrat et celles qui seraient versées aux salariés et anciens salariés dont les droits aux prestations sont nés antérieurement à la date d'effet du contrat, y compris pour les anciens salariés bénéficiaires de prestations au titre de la portabilité des droits en application de l'article L.911.8 du code de la Sécurité sociale durant la période de maintien de couverture,
- le droit à prise en charge de la garantie incapacité permanente professionnelle définie aux présentes conditions générales pour ces salariés dont le contrat de travail est en cours à la date d'effet du contrat,
- l'éventuel différentiel entre les garanties décès du présent contrat et celles du précédent contrat pour ces salariés,
- l'éventuel différentiel entre la garantie invalidité du présent contrat et celle du précédent contrat pour ces salariés qui perçoivent des indemnités journalières.

8.3 Concernant les bénéficiaires de rentes éducation, rentes handicap et de conjoint au titre d'un contrat de prévoyance collective souscrit antérieurement à la date d'effet du contrat.

Les organismes assureurs garantissent à la date d'effet du contrat les revalorisations futures des rentes en cours de service le jour de la date d'effet du contrat aux bénéficiaires dont les droits aux prestations sont nés antérieurement à la date d'effet du contrat.

Les bénéficiaires de ces dispositions sont les personnes déclarées par le souscripteur à l'adhésion conformément à l'article 5.1., dont la liste figure en annexe aux conditions particulières ou/et au bulletin d'adhésion.

ARTICLE 9. FINANCEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DES SINISTRES EN COURS

Les taux de cotisation définis aux conditions particulières et/ou au bulletin d'adhésion incluent le financement de la prise en charge des sinistres en cours pour les entreprises qui souscrivent le contrat avec une date d'effet au plus tard au 30 juin 2016.

Ce financement prend la forme d'une cotisation répartie par garantie, destinée à la prise en charge mutualisée des sinistres en cours au niveau de l'ensemble des contrats souscrits dans le cadre des présentes conditions générales.

Au-delà de ce délai, la prise en charge des sinistres en cours sera conditionnée au paiement d'une cotisation additionnelle et/ou d'une prime unique par le souscripteur. Ce financement sera formalisé aux conditions particulières et/ou au bulletin d'adhésion.

Lors d'un transfert de salariés dans le cadre d'une fusion avec une autre entreprise ou d'une opération assimilée, ou d'un rachat d'établissement, les modalités de prise en charge des sinistres en cours, déclarés par le souscripteur conformément à l'article 5.3, sont identiques et s'apprécient à la date d'effet de cette opération. Si la prise en charge des sinistres en cours donne lieu au paiement d'une cotisation additionnelle ou/et d'une prime unique, le financement sera alors formalisé par voie d'avenant au contrat.

CHAPITRE IV. DURÉE DES GARANTIES

ARTICLE 10. MODALITÉS ET PRISE D'EFFET DE L'AFFILIATION

L'affiliation des salariés prend effet :

- soit à la date de prise d'effet du présent contrat, pour les salariés sous contrat de travail à cette date,
- soit à compter de sa date d'entrée chez le souscripteur, lorsque le salarié est embauché postérieurement à la date d'effet du présent contrat,

sous réserve d'avoir été déclaré aux organismes assureurs dans le mois suivant et d'avoir effectivement pris ses fonctions.

Au-delà de ce délai, les garanties ne prennent effet qu'à partir de la réception par les organismes assureurs de la déclaration du souscripteur.

ARTICLE 11. TERME DES GARANTIES

Les garanties cessent :

- à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale de l'assuré, sauf s'il se trouve en situation de cumul emploi retraite, telle que définie par la législation en vigueur,
- à la date d'effet de la cessation du contrat de travail de l'assuré (notamment démission, licenciement, survenance du terme d'un contrat à durée déterminée), sauf s'il peut prétendre au maintien des garanties en tant qu'ancien salarié indemnisé au titre du régime d'assurance chômage tel que prévu à l'article 13.4 ci-après,
- et en tout état de cause, à la date de résiliation du présent contrat, sauf dispositions prévues à l'article 13.3 ci-après.

ARTICLE 12. SUSPENSION DES GARANTIES

Les garanties sont suspendues de plein droit pour les salariés dont le contrat de travail est suspendu, en dehors des cas visés au paragraphe 13.1 ci-dessous.

La suspension des garanties intervient à la date de suspension du contrat de travail.

Les garanties reprennent effet dès la reprise du travail par l'intéressé au sein de l'effectif assuré, sous réserve que l'organisme assureur en soit informé dans les trois mois suivant la reprise de travail. **Au-delà de ce délai, les garanties ne prennent effet qu'au 1^{er} jour du mois civil suivant la réception par l'organisme assureur de la déclaration de l'employeur.**

Pendant la période de suspension des garanties, aucune cotisation n'est due au titre de l'intéressé et les décès ou les arrêts de travail survenant durant cette période ne peuvent donner lieu à prise en charge au titre du présent contrat.

A compter du deuxième mois de suspension du contrat de travail (en dehors des cas visés au paragraphe 13.1 ci-dessous), ces salariés peuvent demander à bénéficier à titre facultatif du maintien des garanties décès, IAD, rente éducation, rente substitutive de conjoint et rente handicap dans les conditions définies en annexe II.

ARTICLE 13. MAINTIEN DES GARANTIES

13.1. MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL INDEMNISÉE

Lorsque la période de suspension du contrat de travail donne lieu à :

- un maintien total ou partiel de salaire versé par l'employeur,
- ou à une indemnisation complémentaire (indemnités journalières ou pension d'invalidité) financée au moins pour partie par l'employeur, et directement versée par ce dernier ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers,

les garanties définies au présent contrat sont maintenues au bénéfice du salarié pendant toute la période de suspension de son contrat de travail indemnisée sous réserve du paiement de la cotisation correspondante dans les conditions applicables aux salariés actifs relevant de la même catégorie, sauf en cas d'exonération du paiement de la cotisation telle que prévue à l'article 16.

Les garanties sont également maintenues pour les salariés dont le contrat de travail est suspendu suite à l'exercice du droit de grève et pour ceux bénéficiant d'un congé non rémunéré de toute nature, d'une durée maximale d'un mois consécutif dans les conditions indiquées ci-dessus.

13.2. MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE CESSATION DU CONTRAT DE TRAVAIL

À la date d'effet de la cessation de leur contrat de travail, les assurés en arrêt de travail pour maladie, accident, invalidité ou incapacité restent garantis pendant toute la durée de leur indemnisation dans les conditions contractuelles en vigueur au jour de la cessation de leur contrat de travail, dès lors qu'ils bénéficient à ce titre des prestations au titre du présent contrat ou que leurs droits à prestation sont nés antérieurement à la date de cessation de leur contrat de travail.

13.3. MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE RÉSILIATION DU PRÉSENT CONTRAT

Le bénéfice des garanties en cas de décès est maintenu pour les salariés ou anciens salariés bénéficiaires de prestations incapacité ou invalidité au titre du présent contrat, tant que se poursuit l'arrêt de travail ou le classement en invalidité ou incapacité permanente professionnelle en cause et ce, au niveau des prestations en vigueur au jour de la résiliation du présent contrat, y compris pour les anciens salariés bénéficiaires de prestations au titre de la portabilité des droits.

Les prestations périodiques en cours de service, ou résultant d'un événement garanti survenu antérieurement à la date de la résiliation du présent contrat, sont maintenues à la date d'effet de la résiliation jusqu'à l'extinction des droits, dans les conditions définies à l'article « Revalorisations ».

L'organisme assureur garantira les prestations en cas de passage en invalidité/IPP dans les conditions prévues aux présentes Conditions générales, des assurés indemnisés au titre de la garantie Incapacité temporaire à la date de résiliation du présent contrat.

Les organismes assureurs pourront proposer aux assurés la poursuite de la couverture de prévoyance dans le cadre d'un contrat à adhésion individuelle, sans condition de période probatoire, ni d'examen ou de questionnaire médical, sous réserve que le salarié en fasse la demande avant la fin du délai de préavis de résiliation du contrat collectif. Les conditions tarifaires appliquées seront celles du contrat proposé en vigueur à la date de résiliation du contrat collectif.

13.4. MAINTIEN DES GARANTIES DANS LE CADRE DE LA PORTABILITÉ DES DROITS

En application de l'article L 911-8 du Code de la Sécurité sociale, toutes les garanties définies au contrat sont maintenues aux anciens salariés du souscripteur, en cas de cessation de leur contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, et ce dans les conditions définies ci-après.

13.4.1. Bénéficiaires de la portabilité

Bénéficiaire du maintien des garanties, les anciens salariés :

- dont le contrat de travail est rompu : l'ensemble des motifs de cessation du contrat de travail sont admis (notamment licenciement à titre individuel ou pour motif économique, rupture conventionnelle, fin de contrat à durée déterminée, démission pour motif reconnu légitime par l'assurance chômage, convention de reclassement personnalisé) **à l'exception du licenciement pour faute lourde** ;
- justifiant auprès de l'organisme assureur leur prise en charge par le régime d'assurance chômage, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties ;
- et dont les droits à garanties ont été ouverts chez le souscripteur avant la cessation du contrat de travail.

13.4.2. Prise d'effet, durée et modalités du maintien de la couverture

Date d'effet

Le maintien des garanties prend effet le lendemain de la date de cessation du contrat de travail de l'ancien salarié.

Durée

L'ancien salarié bénéficie de ce maintien des garanties pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, arrondi au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois de couverture.

Les anciens salariés du souscripteur dont les droits à portabilité ont été ouverts avant la date d'effet du présent contrat bénéficient du maintien des garanties pendant toute la période de maintien de leurs droits restant à courir.

Il est précisé que la suspension du versement des allocations chômage n'a pas pour conséquence de prolonger d'autant la période de maintien de droits.

Cessation du maintien

Le maintien des garanties cesse :

- à la date de cessation de l'indemnisation de l'ancien salarié par le régime d'assurance chômage (notamment reprise d'activité professionnelle, liquidation de la pension de retraite de base) ou dès lors que l'assuré n'apporte plus la preuve de bénéficier de cette indemnisation ;

- en cas de résiliation du contrat collectif, à la date d'effet de la résiliation, sous réserve des dispositions prévues à l'article 13.4.5 ci-après ;
- en tout état de cause, à l'issue de la période de maintien à laquelle l'ancien salarié peut prétendre et au plus tard au terme d'un délai de 12 mois suivant la date de cessation du contrat de travail ;
- au jour du décès de l'assuré.

Obligation de l'ancien salarié

L'ancien salarié doit justifier auprès de l'organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions énoncées à l'article 13.4.1 ci-dessus et notamment de son indemnisation par le régime d'assurance chômage, s'il souhaite bénéficier du maintien des garanties.

L'ancien salarié bénéficiaire du maintien des garanties s'engage à cet égard à informer l'organisme assureur de toute modification de sa situation et notamment de la reprise d'une activité professionnelle et/ou de la cessation d'indemnisation par l'assurance chômage.

En cas de sinistre, l'ancien salarié devra compléter la demande de prestation et l'adresser à l'organisme assureur, accompagnée des pièces justificatives prévues au contrat, de l'attestation d'indemnisation par le régime d'assurance chômage, de la copie du certificat de travail et de l'attestation d'employeur destinée au régime d'assurance chômage.

13.4.3. Financement du maintien des garanties

Le maintien des garanties est financé par un système de mutualisation, intégré aux cotisations du contrat. A ce titre, les anciens salariés bénéficiaires du dispositif n'auront aucune cotisation à acquitter.

13.4.4. Garanties et prestations maintenues

Les garanties et prestations maintenues sont identiques à celles en vigueur pour la catégorie des salariés à laquelle appartenait l'ancien salarié avant la cessation de son contrat de travail, sous réserve des dispositions suivantes :

Base de calcul des prestations

La base de calcul des prestations à prendre en compte est le salaire de référence tel que défini à l'article 18 du chapitre VI « Salaire servant de base au calcul des prestations garanties », précédant la date de cessation du contrat de travail hors sommes de toute nature liées à la cessation du contrat de travail.

Montant des prestations

Pour le calcul des prestations et de la franchise incapacité temporaire de travail, **les obligations de l'employeur, légales, conventionnelles ou issues d'un accord d'entreprise, au titre du maintien de salaire, sont reconstituées** sur la base de ce que l'ancien salarié aurait perçu s'il était resté en activité. Les prestations et la franchise ainsi reconstituée viennent en déduction des prestations servies par le présent contrat au titre de la portabilité. De même, pour les anciens salariés qui ne satisfaisaient pas aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison d'une durée d'activité salariée ou d'un montant cotisé insuffisant, la prestation maintenue est calculée sur la base des indemnités journalières reconstituées de manière théorique.

Cumul des prestations

En tout état de cause, **les droits garantis par le contrat au titre de l'incapacité temporaire ne pourront pas conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage au titre de la même période.**

13.4.5. Modifications contractuelles – Résiliation

Toutes les modifications éventuelles apportées aux dispositions contractuelles applicables aux salariés en activité (notamment modification des garanties et des conditions de règlement), pendant la période de maintien des droits, seront opposables dans les mêmes conditions aux bénéficiaires de la portabilité.

En cas de résiliation du contrat, sont applicables, dans les mêmes conditions que pour les salariés en activité, l'ensemble des dispositions relatives :

- au maintien des garanties Décès aux anciens salariés en arrêt de travail à la date de résiliation,
- au versement au niveau atteint à la date de résiliation des prestations en cours de service sauf mention contraire figurant à l'article « Revalorisations »,
- à la proposition d'une couverture de prévoyance dans le cadre d'un contrat à adhésion individuelle.

13.4.6. Obligations de l'employeur

L'employeur doit remplir les obligations suivantes :

- porter une mention relative au maintien des garanties sur le certificat de travail,
- informer dans les plus brefs délais l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail ouvrant droit à la portabilité des droits (date et motif).

CHAPITRE V. COTISATIONS

ARTICLE 14. BASE DE CALCUL, TAUX ET RÉVISION DES COTISATIONS

14.1. BASE DE CALCUL DES COTISATIONS

Le salaire de référence a pour base de calcul le salaire annuel brut total soumis à cotisation Sécurité sociale dans la limite des tranches mentionnées aux conditions particulières ou bulletin d'adhésion. On entend par :

- tranche A : partie du salaire annuel brut limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale ;
- tranche B : partie du salaire annuel brut comprise entre le plafond de la tranche A et quatre fois ce plafond ;
- tranche C : partie du salaire annuel brut comprise entre le plafond de la tranche B et huit fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.

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

14.2. TAUX DE COTISATION

Les taux de cotisation sont fixés aux conditions particulières et/ou bulletin d'adhésion en pourcentage de la base de calcul des cotisations telle que défini ci-avant.

14.3. RÉVISION DES TAUX DE COTISATION

Les taux de cotisation sont révisables en fonction des résultats techniques mutualisés de l'ensemble des contrats souscrits dans le cadre des présentes conditions générales nonobstant les révisions liées à tout changement législatif ou réglementaire conformément aux dispositions de l'article 6 « révision du contrat ».

ARTICLE 15. CONDITIONS DE PAIEMENT DES COTISATIONS

La cotisation annuelle est payable par le souscripteur aux organismes assureurs trimestriellement à terme échu, au plus tard dans les 10 jours qui suivent la fin de chaque trimestre civil.

Le règlement est accompagné, en retour, de l'avis d'appel de cotisations adressé par les organismes assureurs, et dûment complété par le souscripteur.

Le souscripteur est seul responsable du paiement de la totalité des cotisations, y compris les parts salariales précomptées sur le salaire des assurés.

ARTICLE 16. EXONÉRATION DU PAIEMENT DES COTISATIONS

Le souscripteur est exonéré du paiement de la cotisation pour les assurés en arrêt de travail dès lors qu'ils sont bénéficiaires d'indemnités journalières, de rentes ou de pensions complémentaires servies par le contrat au titre de l'incapacité temporaire de travail, de l'invalidité, de l'incapacité permanente professionnelle, ou en congé légal de maternité, et qu'ils ne perçoivent plus aucune rémunération.

L'exonération des cotisations cesse en cas de reprise du travail à temps partiel ou complet de l'assuré, la cotisation étant alors due sur la base du salaire versé par l'employeur.

ARTICLE 17. DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

A défaut de paiement des cotisations dans les dix jours suivant l'échéance, l'organisme assureur adresse une lettre de mise en demeure par lettre recommandée avec avis de réception. Dans cette lettre de mise en demeure, l'organisme assureur informe le souscripteur des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite des garanties.

En cas de non-paiement des cotisations, trente jours après l'envoi d'une mise en demeure restée sans effet, l'organisme assureur se réserve le droit de suspendre les garanties, la résiliation intervenant quarante jours après l'envoi de la mise en demeure.

Le contrat non résilié reprend pour l'avenir ses effets, à midi le lendemain du jour où ont été payées à l'assureur ou au mandataire désigné par lui à cet effet, la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

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

CHAPITRE VI. PRESTATIONS

ARTICLE 18. SALAIRES DE RÉFÉRENCE SERVANT DE BASE AU CALCUL DES PRESTATIONS

Les prestations sont exprimées en pourcentage du salaire de référence dans les limites des tranches de salaire ayant donné lieu à cotisation telles que fixées aux conditions particulières ou bulletin d'adhésion.

18.1. SALAIRE SERVANT DE BASE AU CALCUL DES PRESTATIONS DÉCÈS ET RENTES ÉDUCATION / SUBSISTIVE DE CONJOINT / RENTE HANDICAP

Le salaire de référence est le salaire brut fixe ayant servi d'assiette aux cotisations au cours des douze mois civils précédant l'événement ouvrant droit aux prestations.

Ce salaire comprend, éventuellement, les rémunérations variables supplémentaires, régulièrement perçues (notamment 13^e mois, prime de vacances) au cours de l'année civile d'assurance, à l'exclusion des primes à périodicité plus longue que l'année (notamment prime de départ à la retraite).

Lorsque la période de douze mois est incomplète, le salaire de référence défini ci-dessus est reconstitué sur la base du salaire du ou des derniers mois civils d'activité ayant donné lieu à cotisation.

Dans le cas où l'assuré percevrait des prestations au titre du présent régime de prévoyance au cours de cette période (indemnités journalières ou rentes invalidité / I.P.P.), le capital et les rentes éducation ou rentes substitutives de conjoint seront calculés sur la base du salaire de référence retenu pour le calcul des dernières prestations converti en brut, y compris les éventuelles revalorisations.

18.2. SALAIRE SERVANT DE BASE AU CALCUL DES PRESTATIONS INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL – INVALIDITÉ / INCAPACITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE

Le salaire de référence est le salaire net à payer d'activité versé par l'employeur à l'assuré au cours des douze derniers mois civils précédant la date de l'événement ouvrant droit aux prestations.

Ce salaire comprend, éventuellement, les rémunérations variables supplémentaires, régulièrement perçues (notamment 13^e mois, prime de vacances) au cours de l'année civile d'assurance, à l'exclusion des primes à périodicité plus longue que l'année (notamment prime de départ à la retraite).

Lorsque la période de douze mois est incomplète, le salaire de référence est reconstitué sur la base du salaire net du ou des derniers mois civils d'activité ayant donné lieu à cotisation.

En cas d'arrêt de travail au cours de cette période, le salaire net à payer d'activité est entièrement reconstitué.

ARTICLE 19. PRINCIPE INDEMNITAIRE

Le total des prestations complémentaires versées à l'assuré ne devra pas, en s'ajoutant aux indemnités, pensions ou rentes servies par la Sécurité sociale, au salaire versé par l'employeur (pour une activité à temps complet ou à temps partiel), à tout autre revenu du travail et aux allocations versées par le régime d'assurance chômage et/ou toute prestation de même nature versée par tout autre organisme assureur, permettre à l'assuré de percevoir en net plus que son salaire net d'activité tel qu'il est défini ci-après.

On entend par « salaire d'activité » :

- si le salarié n'exerce plus d'activité, le salaire de référence servant de base au calcul de la prestation, revalorisé sur la base du taux de revalorisation tel que défini au contrat ;
- si le salarié exerce une activité à temps partiel, le salaire perçu par le salarié pendant la période objet de l'indemnisation reconstitué à hauteur de son temps de travail contractuel au titre du mois indemnisé.

En cas de dépassement, la prestation complémentaire servie sera réduite à due concurrence. Le cas échéant, les prestations ou fractions de prestations indûment versées pourront être réclamées.

En cas d'incapacité temporaire, les prestations sont réglées par l'organisme assureur au souscripteur tant que le contrat de travail n'est pas rompu, à charge pour ce dernier de les reverser à l'assuré après calcul et précompte des charges sociales. Il appartient à l'entreprise de veiller à ce que le principe indemnitaire énoncé ci-dessus soit respecté et, le cas échéant, d'informer l'organisme assureur en cas de dépassement du niveau maximum de prestation.

ARTICLE 20. REVALORISATIONS

20.1. REVALORISATION DU SALAIRE DE RÉFÉRENCE SERVANT DE BASE AU CALCUL DES PRESTATIONS

En cours de vie du contrat, le salaire de référence est revalorisé pour le calcul des prestations invalidité, incapacité permanente professionnelle et décès, lorsque l'assuré justifie ou justifiait d'un arrêt de travail indemnisé par la Sécurité sociale ou non [exclusivement dans ce dernier cas au profit des salariés ne satisfaisant pas aux

conditions d'ouverture des droits en espèces de la Sécurité sociale et indemnisés par le contrat] d'une durée égale ou supérieure à 180 jours continus, à la date de mise en invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle ou à celle de son décès.

Le taux de revalorisation est fixé par référence à la variation du point de retraite AGIRC constatée entre le début de l'arrêt de travail de l'assuré et la date de mise en invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle ou à celle de son décès.

Lorsqu'une période d'arrêt de travail pour maladie ou accident intervient avant la survenance du décès ou la constatation de l'IAD, l'assiette des prestations de la rente éducation, de la rente substitutive de conjoint et de la rente handicap correspond au dernier salaire annuel brut effectivement versé au salarié, revalorisé selon un indice fixé annuellement par le conseil d'administration de l'OCIRP, et tenant compte notamment de l'inflation.

20.2. REVALORISATION DES PRESTATIONS PÉRIODIQUES EN COURS DE SERVICE

Au titre des garanties Incapacité temporaire totale et invalidité – incapacité permanente professionnelle.

En cours de vie du contrat, les prestations périodiques en cours de service sont revalorisées en fonction de l'évolution du point de retraite AGIRC, au 1^{er} juillet de chaque année, sous réserve lorsque le bénéficiaire est l'assuré, qu'il justifie d'un arrêt de travail d'une durée égale ou supérieure à 180 jours continus à la date d'application de la revalorisation. La première revalorisation sera donc mise en œuvre au plus tôt à compter du 181^e jour d'arrêt de travail continu.

Le taux de revalorisation est fixé par référence à la variation du point de retraite AGIRC constatée entre le début de l'arrêt de travail de l'assuré et la date à laquelle ce dernier peut prétendre contractuellement au versement des prestations.

Au titre des garanties rente éducation, rente substitutive de conjoint et rente handicap.

Les rentes éducation, substitutive de conjoint et handicap sont revalorisées chaque année selon les coefficients fixés par le conseil d'administration de l'OCIRP.

En cas de résiliation du présent contrat, le salaire de référence et les prestations ne seront plus revalorisés à la date d'effet de la résiliation, les prestations seront servies à leur niveau atteint à cette date.

20.3. REVALORISATION DES PRESTATIONS DUES À COMPTER DU DÉCÈS OUVRANT DROIT À PRESTATIONS

Conformément à l'article L. 132-5 du Code des assurances, les capitaux dus à compter du décès ouvrant droit à prestations, à l'exclusion des capitaux versés en cas d'accident, font l'objet d'une revalorisation à compter du décès ouvrant droit à prestations jusqu'à la réception de la totalité des pièces nécessaires au paiement des prestations par application d'un taux annuel égal au taux le moins élevé des deux taux visés au 2^o de l'article R. 132-3-1 du Code des assurances.

20.4. REVALORISATION DES ARRÉRAGES DE RENTES ENTRE LE DÉCÈS OUVRANT DROIT AUX PRESTATIONS ET LA DATE DE RÉCEPTION DES PIÈCES NÉCESSAIRES AU PAIEMENT DES PRESTATIONS.

Les arrérages de rentes échus entre la date du décès ouvrant droit à prestations et la date de réception de la totalité des pièces nécessaires au paiement des prestations font l'objet d'une revalorisation, conformément à l'article L. 132-5 du Code des assurances. Durant la période se situant entre la date du décès ouvrant droit à prestations et la date d'échéance de l'arrérage, les modalités de revalorisation sont celles définies à l'article 20.2.

A compter de la date d'échéance de l'arrérage et jusqu'à la date de réception de la totalité des pièces nécessaires au paiement des prestations, l'arrérage est revalorisé par application d'un taux annuel égal au taux le moins élevé des deux taux visés au 2° de l'article R. 132-3-1 du Code assurances.

ARTICLE 21. RISQUES EXCLUS ET CAUSES DE DÉCHÉANCE

Ne sont pas pris en charge les sinistres résultant :

- du fait intentionnel de l'assuré provoquant une incapacité temporaire ou permanente,
- du fait d'une guerre étrangère à laquelle la France serait partie sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à venir,
- du fait d'une guerre étrangère ou civile dès lors que l'assuré y prend une part active,
- du fait de sinistres survenus à la suite des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de la transmutation de noyaux atomiques,
- d'un acte effectué sous l'emprise de l'ivresse si le taux d'alcoolémie est égal ou supérieur à la limite fixée par le Code de la route en vigueur au moment de l'accident, de l'utilisation de stupéfiants ou de substances médicamenteuses en l'absence ou en dehors des limites des prescriptions médicales.

Le bénéficiaire ayant fait l'objet d'une condamnation pénale pour l'homicide volontaire ou la tentative d'homicide volontaire de l'assuré est déchu de tout droit au capital décès, à la rente handicap, à la rente éducation ou à la rente substitutive de conjoint. Le capital est versé aux autres bénéficiaires, à l'exception de ceux reconnus comme co-auteurs ou complices.

CHAPITRE VII. DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 22. CONTRÔLES

Les organismes assureurs peuvent à tout moment :

- faire procéder à toute visite médicale, tout contrôle et toute enquête qu'ils jugeraient nécessaires pour se prononcer sur l'ouverture ou la poursuite du service des prestations,
- effectuer eux-même les enquêtes et contrôles administratifs qu'ils estiment utiles.

Le service des prestations peut être refusé ou suspendu si l'intéressé refuse ces contrôles ou refuse de fournir les pièces justificatives demandées par les organismes assureurs.

La situation médicale de l'assuré peut conduire les organismes assureurs à adopter une position différente de celle de la Sécurité sociale par rapport au service des prestations d'incapacité de travail et d'invalidité permanente.

ARTICLE 23. LITIGES MÉDICAUX

En cas de contestation médicale, celle-ci est appréciée en dernier ressort par un médecin arbitre désigné d'un commun accord par le médecin conseil ou contrôleur des organismes assureurs et le médecin traitant.

Dans le cas où cet accord ne pourrait être réalisé, le médecin arbitre sera désigné, à la demande des deux médecins, par le président du tribunal de grande instance du domicile de l'assuré.

Les conclusions de cette expertise seront opposables à l'organisme assureur et à l'assuré, sans que ce dernier ne puisse se prévaloir de la poursuite éventuelle d'une indemnisation par la Sécurité sociale.

Les honoraires du médecin conseil ou contrôleur ou du médecin expert choisi par les organismes assureurs pour les représenter lors de l'arbitrage restent à la charge des organismes assureurs ainsi que les honoraires et les frais de nomination du médecin arbitre. Toutefois, dans l'hypothèse où le tiers expert confirmerait la décision prise à l'égard de l'assuré, les honoraires et les frais de nomination du médecin arbitre seraient à la charge de l'assuré.

ARTICLE 24. RÉCLAMATIONS ET LITIGES

Pour toute réclamation, ou tout litige, le souscripteur et les assurés peuvent s'adresser au médiateur de l'organisme assureur de son contrat, expressément désigné aux conditions particulières ou au bulletin d'adhésion qu'il a souscrit, parmi les suivants :

- Pour AG2R RÉUNICA PRÉVOYANCE : Direction de la qualité, 104-110, boulevard Haussmann, 75379 PARIS Cedex 8.
- Pour APICIL PRÉVOYANCE : au service Relations clients, Groupe APICIL, 38 rue François Peissel, 69300 CALUIRE-et-CUIRE.
- Pour HUMANIS PRÉVOYANCE : à Humanis Prévoyance, Satisfaction clients, 303, rue Gabriel Debacq, 45777 SARAN Cedex, Tél. : 0 969 39 08 33 (appel non surtaxé).
- Pour MALAKOFF MÉDÉRIC PRÉVOYANCE : Service Réclamations Entreprises/Particuliers, 21 rue laffitte 75009 PARIS (ou par e-mail : reclamation-entreprise@malakoffmederic.com / reclamation-particulier@malakoffmederic.com).
- Pour MUTEX : à la mutuelle Chorum.

Après son intervention, si la réclamation n'était pas réglée, ils peuvent écrire à MUTEX, Service Qualité Relation Adhérent, 125, avenue de Paris, 92327 Châtillon Cedex, en joignant la copie des réponses écrites qui leur ont été faites.

Pour les réclamations relatives aux garanties rente éducation, rente de conjoint substitutive et rente handicap, les organismes assureurs précédemment mentionnés sont mandatés par l'OCIRP pour la gestion des réclamations des garanties dont il est l'assureur.

En cas de désaccord sur la réponse donnée, la réclamation peut être adressée :

- Pour AG2R RÉUNICA PRÉVOYANCE : au conciliateur du groupe AG2R MONDIALE, 32 avenue Emile Zola, Mons-en Barœul, 59896 Lille Cedex 09.
- Pour APICIL Prévoyance : au médiateur du CTIP, 10 rue Cambacérès, 75008 PARIS, ou par e-mail : mediateur@ctip.asso.fr
- Pour HUMANIS PRÉVOYANCE : au Médiateur du CTIP, 10 rue Cambacérès, 75008 PARIS, tél. : 01 42 66 68 49, www.ctip.asso.fr, mediateur@ctip.asso.fr.
- Pour MALAKOFF MÉDÉRIC PRÉVOYANCE : au médiateur du CIP.
- Pour MUTEX : En cas de litige, Mutex, membre du Gema (Groupement des entreprises mutuelles d'assurance) met à la disposition de ses assurés et leurs ayants-droit la procédure de recours gracieux de la Médiation de l'assurance.

Cette procédure est accessible gratuitement à tous les assurés et à leur ayants-droit, confrontés à une situation litigieuse avec Mutex, non résolue après épuisement des procédures internes de règlement des réclamations.

Le médiateur de l'assurance peut être saisi par l'assuré ou son ayant-droit en adressant sa demande à l'adresse suivante :

La Médiation de l'assurance
TSA 50110
75441 Paris Cedex 09

Ou par internet : <https://www.mediation-assurance.org>.

Le texte complet de la charte de la médiation est accessible sur le site internet de Mutex : <https://www.mutextevous.fr>.

En ce qui concerne les seules **garanties Rente éducation, rente de conjoint substitutive et rente handicap assurées par l'OCIRP** :

En cas de désaccord persistant après épuisement des procédures de réclamations et recours interne, l'entreprise souscriptrice, les assurés, bénéficiaires et/ou ayants droit peuvent s'adresser au médiateur du Centre technique des institutions de prévoyance (CTIP) en cas de litige portant sur les garanties rente éducation, rente de conjoint substitutive et rente handicap assurée par l'OCIRP dans le cadre du présent contrat. Cette faculté est limitée à deux saisines par an.

Le médiateur du CTIP ne traite pas des décisions relatives à l'action sociale et ne peut en aucun cas avoir pour objet le contrôle des résiliations, des décisions d'augmentation des cotisations ni les procédures de recouvrement des cotisations.

L'avis rendu par le médiateur du CTIP ne lie pas les parties. Cet avis, écrit et motivé, sera transmis aux parties dans un délai de 90 jours dès réception du dossier complet.

Tout avis est rendu en considération d'éléments de droit et d'équité, mais aussi dans un souci de règlement amiable qui ne saurait correspondre à une approche juridictionnelle.

Le recours au médiateur du CTIP est gratuit et sa saisine se fait soit par courrier recommandé avec accusé de réception à l'adresse suivante : Le médiateur du CTIP, 10 rue Cambacérès, 75008 Paris, soit en ligne à l'adresse suivante : mediateur@ctip.asso.fr

ARTICLE 25. ORGANISME DE CONTRÔLE

L'organisme de contrôle des organismes assureurs est l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) située au 61 rue Taitbout, 75009 PARIS.

ARTICLE 26. LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

L'organisme de contrôle (sur place ou en ligne) dédié à la vérification de la mise en œuvre concrète de la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés est la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL). La CNIL est également l'autorité administrative indépendante chargée d'accompagner les professionnels dans leur mise en conformité et d'aider les particuliers à maîtriser leurs données personnelles et exercer leurs droits.

Dans le cadre de la gestion et l'exécution du contrat, les données à caractère personnel des salariés du souscripteur feront l'objet d'un traitement au sens de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés mis en œuvre par les organismes assureurs.

Le souscripteur et les assurés disposent d'un droit d'accès et de rectification des informations nominatives les concernant qui figureraient sur tout fichier à l'usage des organismes assureurs. Ce droit d'accès et de rectification peut s'exercer auprès du siège de votre organisme assureur.

Les données collectées sont indispensables à ce traitement. Elles sont destinées aux services concernés des organismes assureurs et, le cas échéant, de ses sous-traitants et prestataires dans le respect de la loi informatique et libertés.

Conformément à l'article 32 de la loi informatique et libertés, le souscripteur informera les assurés que des traitements de données à caractère personnel les concernant sont mis en œuvre dans le cadre de la gestion et de l'exécution du présent contrat. De plus, le souscripteur devra avoir recueilli le consentement des assurés au traitement de leurs données de santé par les organismes assureurs dans le cadre de la gestion et l'exécution du présent contrat.

Conformément à la loi informatique et libertés, tout traitement dont la finalité évoluerait et ne correspondrait plus à la gestion

ou l'exécution du contrat devra, le cas échéant, faire l'objet de démarches auprès de la CNIL. Par ailleurs, des démarches auprès des assurés devront aussi être réalisées. Elles comprennent notamment le recueil du consentement des assurés ainsi que l'obligation d'information (finalité poursuivie par le traitement auquel les données sont destinées, les destinataires ou catégories de destinataires des données notamment).

Tout consommateur qui ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique peut gratuitement s'inscrire sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique.

ARTICLE 27. PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. La prescription est portée à cinq ans en ce qui concerne l'incapacité de travail et à dix ans lorsque le bénéficiaire des garanties n'est pas l'assuré et pour la couverture du risque accident, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où les organismes assureurs en ont eu connaissance ;
- en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là. Cependant, pour les opérations d'assurance sur la vie, les actions du bénéficiaire sont en tout état de cause, prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

Quand l'action de l'assuré contre les organismes assureurs 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'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription (reconnaissance d'un droit par l'assuré ou par l'assureur; demande en justice, même en référé; acte d'exécution forcée) et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un sinistre.

Elle peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par l'organisme assureur en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le souscripteur, le bénéficiaire ou l'ayant droit aux organismes assureurs, en ce qui concerne le règlement des prestations.

ARTICLE 28. FAUSSE DÉCLARATION

La garantie accordée à l'assuré par les organismes assureurs est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour les organismes assureurs, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises aux organismes assureurs qui ont droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

ARTICLE 29. SUBROGATION

Pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, les organismes assureurs sont subrogés, jusqu'à concurrence du montant desdites prestations, dans les droits et actions de l'assuré victime d'un accident ou de ses ayants droit, contre les tiers responsables et dans la limite des dépenses supportées.

ARTICLE 30. TERRITORIALITÉ

Les garanties sont acquises aux assurés exerçant leur activité sur le territoire français. Celles-ci produisent leur effet dans le monde entier. Les prestations sont payées en euros.

II. CONDITIONS GÉNÉRALES PAR GARANTIE

CHAPITRE VIII. DÉFINITIONS

Enfants à charge

Sont considérés comme à charge, indépendamment de la position fiscale, les enfants de l'assuré et de son conjoint (ou concubin ou partenaire lié par un PACS) qu'ils soient légitimes, naturels, adoptifs, reconnus ou recueillis :

- jusqu'à leur 18^e anniversaire, sans condition ;
- jusqu'à leur 26^e anniversaire et sous condition, soit :
 - de poursuivre des études dans un établissement d'enseignement secondaire, supérieur ou professionnel ;
 - d'être en apprentissage ;
 - de poursuivre une formation professionnelle en alternance dans le cadre d'un contrat d'aide à l'insertion professionnelle des jeunes associant d'une part des enseignements généraux professionnels ou technologiques dispensés pendant le temps de travail, dans les organismes publics ou privés de formation, et d'autre part, l'acquisition d'un savoir-faire par l'exercice en entreprise d'une ou plusieurs activités professionnelles en relation avec les enseignements reçus ;
 - d'être préalablement à l'exercice d'un premier emploi inscrits auprès du régime d'assurance chômage comme demandeurs d'emploi ou stagiaires de la formation professionnelle ;
 - d'être employés dans un Esat (Etablissement et service d'aide par le travail) ou un atelier protégé en tant que travailleurs handicapés ;
- sans limitation de durée en cas d'invalidité avant le 26^e anniversaire, équivalente à l'invalidité 2^e ou 3^e catégorie de la Sécurité sociale justifiée par un avis médical ou tant qu'ils bénéficient de l'allocation d'adulte handicapé ou qu'ils sont titulaires de la carte d'invalidité civile, sous réserve d'être âgés de moins de 26 ans à la date du décès du parent assuré.

Sont également considérés comme à charge de l'assuré :

- les enfants à naître et nés viables postérieurement au décès de l'assuré et dont la filiation avec celui-ci est établie ; les enfants recueillis, c'est-à-dire ceux du conjoint, du partenaire lié par un PACS, du concubin, de l'ex-conjoint, qui ont vécu au foyer de l'assuré jusqu'à la date de l'événement ouvrant droit à prestations et répondant aux conditions ci-dessus, sous réserve que leur autre parent ne soit pas tenu au versement d'une pension alimentaire.

Conjoint

On entend par conjoint, l'époux (ou l'épouse) de l'assuré non divorcé(e) et non séparé(e) de corps par un jugement définitif passé en force de chose jugée.

Concubin

On entend par concubin, la personne vivant en couple avec l'assuré au moment de l'événement ouvrant droit à garantie. La définition de concubinage est celle retenue par l'article 515-8 du Code civil. De plus, le concubinage doit avoir été notoire et continu pendant une

durée d'au moins 2 ans jusqu'au sinistre. Aucune durée n'est exigée si un enfant au moins est né ou a été adopté lors de la vie commune.

Partenaire de Pacs

On entend par partenaire de Pacs, la personne liée à l'assuré par un Pacte civil de solidarité tel que défini à l'article 515-1 et suivants du Code civil. Les signataires d'un Pacs sont désignés par le terme de partenaire.

CHAPITRE IX. CAPITAL DÉCÈS OU INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE

ARTICLE 31. CAPITAL DÉCÈS OU INVALIDITÉ ABSOLUE DÉFINITIVE TOUTES CAUSES

31.1. OBJET DE LA GARANTIE

Cette garantie a pour objet d'assurer le versement en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive de l'assuré, quelle qu'en soit la cause, d'un capital au profit d'un ou plusieurs bénéficiaires tels que définis à l'article 33.

On entend par invalidité absolue et définitive, l'incapacité absolue d'exercer une profession, avec l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

Est assimilée à l'invalidité absolue définitive :

- l'invalidité de 3^e catégorie définie à l'article L.341-4 3^e du Code de la Sécurité sociale, et indemnisée comme telle par la Sécurité sociale,
- l'incapacité Permanente, définie à l'article L.434-2 du Code de la Sécurité sociale et indemnisée comme telle par la Sécurité sociale, et dont le taux est égal ou supérieur à 80%.

Le versement par anticipation du capital décès au titre de l'invalidité absolue et définitive met fin à la garantie Décès.

31.2. MONTANT DU CAPITAL

Montant du capital en cas de décès toutes causes.

- Tout assuré **250 % du salaire annuel de référence**

Montant du capital en cas d'invalidité absolue définitive toutes causes.

- Tout assuré **300 % du salaire annuel de référence**

ARTICLE 32. GARANTIE DOUBLE EFFET

En cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive du conjoint, concubin ou partenaire de Pacs de l'assuré, survenu postérieurement ou simultanément à celui de l'assuré, un capital supplémentaire est versé au profit des enfants restant à charge, réparti par parts égales entre eux :

100 % du capital versé en cas de décès toutes causes

Le versement par anticipation du capital décès au titre de l'invalidité absolue et définitive met fin à la garantie double effet.

ARTICLE 33. BÉNÉFICIAIRES DES PRESTATIONS

33.1. BÉNÉFICIAIRES DU CAPITAL EN CAS DE DÉCÈS TOUTES CAUSES

Les assurés peuvent désigner un ou plusieurs bénéficiaires soit au moyen du formulaire de désignation de bénéficiaire, soit par voie d'acte authentique, soit par acte sous seing privé.

Lorsqu'un bénéficiaire est nommément désigné, ses coordonnées peuvent être portées au dit formulaire de désignation de bénéficiaires et seront utilisées par l'organisme assureur lors du décès de l'assuré.

La clause bénéficiaire peut être modifiée lorsqu'elle n'est plus appropriée.

Toutefois, la désignation d'un bénéficiaire devient irrévocable en cas d'acceptation par ce dernier, si elle est effectuée dans les conditions suivantes :

- soit par voie d'avenant signé par l'organisme assureur, l'assuré et le bénéficiaire,
- soit par voie d'acte authentique ou sous seing privé, signé de l'assuré et du bénéficiaire, qui devra être notifiée par écrit à l'organisme assureur pour lui être opposable.

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

- au conjoint survivant non divorcé, non séparé de corps judiciairement ;
- à défaut au concubin notoire ou au partenaire de Pacs ayant toujours cette qualité au jour du décès ;
- à défaut aux enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales entre eux ;
- à défaut, à ses petits enfants par parts égales,
- à défaut de descendants directs, à ses parents survivants par parts égales,
- à défaut de ceux-ci, au grands-parents survivants par parts égales,
- à défaut, et par parts égales, à ses frères et sœurs,
- à défaut de tous les susnommés, aux héritiers en application des règles de dévolution successorale légale.

En cas de pluralité de bénéficiaires désignés 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.

33.2. BÉNÉFICIAIRE DU CAPITAL EN CAS D'INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE TOUTES CAUSES

En cas d'invalidité absolue et définitive définie à l'article 31.1, le bénéficiaire des capitaux est l'assuré lui-même.

33.3. BÉNÉFICIAIRES DU DOUBLE EFFET

Les bénéficiaires du capital au titre du double effet sont les enfants à charge par parts égales entre eux.

ARTICLE 34 – CONDITIONS DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Les capitaux sont versés dans un délai maximum de 30 jours à réception des pièces visées au tableau récapitulatif des pièces justificatives à fournir figurant en annexe et sous réserve, le cas échéant pour l'invalidité absolue et définitive du contrôle médical prévu à l'article 22.

CHAPITRE X. GARANTIE RENTE ÉDUCATION

ARTICLE 35. RENTE ÉDUCATION

En cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive de l'assuré définie à l'article 31.1, quelle qu'en soit la cause, il est versé une rente éducation temporaire à chaque enfant à charge dont le montant est égal à :

Montant annuel en pourcentage du salaire annuel de référence	
Jusqu'à la date du 19 ^e anniversaire de l'enfant	15 %
Du 19 ^e anniversaire à la date du 26 ^e anniversaire de l'enfant	20 %

Le montant de la rente servie par enfant à charge ne pourra être inférieur à 200 € par mois.

La rente est versée sans limitation de durée à l'enfant à charge reconnu, avant son 26^e anniversaire, en invalidité équivalente à une invalidité de 2^e ou 3^e catégorie de la Sécurité sociale justifiée par un avis médical ou tant qu'il bénéficie de l'allocation spécifique aux personnes handicapées (soit l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé, soit l'allocation pour adulte handicapé) ou tant qu'il est titulaire de la carte d'invalidité civile, sous réserve d'être âgés de moins de 26 ans à la date du décès du parent assuré.

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

Le versement des rentes éducation par anticipation en cas d'IAD met fin à la garantie.

ARTICLE 36. BÉNÉFICIAIRES DE LA PRESTATION

Les bénéficiaires sont les enfants à charge tels que définis au chapitre VIII des présentes conditions générales.

En tout état de cause, les enfants répondant aux définitions et conditions ci-dessus doivent obligatoirement être à la charge du bénéficiaire.

Le décès de l'assuré consécutif à une IAD ne peut donner lieu au versement d'une nouvelle rente éducation.

En tout état de cause, le versement de la rente éducation ayant débuté à la date de reconnaissance de l'IAD se poursuit en cas de décès de l'assuré.

ARTICLE 37. RENTE TEMPORAIRE SUBSTITUTIVE DE CONJOINT

Lorsque l'assuré n'a pas d'enfant à charge, il est versé, en lieu et place de la rente éducation, au conjoint, concubin ou partenaire de Pacs, ayant cette qualité au jour du décès ou de l'IAD, une rente temporaire de conjoint dont le montant annuel représente 5 % du salaire annuel de référence.

Le versement des rentes substitutives de conjoint par anticipation en cas d'IAD met fin à la garantie.

ARTICLE 38. CONDITIONS DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

La rente éducation et la rente temporaire substitutive de conjoint prennent effet au 1^{er} jour du mois civil suivant la date du décès ou de la constatation de l'IAD.

La déclaration de décès ou de reconnaissance de l'état d'IAD et le dépôt du dossier auprès de l'organisme assureur doivent avoir lieu dans un délai d'un an à compter de l'événement.

Elles sont versées trimestriellement à terme d'avance et sur production de l'ensemble des pièces justificatives figurant en annexe; 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.

Les bénéficiaires des rentes, ou leur représentant légal, sont tenus de notifier tout changement intervenant dans leur situation. Ils doivent également répondre annuellement à la demande de justification relative à la poursuite du versement des prestations. En l'absence de justification, le versement de la rente est suspendu.

ARTICLE 39. TERME DE L'INDEMNISATION

Rente éducation

Le service des rentes éducation prend fin à dater :

- du dernier jour du trimestre civil au cours duquel l'enfant cesse d'être à charge,
- et en tout état de cause, à compter du 1^{er} jour du mois suivant la date du décès du bénéficiaire.

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

Rente temporaire substitutive de conjoint

Le service des rentes temporaires substitutives de conjoint cesse à la date de liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale du bénéficiaire et en tout état de cause au jour de son décès.

Les fractions de prestations indûment versées pourront être réclamées.

CHAPITRE XI. GARANTIE RENTE HANDICAP

ARTICLE 40. OBJET DE LA GARANTIE

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

- soit de se livrer, dans des conditions normales de rentabilité, à une activité professionnelle,
- soit, si l'enfant est âgé de moins de 18 ans, d'acquérir une instruction ou une formation professionnelle d'un niveau normal et ce, par référence à l'article 199 septièmes du Code général des Impôts.

ARTICLE 41. MONTANT DE LA RENTE

Le montant mensuel de la rente handicap est de 580 euros (valeur au 1^{er} janvier 2016).

Il est indexé sur l'augmentation du montant de l'Allocation aux adultes handicapés (AAH). En cas de modification notable, ou bien de disparition de l'AAH, un avenant devra déterminer une autre allocation spécifique aux personnes handicapées afin d'indexer le montant de la rente prévue par la présente garantie.

Le versement des rentes handicap par anticipation en cas d'IAD met fin à la garantie.

ARTICLE 42. RECONNAISSANCE DE L'ÉTAT DE HANDICAP

Pour justifier du handicap de chaque enfant concerné, doit être obligatoirement joint à la demande de liquidation des prestations, sous enveloppe cachetée à l'attention du médecin conseil de l'OCIRP, un certificat médical attestant, à la date du décès ou de la constatation de l'IAD de l'assuré, de la nature de l'infirmité physique ou mentale dont est atteint.

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

- un justificatif du taux d'incapacité de 80 % reconnue par la CDAPH (Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées),
- un justificatif d'un taux d'incapacité compris entre 50 % et 80 %, si la CDAPH a reconnu 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.

ARTICLE 43. CONDITIONS DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Les rentes prennent effet au premier jour du mois civil suivant la date du décès ou de la constatation de l'IAD.

Elles sont versées par quart trimestriellement et à terme avance.

Au 1^{er} janvier de chaque année, doit être adressé toute pièce valant certificat de vie; à défaut, le service de la rente est suspendu.

ARTICLE 44. TERME DE L'INDEMNISATION

Le service des rentes prend fin au premier jour du trimestre suivant :

- la date à laquelle le bénéficiaire ne réunit plus les conditions de situation exigées à l'ouverture des droits,
- et en tout état de cause à compter du 1^{er} jour du mois suivant la date de son décès.

CHAPITRE XII. GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE

ARTICLE 45. OBJET DE LA GARANTIE

La garantie incapacité temporaire a pour objet de faire bénéficier d'indemnités journalières complémentaires à celles versées par la Sécurité sociale au titre de l'assurance maladie ou de la législation sur les accidents du travail et maladies professionnelles, les assurés se trouvant dans l'obligation de cesser leur activité professionnelle (absence médicalement constatée) à la suite d'un accident ou d'une maladie.

Toutefois, en l'absence d'intervention de la Sécurité sociale, pour l'assuré ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison d'une durée d'activité salariée ou d'un montant cotisé insuffisant, des indemnités journalières complémentaires sont versées en reconstituant de manière théorique l'intervention de la Sécurité sociale.

ARTICLE 46. POINT DE DÉPART DE L'INDEMNISATION

Les indemnités journalières sont servies à l'issue d'une franchise de **90 jours d'arrêt de travail continu ou discontinu**.

La détermination de la franchise est appréciée en décomptant, à la date de l'arrêt au titre duquel l'indemnisation est demandée, toutes les périodes d'arrêt de travail indemnisées ou non par l'organisme assureur, intervenues dans les douze mois consécutifs précédents.

Ainsi, pour déterminer la durée de la franchise applicable à l'arrêt de travail au titre duquel l'indemnisation est demandée, on déduit de la franchise globale de 90 jours le nombre de jours d'arrêts de travail survenus lors des 12 mois précédents susmentionnés.

Toutefois, dès lors que la prise en charge de l'arrêt de travail intervient durant la période de franchise de la sécurité sociale, le montant de la prestation complémentaire s'entend y compris les prestations versées par la sécurité sociale qui sont reconstituées de manière théorique.

Lorsque la franchise est atteinte, tout nouvel arrêt de travail fera l'objet d'une indemnisation dès le premier jour d'arrêt de travail.

ARTICLE 47. MONTANT DES PRESTATIONS GARANTIES

47.1. CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE

En cas d'incapacité temporaire de travail de l'assuré, il est versé à l'issue de la période de franchise une prestation complémentaire à celle versée par la Sécurité sociale, dont le montant annuel représenté **97 % du salaire net de référence**.

Cette prestation s'entend y compris les prestations nettes de CSG/CRDS versées par la Sécurité sociale au titre de cette incapacité. En l'absence d'intervention de la Sécurité sociale, pour l'assuré ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison d'une durée d'activité salariée ou d'un montant cotisé insuffisant, la prestation complémentaire est versée en déduisant les indemnités journalières, reconstituées de manière théorique, que la Sécurité sociale aurait versées si l'assuré avait satisfait aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale.

En tout état de cause, le total des prestations perçues par l'assuré ne saurait excéder 100 % de son salaire net d'activité, conformément à l'article 19 « Principe indemnitaire ».

47.2. LIMITES

Les indemnités journalières complémentaires sont versées sous réserve de la réception de l'ensemble des pièces justificatives figurant en annexe et, le cas échéant, du contrôle médical prévu à l'article 22 des présentes conditions générales.

En cas de reprise d'une activité à temps partiel thérapeutique, les organismes assureurs accordent des prestations complémentaires réduites dans les limites fixées à l'article 19 des présentes conditions générales.

Les congés de maternité, de paternité ou d'adoption n'ouvrent pas droit aux prestations.

Dans l'hypothèse où les indemnités journalières perçues de la Sécurité sociale seraient réduites ou suspendues (notamment en cas d'envoi à la Caisse primaire d'assurance maladie de l'avis d'interruption de travail ou de prolongation d'arrêt de travail au-delà des délais prévus), le versement des indemnités journalières complémentaires ne se fera qu'après accord de la Commission Nationale Paritaire de négociation sous déduction d'une indemnité Sécurité sociale reconstituée de manière théorique, sans toutefois se substituer à celle de la Sécurité sociale.

ARTICLE 48. TERME DE L'INDEMNISATION

Le service des indemnités journalières prend fin à dater soit :

- du jour de la reprise de travail à temps complet,
- du jour où la Sécurité sociale cesse le versement des indemnités journalières à l'assuré,
- de la date de liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale de l'assuré, à l'exception des personnes en situation de cumul emploi retraite tel que défini par les textes en vigueur,
- en tout état de cause au plus tard au 1095ème jour d'arrêt de travail,
- au jour du décès de l'assuré.

ARTICLE 49. RECHUTE

La rechute constatée par la Sécurité sociale ou la rechute d'une maladie entrant dans la catégorie des affections comportant un

traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse [articles L322-3, 3°, 4° et L 324-1 du Code de la Sécurité sociale] est considérée comme une rechute sous réserve que l'arrêt de travail initial ait fait l'objet d'une indemnisation au titre du présent contrat.

Aucune franchise n'est alors appliquée et les prestations sont servies et calculées comme celles de l'arrêt de travail initial. La garantie en vigueur à la date de survenance de l'arrêt de travail initial est retenue.

ARTICLE 50. CONDITIONS DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Les demandes d'indemnités journalières doivent être effectuées dans un délai de 6 mois à compter de la date à laquelle le bénéficiaire peut prétendre aux prestations sur production des pièces et justificatifs figurant en annexe.

Les indemnités journalières sont versées au fur et à mesure de la présentation des décomptes de prestations en espèces émanant de la Sécurité sociale, directement à l'employeur, à charge pour lui de les reverser aux salariés après précompte des charges sociales et, en cas de cessation du contrat de travail, à l'assuré.

En l'absence d'intervention de la Sécurité sociale, pour l'assuré ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison d'une durée d'activité salariée ou d'un montant cotisé insuffisant, les indemnités sont versées sous réserve de la production d'un certificat médical du médecin traitant de l'assuré et de l'attestation de non prise en charge de la Sécurité sociale.

Toute autre pièce justificative peut être demandée au moment de la survenance de l'événement ou en cours de service des prestations.

CHAPITRE XIII. GARANTIE INVALIDITÉ – INCAPACITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE

ARTICLE 51. GARANTIE INVALIDITÉ

Cette garantie a pour objet de faire bénéficier les assurés, dès la reconnaissance par la Sécurité sociale de leur état d'invalidité au titre d'une maladie ou d'un accident de la vie courante, d'une prestation complémentaire à celle versée le cas échéant par la Sécurité sociale dont le montant est défini comme suit :

Catégorie d'invalidité	Montant annuel en pourcentage du salaire annuel net de référence
3 ^e catégorie Sécurité sociale	97%
2 ^e catégorie Sécurité sociale	97%
1 ^e catégorie Sécurité sociale :	
Si l'assuré n'exerce pas d'activité professionnelle	58%
Si l'assuré exerce une activité professionnelle	60%

Le montant de la prestation s'entend y compris les prestations nettes de CSG et de CRDS servies par la Sécurité sociale au titre de l'invalidité, et hors majoration pour tierce personne.

En tout état de cause, le total des prestations perçues par l'assuré ne saurait excéder 100 % de son salaire net d'activité, conformément à l'article 19 « Principe indemnitaire ».

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 : « 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 l'absence d'intervention de la Sécurité sociale, pour l'assuré ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison d'une durée d'activité salariée ou d'un montant cotisé insuffisant, les organismes assureurs peuvent accepter, après décision médicale selon les modalités définies à l'article 22 de les indemniser en reconstituant de manière théorique l'intervention de la Sécurité sociale.

ARTICLE 52. GARANTIE INCAPACITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE

Cette garantie a pour objet de faire bénéficier les assurés, dès la reconnaissance par la Sécurité sociale de leur état d'incapacité permanente professionnelle (IPP) d'un taux égal ou supérieur à 33 % au titre d'une maladie ou d'un accident professionnel, d'une prestation complémentaire à celle versée le cas échéant par la Sécurité sociale, dont le montant annuel est défini comme suit :

En cas d'incapacité permanente professionnelle d'un taux égal ou supérieur à 66 % :

97 % du salaire net de référence.

En cas d'incapacité permanente professionnelle d'un taux compris entre 33 % et moins de 66 % :

$\frac{R \times 3 N}{2}$ « N » étant le taux d'incapacité permanente professionnelle déterminé par la Sécurité sociale,

« R » étant égal à :

- **97 %** du salaire net de référence si le salarié n'exerce pas d'activité professionnelle,
- **100 %** du salaire net de référence si le salarié exerce une activité professionnelle.

Le montant de la prestation s'entend y compris les prestations nettes de CSG/CRDS servies par la Sécurité sociale au titre de l'incapacité, et hors prestation complémentaire pour recours à tierce personne.

En tout état de cause, le total des prestations perçues par l'assuré ne saurait excéder 100 % de son salaire net d'activité, conformément à l'article 19 « Principe indemnitaire ».

Par incapacité permanente professionnelle d'un taux égal ou supérieur à 33 %, il faut entendre l'IPP reconnue par la Sécurité sociale en application de l'article L.434-2 du Code de la Sécurité sociale, d'un taux d'incapacité permanente professionnelle égal ou supérieur à 33 % entraînant le versement d'une rente au titre des accidents du travail ou des maladies professionnelles

ARTICLE 53. POINT DE DÉPART DU SERVICE DES PRESTATIONS

Les pensions d'invalidité ou les rentes d'incapacité permanente professionnelle sont servies à compter du versement par la Sécurité sociale de la pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité.

ARTICLE 54. TERME DE L'INDEMNISATION

Le service des rentes ou des pensions prend fin à dater soit :

- du jour où la Sécurité sociale cesse le versement de la pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité permanente professionnelle ou à la date à laquelle le médecin contrôleur ou conseil de l'organisme assureur cesse de reconnaître l'état d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle ;
- du jour où le taux d'incapacité permanente professionnelle est devenu inférieur à 33 % ;
- de la date de liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale ;
- au jour du décès de l'assuré.

ARTICLE 55. CONDITIONS DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

55.1. MODALITÉS DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Les demandes de rentes ou de pensions doivent être effectuées dans un délai de 6 mois à compter de la date à laquelle le bénéficiaire peut prétendre aux prestations et sur production des pièces et justificatifs figurant en annexe.

Les rentes ou pensions sont versées directement à l'assuré, mensuellement à terme échu, sur production périodique d'un justificatif attestant de la poursuite du versement de la rente ou de la pension par la Sécurité sociale.

Toute autre pièce justificative peut être demandée au moment de la survenance de l'événement ou en cours de service des prestations.

55.2. MODALITÉS DE GESTION SPÉCIFIQUES AUX PERSONNES NE SATISFAISANT PAS AUX CONDITIONS D'OUVERTURE DES DROITS AUX PRESTATIONS EN ESPÈCES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE EN RAISON D'UNE DURÉE D'ACTIVITÉ SALARIÉE OU D'UN MONTANT COTISÉ INSUFFISANT

L'éventuel classement en invalidité ainsi que l'appréciation du niveau de celles-ci seront déterminés par le médecin conseil ou contrôleur de l'organisme assureur, en accord avec le médecin traitant du salarié et selon les barèmes utilisés par la Sécurité sociale.

Les décisions sont notifiées à l'assuré à qui elles s'imposent s'il ne les conteste pas en apportant des éléments contradictoires.

En cas de désaccord, une procédure de conciliation sera engagée par l'intermédiaire du médecin traitant de l'assuré, dans les conditions définies à l'article 22 des présentes conditions générales.

L'assuré ne peut se soustraire au contrôle du médecin conseil ou contrôleur de l'organisme assureur ; son droit à prestation sera suspendu tant que le contrôle n'aura pu avoir lieu (sauf cas de force majeure dont il doit apporter la preuve).

ANNEXE I

PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR POUR TOUTE DEMANDE DE PRESTATIONS

Toutes autres pièces nécessaires au paiement des prestations peuvent être réclamées notamment celles mentionnées sur le formulaire de demande de prestations

DOCUMENTS À FOURNIR	INCAPACITÉ DE TRAVAIL (ITT)	RENTE INVALIDITÉ ET IPP	DÉCÈS IAD	RENTE ÉDUCATION RENTE HANDICAP	RENTE DE CONJOINT
Demande d'indemnités journalières signée par le représentant qualifié de l'employeur	X				
Décomptes d'indemnités journalières de la Sécurité sociale	X				
En cas de temps partiel thérapeutique, les attestations de salaires et bordereaux de Sécurité sociale	X				
Copies des bulletins de salaire délivrés au cours de la période définie pour le salaire de référence	X	X	X	X	X
Demande de pension d'invalidité ou de rente d'incapacité permanente professionnelle par le représentant qualifié de l'employeur		X			
Notification d'attribution de la pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité permanente professionnelle en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, émanant de la Sécurité sociale		X			
Attestation sur l'honneur de non activité rémunérée ou justificatif de salaire en cas d'activité rémunérée		X			
Demande de capital Décès ou IAD ou IPP signée par le représentant qualifié de l'employeur			X		
Acte de décès (bulletin de décès)			X	X	X
Titre de pension d'invalidité de 3 ^e catégorie ou de rente d'accident du travail ayant donné lieu à l'attribution d'une majoration pour tierce personne, émis par Sécurité sociale			X	X	X
Copie du livret de famille du défunt ou acte de mariage, à défaut acte de naissance du défunt			X	X	X
Acte de naissance de chaque enfant bénéficiaire si le livret de famille du défunt n'est pas produit			X	X	X
Justificatif de la qualité de conjoint ou à défaut, d'ayant droit			X	X	X
Acte de naissance de chaque bénéficiaire lorsque le bénéficiaire est un ascendant ou un bénéficiaire désigné (autre que conjoint et enfants) ou un héritier			X	X	X
Copie du dernier avis d'imposition de l'assuré, et le cas échéant celui de son concubin ou partenaire Pacs			X		X
En présence d'enfants, certificat de scolarité, copie du contrat d'apprentissage ou de professionnalisation et attestation d'affiliation à un régime de sécurité sociale étudiant pour les enfants de plus de 20 ans.			X	X	
Si personne handicapée à charge, la carte d'invalidité civil ou d'attribution de l'allocation pour adulte handicapé				X	X
Justificatifs en cours de validité ou pièces d'identité justifiant de la qualité et l'adresse des bénéficiaires		X	X	X	X
Attestation d'inscription au régime d'assurance chômage					
Copie certifiée conforme du jugement de tutelle nommant le représentant légal des orphelins			X	X	X
S'il y a lieu, une attestation de concubinage délivrée par la mairie, une photocopie du livret de famille pour les concubins ayant des enfants en commun ou, à défaut, une déclaration sur l'honneur accompagnée d'un justificatif de domicile commun (quittance de loyer aux deux noms, quittance d'électricité, de téléphone,...)			X	X	X
S'il y a lieu une 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)			X		X
Certificat médical sous enveloppe cachetée attestant de l'état de handicap du bénéficiaire				X	

ANNEXE II

MAINTIEN FACULTATIF DES GARANTIES DÉCÈS EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL NON INDEMNISÉE

Les salariés dont le contrat de travail est suspendu dans les cas visés à l'article 12 des conditions générales peuvent demander à bénéficier, à compter du 2^e mois de suspension de leur contrat de travail non rémunéré, du maintien des garanties décès/IAD, rente éducation, rente de conjoint substitutive et rente handicap pendant toute la durée de la suspension de leur contrat de travail, dans les conditions définies ci-après.

La preuve de la remise de l'information du salarié sur ce maintien facultatif incombe au souscripteur.

CONDITION DE MISE EN ŒUVRE

La demande du salarié doit être formulée par écrit et adressée à l'organisme assureur par l'intermédiaire du souscripteur **au plus tard la veille de la date d'effet de la suspension du contrat de travail. Au-delà de ce délai, le salarié ne pourra plus prétendre au bénéfice de ce maintien.**

DURÉE ET MODALITÉS DU MAINTIEN DES GARANTIES

Le dispositif de maintien des garanties décès entre en application à compter de la date de suspension du contrat de travail du salarié.

Le maintien des garanties décès cesse :

- à la date de fin de la suspension du contrat de travail du salarié concerné,
- en cas de défaut de paiement de la cotisation,
- à la date de cessation de son contrat de travail,
- à la date de liquidation de sa pension vieillesse de la Sécurité sociale,
- à la date de résiliation du contrat.

PRESTATIONS

Les garanties décès maintenues sont identiques à celles applicables aux salariés en activité.

Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations est le salaire tel que défini aux conditions générales, et qui précède la date du début de suspension du contrat de travail.

COTISATIONS

Les taux de cotisation sont identiques à ceux applicables aux salariés en activité.

Le salaire de référence servant de base au calcul des cotisations est égal à la moyenne des salaires bruts soumis à cotisation Sécurité sociale des douze derniers mois civils d'activité perçu par l'assuré avant la date de début de suspension de son contrat de travail, majoré du 1/12^e des rémunérations variables supplémentaires régulièrement perçues au cours des 12 mois civils précédant la suspension de son contrat de travail, à l'exclusion des primes à périodicité plus longue que l'année.

Le montant total des cotisations individuelles doit être réglé par le salarié au souscripteur, pour la période correspondant à la durée totale de suspension de son contrat de travail.

Le souscripteur reverse ensuite le montant intégral des cotisations aux organismes assureurs.

A défaut de paiement des cotisations, le salarié est radié et ne pourra plus bénéficier du maintien des garanties.

AG2R RÉUNICA PRÉVOYANCE, Membre du groupe AG2R LA MONDIALE, Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale
104-110, boulevard Haussmann, 75008 PARIS – Membre du GIE AG2R RÉUNICA.

APICIL PRÉVOYANCE, Institution de prévoyance, régie par les dispositions du titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale,
Siège social: 38, rue François Peissel, 69300 CALUIRE-ET-CUIRE.

HUMANIS PRÉVOYANCE, Institution de prévoyance régie par le code de la Sécurité Sociale
29, boulevard Edgar Quinet, 75014 PARIS.

MALAKOFF MÉDERIC PRÉVOYANCE, Institution de prévoyance régie par les dispositions du titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale
et autorisée par arrêtés ministériels des 8 avril 1938 et 4 août 1947, 21, rue Laffitte, 75317 PARIS Cedex 9.

MUTEX, Entreprise régie par le Code des Assurances, enregistrée au RCS de NANTERRE sous le n° 529 219 040,
Siège social: 125, avenue de Paris, 92327 CHÂTILLON Cedex.

OCIRP, Union d'institutions de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale,
Siège social: 17, rue de Marignan, 75008 PARIS.