

Convention collective nationale des organismes de formation

Prévoyance

CONDITIONS GENERALES

Contrat collectif à adhésion obligatoire

Edition janvier 2023

Sommaire

Lexique.....	5
Titre 1. Dispositions communes.....	8
1.1. Objet du contrat.....	8
1.2. Souscription du contrat.....	9
1.3. Conditions de reprise des en-cours à la date d'effet du contrat.....	11
1.4. Résiliation du contrat.....	11
1.5. Révision du contrat.....	13
1.6. Affiliation des salariés.....	13
1.7. Prise d'effet de l'affiliation et des garanties.....	14
1.8. Cessation de l'affiliation et des garanties.....	14
1.9. Maintien des garanties.....	14
1.10. Cotisations.....	16
1.11. Prestations.....	17
1.12. Exclusions.....	19
1.13. Références légales.....	20
Titre 2. Dispositions particulières à chaque garantie.....	24
2.1. Garantie capital décès.....	24
2.2. Garantie allocation obsèques.....	26
2.3. Garantie rente d'éducation.....	26
2.4. Garantie incapacité temporaire de travail.....	27
2.5. Garantie invalidité ou incapacité permanente.....	29
2.6. Dispositions communes aux garanties incapacité temporaire de travail et invalidité / incapacité permanente.....	30
2.7. Pièces justificatives.....	31
Titre 3. Coordonnées des <i>organismes assureurs</i>	34

Lexique

Pour plus de clarté, les termes souvent utilisés dans le contrat sont en italiques et sont définis dans ce lexique :

PRINCIPAUX TERMES UTILISES :

Les organismes assureurs (au pluriel)	<ul style="list-style-type: none">▪ Malakoff Humanis Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le Livre IX du Code de la sécurité sociale, Siège social : 21 rue Laffitte - 75009 Paris, N° SIREN 775 691 181.▪ Apicil Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le Code de la sécurité sociale, Siège social : 38 rue François PEISSEL - 69300 Caluire et Cuire, N° SIREN 321 862 500.▪ AG2R Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale, Membre d'AG2R LA MONDIALE et du GIE AG2R, Siège social : 14-16 Boulevard Malesherbes - 75008 Paris, N° SIREN 333 232 270.▪ Ocirp (Organisme Commun des Institutions des Rentes et de Prévoyance), Union d'institutions régie par l'article L.931-2 du Code de la sécurité sociale, Siège social : 17 rue de Marignan - 75008 Paris, assureur de la rente d'éducation.
L'organisme assureur (au singulier)	L' <i>organisme assureur</i> auprès duquel l'entreprise a souscrit son contrat (Malakoff Humanis Prévoyance ou Apicil Prévoyance ou AG2R Prévoyance). L' <i>organisme assureur</i> est l'interlocuteur unique de l'entreprise et de la <i>catégorie assurée</i> . L' <i>organisme assureur</i> est habilité à gérer la garantie rente d'éducation assurée par l'Ocirp.
Accord de prévoyance	L'accord de branche du 3 juillet 1992 instituant le régime conventionnel de prévoyance, tel que modifié en dernier lieu par l'avenant du 6 décembre 2022.
Contrat d'assurance	<p>Le contrat d'assurance collectif du régime de prévoyance souscrit dans le cadre des présentes conditions générales, dont les dispositions contractuelles sont conformes à l'<i>Accord de prévoyance</i>.</p> <p>Le contrat est régi par le Code de la Sécurité sociale.</p> <p>Dans la suite du texte, les termes « membre adhérent » et « membre participant » définis à l'article L.931-3 du Code de la <i>Sécurité sociale</i> seront remplacés respectivement par « <i>souscripteur</i> » et « <i>assuré</i> ».</p>
Souscripteur	La personne morale qui a conclu le <i>contrat d'assurance</i> avec l' <i>organisme assureur</i> au bénéfice des salariés appartenant à la <i>catégorie assurée</i> .
Catégorie assurée	L'ensemble des salariés du <i>souscripteur</i> appartenant à la <i>catégorie assurée</i> définie aux conditions particulières, répondant aux conditions d'affiliation prévues à l'article 1.6.1 « Conditions et formalités d'affiliation des salariés ».
Assuré	La personne physique, affiliée au contrat, sur la tête de laquelle repose le risque et appartenant à la <i>catégorie assurée</i> .

- Conjoint** Il est entendu par conjoint : le conjoint, à défaut le partenaire lié par un pacte civil de solidarité (pacs) et à défaut le concubin :
- L'époux ou l'épouse de l'*assuré* non-séparé(e) de corps (séparation judiciaire ou amiable dès lors qu'elle est transcrite à l'état civil), ni divorcé(e),
 - La personne liée à l'*assuré* par un pacte civil de solidarité (PACS).
 - Le concubin ou la concubine de l'*assuré* au sens de l'article 515-8 du Code civil, lorsqu'à la date du *sinistre* générateur de garantie le/la concubin(e) peut justifier d'une communauté de vie d'au moins deux ans et/ou qu'un enfant commun soit né de leur union. Le/la concubin(e) n'est pas assimilé(e) au *conjoint* lorsque l'*assuré* ou le/la concubin(e) est par ailleurs marié(e) à un tiers ou lié(e) par un pacte civil de solidarité (PACS).

Le *conjoint* non assuré au régime conventionnel de prévoyance est le *conjoint* qui n'est pas couvert lui-même directement dans le cadre du champ d'application de l'Accord de prévoyance.

Enfants à charge Sont considérés comme *enfants à charge* de l'*assuré*, les enfants mineurs nés ou à naître, reconnus par l'*assuré* ou son *conjoint* au sens du contrat et/ou rattachés à l'un de leur foyer fiscal.

Sont également considérés comme à charge de l'*assuré* jusqu'à leur 26^e anniversaire, les enfants majeurs répondant aux critères de reconnaissance ou de rattachement fiscal précisé ci-dessus, lorsqu'ils poursuivent des études.

Cette définition s'applique sauf dérogation expresse aux conditions générales s'agissant de la garantie rente éducation.

Personnes à charge Sont considérés comme *personnes à charge* de l'*assuré* :

- les *enfants à charge* définis ci-avant ;
- tout ascendant ou descendant atteint d'un handicap l'empêchant de se livrer à une quelconque activité rémunératrice, non bénéficiaire d'une pension de vieillesse, titulaire d'une carte d'invalidité ou de la carte mobilité inclusion portant la mention « invalidité » prévue à l'article L. 241-3 du Code de l'action sociale et des familles, et rattaché à son foyer fiscal.

Bénéficiaires Les personnes mentionnées à chaque garantie pouvant recevoir des prestations

AUTRES TERMES UTILISES

Accident Toute atteinte à l'intégrité physique, non intentionnelle et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure à l'*assuré*.

Acte authentique Acte rédigé et reçu par un officier public ayant le droit d'instrumenter dans le lieu où l'acte a été rédigé et avec les solennités requises.

Acte sous seing privé Acte juridique rédigé par les parties à l'acte ou par un tiers dès lors que celui-ci n'agit pas en tant qu'officier public

Affection de longue durée (ALD) Affections dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessite un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse et pour lesquelles l'*assuré* bénéficie de l'exonération du ticket modérateur au titre du remboursement de ses frais de santé par la Sécurité sociale.

Déclaration sociale nominative (DSN) La DSN est un fichier mensuel centralisé produit à partir de la paie et destiné à communiquer des informations nécessaires à la gestion de la protection sociale des salariés aux organismes et administrations concernées.

Maladie Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

Plafond annuel de la Sécurité sociale	Salaire de référence fixé annuellement par arrêté publié au journal officiel qui sert au calcul des tranches de cotisations sociales. Son évolution est consultable sur www.securite-sociale.fr
Portabilité	Dispositif qui permet le maintien des garanties prévoyance aux anciens salariés demandeurs d'emploi indemnisés par l'assurance chômage et bénéficiaires de ce dispositif en vertu de l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale.
Sécurité sociale (Régime obligatoire)	Régime général ou local de Sécurité sociale française dont dépendent les bénéficiaires tels que définis au Lexique.
Sinistre	Réalisation du risque
Tranches de salaire	Le salaire étant ventilé en tranches de salaire 1 et 2, celles-ci s'entendent ainsi : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tranche 1 (T1) : tranche de salaire limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale ; ▪ Tranche 2 (T2) : tranche de salaire comprise entre une fois et huit fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.

Titre 1. Dispositions communes

1.1. Objet du contrat

1.1.1. L'Accord de prévoyance du 3 juillet 1992

Le souscripteur doit relever de la Convention collective nationale des Organismes de formation (IDCC 1516).

Les partenaires sociaux de la branche professionnelle des organismes de formation ont instauré, par accord du 3 juillet 1992 (incluant les avenants postérieurs et tel que modifié en dernier lieu par l'avenant du 6 décembre 2022), un régime conventionnel de prévoyance au plan national bénéficiant à l'ensemble des salariés relevant du champ d'application de la Convention collective nationale susvisée.

Le régime conventionnel de prévoyance comporte des garanties en cas de décès ou d'invalidité totale et définitive ainsi que des garanties en cas d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité / incapacité permanente.

Dans le reste des présentes conditions générales, le terme « invalidité totale et définitive » est remplacé par « perte totale et irréversible d'autonomie » ou « PTIA ».

Les catégories de personnels bénéficiaires des garanties précitées sont les suivantes, selon la ou les catégorie(s) retenue(s) mentionnée(s) aux conditions particulières :

- le personnel non bénéficiaire de l'article 2 de l'ANI du 17 novembre 2017,
- et
- le personnel bénéficiaire de l'article 2 de l'ANI du 17 novembre 2017.

1.1.2. Les organismes assureurs

Les garanties en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie (à l'exclusion de la garantie rente d'éducation) et en cas d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité / incapacité permanente sont coassurées par :

- **Malakoff Humanis Prévoyance**, Institution de prévoyance régie par le livre IX du Code de la sécurité sociale, Siège social : 21 rue Laffitte - 75009 Paris,
- **Apicil Prévoyance**, Institution de prévoyance régie par le Code de la sécurité sociale, Siège social : 38 rue François Peissel - 69300 Caluire et Cuire,
- **AG2R Prévoyance**, Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale, Membre d'AG2R LA MONDIALE et du GIE AG2R, Siège social : 14-16 Boulevard Malesherbes - 75008 Paris.

La garantie rente d'éducation est assurée par :

- **l'Ocirp** (Organisme Commun des Institutions de Rentes et de Prévoyance), Union d'institutions de prévoyance régie par l'article L.931-2 du Code de la sécurité sociale, Siège social : 17 rue de Marignan 75008 Paris.

Malakoff Humanis Prévoyance, Apicil Prévoyance et AG2R Prévoyance ont reçu mandat de l'Ocirp pour gérer la garantie assurée par cette Union (adhésion des entreprises, gestion des cotisations et des prestations). L'Ocirp reste seule responsable de la bonne fin des prestations vis-à-vis des assurés, des bénéficiaires et des ayants droit.

L'organisme assureur recommandé recevant l'adhésion (Malakoff Humanis Prévoyance, Apicil Prévoyance ou AG2R Prévoyance) est gestionnaire de l'ensemble des garanties, y compris celles qui sont assurées par l'Ocirp.

1.1.3. Degré élevé de solidarité

Outre la mise en place du régime conventionnel de prévoyance, l'Accord de prévoyance a institué un fonds de solidarité permettant notamment la mise en œuvre de garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité, et ce afin de satisfaire aux dispositions de l'article L.912-1 du Code de la sécurité sociale.

À ce titre peuvent notamment être prévues :

- la mise en place d'actions collectives de prévention,
- la prise en charge totale ou partielle de la cotisation de certaines catégories de salariés dont la situation le justifie.

Les orientations des actions de prévention et les modalités de prise en charge totale ou partielle de la cotisation sont déterminées par la Commission paritaire nationale. Leur octroi est donc subordonné à ces décisions, ceci dans la limite des fonds alloués à leur financement (lors de la mise en œuvre des présentes conditions générales, le financement est fixé à 2 % des cotisations hors taxes).

Les partenaires sociaux de la branche professionnelle dont relève l'entreprise ont précisé les prestations non contributives (allouées dans la limite du fonds dédié susmentionné) avec notamment la prise en charge de l'intégralité de la cotisation prévoyance relative aux garanties décès (garanties capital décès / allocation d'obsèques / rente éducation) pour les salariés en congé parental d'éducation à temps plein, uniquement pour une période d'un an.

1.2. Souscription du contrat

1.2.1. Cadre juridique

Le présent contrat est un **contrat collectif à adhésion obligatoire** mis en œuvre en application de l'*Accord de prévoyance* défini au Lexique, et dans le respect du contrat cadre et de la convention de gestion établis entre les partenaires sociaux de la branche d'une part, et les *organismes assureurs* d'autre part.

Seules les entreprises entrant dans le champ d'application de l'Accord de prévoyance peuvent souscrire le contrat.

L'entreprise souhaitant souscrire un contrat dans le cadre des présentes conditions générales s'adresse à l'*organisme assureur* de son choix (Malakoff Humanis Prévoyance, Apicil Prévoyance ou AG2R Prévoyance), au moyen d'un formulaire d'adhésion (proposition de contrat / demande d'adhésion). **L'organisme assureur retenu devient alors l'interlocuteur unique de l'entreprise et des assurés pour l'ensemble des opérations découlant du contrat.**

L'ensemble des contrats souscrits par les entreprises dans le cadre des présentes conditions générales constituent un périmètre de mutualisation des résultats ; il est établi un compte d'exploitation technique commun. Toute évolution des conditions d'assurance s'applique à l'ensemble des contrats relevant de ce périmètre.

Le présent contrat est composé de deux parties indissociables :

- **les présentes conditions générales** définissant les obligations réciproques des parties ainsi que les modalités d'application des garanties assurées ;
- **les conditions particulières** fixant notamment :
 - la date d'effet du contrat ;
 - les catégories de personnel effectivement couvertes ;
 - les garanties assurées, la nature et le montant des prestations ;
 - les taux de cotisations ;
 - le cas échéant, les clauses spécifiques.

Il est susceptible d'être complété d'avenants en modifiant les dispositions après accord des partenaires sociaux.

1.2.2. Date d'effet, durée et renouvellement du contrat

Le contrat prend effet à la date indiquée aux conditions particulières et expire au 31 décembre suivant.

Il se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année pour des périodes successives d'un an, sauf résiliation dans les conditions visées à l'article 1.4.1.

1.2.3. Obligations d'information du souscripteur

▪ Obligations Générales

Le *souscripteur* doit :

- adresser à l'*organisme assureur* un exemplaire du contrat dûment signé,
- s'acquitter de la cotisation, conformément à l'article 1.10 « *Cotisations* »,
- s'engager à remettre à chacun de ses salariés la notice d'information ainsi que l'imprimé leur permettant de désigner ou de changer de *bénéficiaires* (sauf si la possibilité de désignation en ligne est ouverte par le contrat avec l'accès à un formulaire en ligne « désignation de bénéficiaires prévoyance » via le site internet de l'assureur),
- transmettre les pièces justificatives nécessaires au règlement des prestations dans les délais prévus au contrat.

▪ Obligations déclaratives

A noter

Le *souscripteur* doit utiliser la fiche de paramétrage DSN transmise par l'*organisme assureur* et corriger les anomalies de la DSN relevées dans le Compte Rendu Métier (CRM) mis à sa disposition.



Les éléments ci-après doivent être fournis par les flux mensuels DSN.

A défaut, sur demande de l'*organisme assureur*, le *souscripteur* fournit les informations comme indiqué ci-dessous.

A la souscription du contrat

Le *souscripteur* s'engage à adresser à l'*organisme assureur* dans un délai maximum de trente jours après la date d'effet du contrat :

- La liste nominative du personnel avec indication pour chaque intéressé de ses nom, prénom, date et lieu de naissance, de sa situation de famille ;
La liste précitée doit impérativement indiquer :
 - si le contrat de travail est suspendu, avec indication de la date d'effet de la suspension et du motif ;
 - si l'*assuré* exerce son activité avec réduction d'horaire pour raison de santé ;
 - si l'*assuré* bénéficie du dispositif « cumul emploi-retraite » ;
- lorsque l'*organisme assureur* le demande : les formulaires individuels d'affiliation complétés et signés par la totalité des personnes répondant à la définition des personnes assurables à la date d'effet du contrat.

Le *souscripteur* s'engage à déclarer tous les *assurés* au contrat dont :

- les anciens salariés bénéficiant de la portabilité et couverts à ce titre par un contrat collectif à adhésion obligatoire immédiatement antérieur, de la date d'effet du présent contrat jusqu'à expiration de leurs droits ;
- les salariés et anciens salariés en incapacité temporaire de travail ou en invalidité / incapacité permanente ;
- les bénéficiaires de rente d'éducation en cours de service.

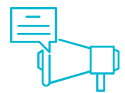
Cette déclaration doit être effectuée sur le formulaire « Etat ou déclaration des risques en cours » (formulaire mis à disposition).

Elle doit être accompagnée du montant et de l'expression des garanties de même nature précédemment assurées par un autre *organisme assureur*, des éléments servant de base au calcul des prestations servies ainsi que de leurs conditions d'attribution et de versement.

En cours de contrat

A savoir

Le *souscripteur* doit déclarer les mouvements de ses effectifs entrant et sortant dans la *catégorie assurée* et signaler les modifications de situation professionnelle et familiale des *assurés* :



- Les éléments ci-dessous mentionnés doivent être fournis par les flux mensuels DSN.
- A défaut de déclaration par les flux DSN, le *souscripteur* doit dans un délai de trente jours après la date de l'évènement :
 - transmettre à l'*organisme assureur*, à la fin de chaque exercice civil et au plus tard au 31 janvier suivant, la liste nominative du personnel *assuré* précisant : leurs nom, prénom, date et lieu de naissance, numéro d'immatriculation à la Sécurité sociale, situation de famille, date d'entrée et de sortie dans l'exercice et la base de calcul des cotisations et assiette de cotisations individualisée ;
 - informer de la suspension des contrats de travail des salariés éligibles au maintien des garanties ;
 - informer de la rupture des contrats de travail et du motif de celle-ci pour les salariés éligibles au maintien des garanties prévues « En cas de cessation du contrat de travail (*portabilité*) » ;
 - informer du décès de ses salariés ;
 - s'assurer que les éventuels formulaires individuels d'affiliation (lorsque l'assureur le demande) soient régularisés par la totalité des nouvelles personnes répondant à la définition des personnes assurables ;
 - signaler les modifications de situation professionnelle et familiale des *assurés*.

Si les éléments d'affiliation ne sont pas transmis à l'*organisme assureur* dans le délai de trente jours après la date de l'évènement ou s'ils sont incomplets, l'affiliation ne prend effet qu'après l'accord exprès de l'*organisme assureur* et à compter de la date prévue dans celui-ci.

- **Obligations liées à la territorialité**

Les garanties sont acquises aux *assurés* exerçant leur activité sur le territoire français y compris les départements et collectivités d'outre-mer, ainsi qu'en cas de détachement (au sens de la législation de Sécurité sociale française) dans ou hors pays de l'Union Européenne. En présence d'un régime local dans ou hors Union Européenne, le régime de prévoyance s'applique en complément de la couverture sociale de base assurée au plan local, dans la limite de l'engagement de l'*organisme assureur* selon les modalités en vigueur en France.

1.3. Conditions de reprise des en-cours à la date d'effet du contrat

1.3.1. En présence d'un contrat de prévoyance souscrit antérieurement

Salariés ou anciens salariés en arrêt de travail et autres bénéficiaires de prestations périodiques

Les salariés ou anciens salariés en arrêt de travail ou ayants droit, bénéficiaires de prestations périodiques, déclarés dans l'état des risques en cours » (document remis par l'*organisme assureur* et devant être complété par le *souscripteur*) bénéficient, à la date de prise d'effet du présent contrat :

- pour les *assurés*, de la revalorisation des prestations périodiques (indemnités journalières, rentes d'invalidité/incapacité permanente) en cours de service, que leur contrat de travail soit rompu ou non ;
- et de l'éventuel différentiel de prestations pour le maintien des garanties décès si les garanties assurées par le précédent *organisme assureur* sont inférieures aux dispositions du présent contrat, et si le contrat de travail n'est pas rompu ;
- pour les autres bénéficiaires, de la revalorisation des prestations périodiques (rente éducation) servies.

La prise en charge des risques en cours à la date d'effet du contrat collectif ne donnera pas lieu à tarification supplémentaire pour l'entreprise adhérente concernée.

Le maintien des garanties décès peut également être pris en charge au profit des bénéficiaires d'indemnités journalières ou de rentes d'invalidité/incapacité permanente versées ou à verser par le précédent *organisme assureur* en cas de transfert d'engagement de celui-ci (provisions constituées) vers l'*organisme assureur*, que le contrat de travail soit rompu ou non.

Anciens salariés bénéficiant d'un maintien de garantie (portabilité)

Les anciens salariés indemnisés par le régime d'assurance chômage dans les conditions prévues à l'article 1.9.2. « En cas de cessation du contrat de travail ouvrant droit à indemnisation par le régime d'assurance chômage (portabilité) » qui, à la date de prise d'effet du contrat, demeurent bénéficiaires d'un maintien de garanties, sont garantis, pour la période du droit à maintien restant à courir, dans les conditions prévues au présent contrat. Toutefois, dans le cas où le précédent *organisme assureur* maintient sa garantie pour la période restant à courir, l'*organisme assureur* ne prend en charge que le différentiel éventuel. Ces anciens salariés doivent être déclarés dans « l'état des risques en cours » remis par l'*organisme assureur*.

1.3.2. En l'absence d'un contrat de prévoyance souscrit antérieurement

Les salariés non radiés des effectifs, y compris les salariés en arrêt de travail pour maladie ou accident à la date de prise d'effet du présent contrat, bénéficient de l'ensemble des garanties dudit contrat.

Le coût de la prise en charge des risques en cours à la date d'effet du contrat est calculé par l'*organisme assureur*. Il pourra prendre la forme d'une prime unique ou d'une sur-cotisation à la charge exclusive du *souscripteur*. Ils doivent être déclarés dans « l'état des risques en cours » remis par l'*organisme assureur*.

1.4. Résiliation du contrat

1.4.1. Modalités de résiliation du contrat

Le *souscripteur* peut résilier le contrat :

- en cas de refus de nouvelles conditions contractuelles, dans les conditions visées à l'article 1.5.2 « Modalités de révision »;
- à l'échéance annuelle du 31 décembre, sous réserve d'en informer l'*organisme assureur* deux mois au moins avant chaque date de renouvellement, soit au plus tard le 31 octobre (le cas échéant le cachet de la poste faisant foi).

Le *souscripteur* peut adresser sa demande en application des dispositions prévues par la loi n°2019-733 du 14 juillet 2019 :

- soit par lettre ou tout autre support durable ;
- Soit au moyen de la fonctionnalité de résiliation en ligne mise à disposition par l'*organisme assureur* et disponible sur le site internet de l'*organisme assureur* ;
- soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'*organisme assureur*;
- soit par acte extrajudiciaire ;
- soit, lorsque l'*organisme assureur* propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication ;
- soit par tout autre moyen prévu par le contrat.

Les moyens de notification retenus par chaque *organisme assureur* sont précisés au Titre 3 « Coordonnées des *organismes assureurs* ».

Le destinataire confirme par écrit la réception de la notification.

D'autre part, le *souscripteur* ou, le cas échéant, l'entreprise l'ayant absorbée doit informer sans délai l'*organisme assureur* par l'un des moyens exposés ci-avant de tout changement d'activité ayant pour conséquence de le placer en dehors du champ d'application de l'*Accord de prévoyance* (notamment à l'occasion d'opérations de fusion-absorption, de restructuration, de regroupements d'activités...). En pareil cas, le contrat sera résilié au plus tard à l'expiration de la période de survie de douze mois prévue à l'article L.2261-14 du Code du travail.

L'*organisme assureur* peut résilier le contrat :

- en cas de non-paiement des cotisations, dans les conditions visées à l'article 1.10.3 ;
- à l'échéance annuelle du 31 décembre, sous réserve d'en informer le *souscripteur* par lettre recommandée, en respectant un préavis de deux mois au moins avant chaque date de renouvellement, soit au plus tard le 31 octobre (le cachet de la poste faisant foi).

En cas de cessation de la recommandation, la continuité de la couverture d'assurance est garantie ; le contrat perdure tant qu'il n'est pas résilié à l'initiative du *souscripteur* ou de l'*organisme assureur*, notamment à l'échéance annuelle du 31 décembre dans les conditions définies ci-avant.

1.4.2. Information des assurés

Quelles que soient l'origine et la cause de la résiliation, le *souscripteur* s'engage à en informer l'ensemble des *assurés*, ainsi que des conséquences précisées ci-après.

1.4.3. Conséquences de la résiliation pour les assurés

- **1.4.3.1 Pour les salariés en activité ou anciens salariés bénéficiant d'un maintien de garanties (hors incapacité temporaire de travail ou invalidité / incapacité permanente)**

Les garanties prennent fin de plein droit à la date d'effet de la résiliation ou du non-renouvellement du contrat, pour tous les *assurés*, qu'ils soient en activité ou dont le contrat de travail est suspendu ou rompu dans les conditions prévues aux articles 1.9.1. « En cas de suspension du contrat de travail » et 1.9.2 « En cas de cessation du contrat de travail ouvrant droit à indemnisation par le régime d'assurance chômage (portabilité) ».

Lorsque l'*organisme assureur* le propose, les *assurés* peuvent disposer de la faculté de solliciter une adhésion, à titre individuel, aux conditions et tarifs en vigueur à l'un des régimes présentés par l'*organisme assureur*. Dans ce cas, ils doivent en faire la demande dans un délai de 6 mois suivant la date d'effet de la résiliation du contrat.

- **1.4.3.2 Pour les salariés en activité ou anciens salariés en incapacité temporaire de travail ou invalidité / incapacité permanente)**

Les salariés ou anciens salariés en incapacité temporaire de travail ou en invalidité / incapacité permanente demeurent bénéficiaires des garanties incapacité temporaire de travail et invalidité / incapacité permanente dès lors que les prestations, immédiates ou différées (invalidité), sont acquises ou nées auprès de l'*organisme assureur* antérieurement à la résiliation ou au non-renouvellement du contrat.

Les prestations continuent d'être versées à un niveau au moins égal à celui de la dernière prestation due ou payée avant la résiliation ou le non-renouvellement et d'être revalorisées dans les conditions prévues à l'article 1.11.3 « Revalorisation ».

Les *assurés* susvisés continuent de bénéficier des garanties décès, tant que :

- ils remplissent les conditions requises pour bénéficier des prestations en cas d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité / incapacité permanente au titre du présent contrat ;
- ils perçoivent une prestation en cas d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité / incapacité permanente de la part de la Sécurité sociale ;
- ils n'ont pas liquidé la pension de vieillesse du régime de base de la Sécurité sociale ou du régime complémentaire unifié AGIRC - ARRCO. Par exception, en cas de cumul emploi-retraite, les garanties décès seront maintenues pendant la période de versement des indemnités journalières de la Sécurité sociale.

Les garanties décès qui s'appliquent sont celles en vigueur à la date de la résiliation pour les salariés présents à l'effectif et, pour les anciens salariés, les garanties décès en vigueur à la date de leur radiation des effectifs ou à la date de fin de leur période de maintien des garanties (cas des anciens salariés indemnisés par le régime d'assurance chômage visé à l'article 1.9.2 « En cas de cessation du contrat de travail ouvrant droit à indemnisation par le régime d'assurance chômage (portabilité) »).

- **1.4.3.3 Pour les bénéficiaires de la garantie rente d'éducation**

Les rentes d'éducation, en cours de service ou nées auprès de l'Ocirp antérieurement à la résiliation ou au non-renouvellement du contrat, sont versées et revalorisées jusqu'à leur terme.

1.5. Révision du contrat

1.5.1. Evolutions conventionnelles et réglementaires

Le contrat a vocation à être conforme aux dispositions conventionnelles dont relève le *souscripteur*. Dans le cas où les partenaires sociaux apportent des modifications à l'*Accord de prévoyance*, le présent contrat sera modifié en conséquence.

Les garanties et les taux de cotisations sont définis en fonction de la législation et de la réglementation en vigueur à la date de leur prise d'effet.

En cas d'instauration ou de modification par les pouvoirs publics de taxes, contributions ou charges de toute nature, assises sur les cotisations et/ou en cas de modification de la législation ou de la réglementation, l'*organisme assureur* est fondé à les répercuter sur le présent contrat.

Pour les garanties dont les montants et modalités sont établis en considération des conditions en vigueur dans d'autres régimes (Sécurité sociale, etc.), les changements apportés à ces conditions postérieurement à la date de prise d'effet du présent contrat ne sauraient avoir pour effet d'augmenter l'étendue des engagements de l'*organisme assureur* qui sera, en pareil cas, fondé à apporter à l'expression de ses garanties, les aménagements nécessaires.

1.5.2. Modalités de révision

Les modifications apportées au contrat font l'objet d'un avenant adressé au *souscripteur*.

Le *souscripteur* peut refuser la proposition de l'*organisme assureur* dans les trente jours qui suivent la réception de l'avenant portant modification **en envoyant sa demande de résiliation par l'un des moyens exposés à l'article 1.4.1. « Modalités de résiliation du contrat »**. Le contrat est alors résilié le dernier jour du trimestre civil au cours duquel le délai susvisé expire.

En cas d'absence de réponse dans les trente jours de l'envoi de la notification par lettre recommandée de l'*organisme assureur*, l'*organisme assureur* considérera que le *souscripteur* a accepté les nouvelles conditions. Elles prendront effet à la date de modification mentionnée sur l'avenant.

Jusqu'à la date d'effet de la modification du contrat, les dispositions antérieures continuent à s'appliquer au contrat.

1.6. Affiliation des salariés

1.6.1. Conditions et formalités d'affiliation des salariés

Le *souscripteur* s'engage à affilier tous les salariés présents et futurs appartenant à la (aux) catégorie(s) de personnel définie(s) aux conditions particulières, le cas échéant, au moyen du formulaire individuel d'affiliation mis à disposition par l'*organisme assureur*.

Ainsi la notion de salariés comprend :

- la totalité des salariés du *souscripteur*, qui appartiennent à la *catégorie assurée* définie aux conditions particulières :
 - les salariés dont le contrat de travail est en vigueur,
 - les salariés en suspension de contrat de travail et qui bénéficient d'un maintien des garanties tel que prévue à l'article 1.9.1.
- les anciens salariés du *souscripteur* bénéficiant de la *portabilité* au titre d'un précédent contrat collectif à adhésion obligatoire, immédiatement antérieur à la date d'effet du présent contrat, jusqu'à expiration de leurs droits.

1.6.2. Information des salariés

L'*organisme assureur* établit et remet au *souscripteur* un exemplaire de la notice d'information définissant les garanties souscrites, leurs modalités d'entrée en vigueur, ainsi que les formalités à accomplir en cas de *sinistre*.

Conformément aux dispositions légales :

- Il est de la responsabilité du *souscripteur* de remettre aux *assurés* la notice d'information établie par l'*organisme assureur* et de porter à la connaissance des *assurés* les modifications apportées à leurs droits et obligations.
- La preuve de la remise de la notice d'information ou de l'information relative aux modifications des droits et obligations incombe au *souscripteur*.

1.7. Prise d'effet de l'affiliation et des garanties

1.7.1. Prise d'effet de l'affiliation

Les salariés sont couverts pour autant qu'ils appartiennent à la (aux) catégorie(s) de personnel définie(s) aux conditions particulières.

- **A la souscription du contrat**

L'affiliation des salariés prend effet à la même date que le contrat.

- **En cours de contrat**

L'affiliation des personnes assurables prend effet à la date d'entrée dans la *catégorie assurée* (embauche, promotion, ...).

1.7.2. Prise d'effet des garanties

Les garanties prennent effet, pour chaque *assuré*, à la date d'effet de son affiliation.

1.7.3. Modifications des garanties en cours de contrat

En cas de modification des garanties incapacité temporaire de travail, invalidité / incapacité permanente et/ou décès, les *assurés*, dont les garanties sont maintenues au titre de la *portabilité*, sont couverts selon les nouvelles garanties.

En cas de modification des garanties incapacité temporaire de travail et invalidité / incapacité permanente, les *assurés* en arrêt de travail pour maladie ou accident restent couverts selon les modalités contractuelles en vigueur à la date de sinistre.

En cas de modification des garanties décès, les *assurés* en arrêt de travail pour maladie ou accident, figurant toujours aux effectifs, sont garantis suivant ces nouvelles modalités. Si leur contrat de travail est rompu, ils seront couverts selon les modalités en vigueur à la date de radiation des effectifs.

1.8. Cessation de l'affiliation et des garanties

1.8.1. Cessation de l'affiliation

Important



L'affiliation au contrat prend fin pour chaque *assuré* dans les cas suivants :

- en cas de non-paiement des cotisations dans les conditions prévues à l'article 1.10.3. « Défaut de paiement des cotisations » ;
- à la date à laquelle il cesse d'appartenir à la *catégorie assurée* ;
- à la date de suspension du contrat de travail sauf dans les cas prévus à l'article 1.9.1. « En cas de suspension du contrat de travail » ;
- à la date de rupture de son contrat de travail, quel qu'en soit le motif, sauf dans les cas prévus à l'article 1.9.2 « En cas de cessation du contrat de travail ouvrant droit à indemnisation par le régime d'assurance chômage (portabilité) » ;
- à la date de la liquidation normale ou anticipée de sa pension d'assurance vieillesse d'un régime obligatoire quel qu'en soit le motif, sauf cumul emploi retraite ;
- à la date de résiliation du contrat quel qu'en soit le motif, sauf application de l'article 1.4.3.2 « Pour les salariés en activité ou anciens salariés en incapacité temporaire de travail ou en invalidité / incapacité permanente » ;
- à la date du décès de *l'assuré*.

1.8.2. Cessation des garanties

Les garanties cessent pour chaque *assuré* à la date de cessation de son affiliation.

1.9. Maintien des garanties

1.9.1. En cas de suspension du contrat de travail

1.9.1.1 Principe

Les garanties sont suspendues de plein droit pour les salariés dont le contrat de travail est suspendu, sauf application des dispositions qui suivent.

Le *souscripteur* doit informer *l'organisme assureur* de la période suspension du contrat de travail dans un délai de trente jours.

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 1er 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.

1.9.1.2 Suspension du contrat de travail rémunérée

Les garanties continuent à s'appliquer aux *assurés* dont le contrat de travail est suspendu, s'ils sont :

- bénéficiaires d'un maintien total ou partiel de salaire versé par le *souscripteur* ;
- ou
- en arrêt de travail, indemnisés à ce titre par la Sécurité sociale ou par un régime complémentaire de prévoyance que le *souscripteur* finance au moins pour partie ;
- ou
- bénéficiaires d'un revenu de remplacement versé par le *souscripteur* en raison :
 - d'une situation d'activité partielle ou activité partielle de longue durée (activité totalement suspendue ou réduction des horaires de travail)
 - de toute période de congé rémunéré par le *souscripteur* (reclassement, mobilité...).

En cas de maladie ou d'accident survenu pendant le congé maternité, entraînant la non-reprise du travail à l'issue du congé, les garanties sont maintenues.

Tant que les *assurés* remplissent les conditions ci-avant, les garanties sont maintenues moyennant le paiement des cotisations dans les conditions définies à l'article 1.10 (sauf exonération prévue par ce même article).

Les évolutions de garanties sont applicables durant ce maintien de garanties.

1.9.1.3 Suspension du contrat de travail non rémunérée

En cas de suspension du contrat de travail non visé à l'article 1.9.1.2 ci-avant, les garanties sont suspendues dès le premier jour de la suspension du contrat de travail.

Pendant la durée des congés légaux non rémunérés ni indemnisés, et au maximum pendant douze mois, les garanties en cas de décès (garanties capital décès / allocation d'obsèques / rente éducation) peuvent toutefois être maintenues, à la demande de l'intéressé, moyennant le paiement d'une cotisation individuelle à la charge exclusive de l'*assuré*. Ce dispositif individuel est géré hors du présent contrat collectif.

Par exception, le fonds dédié au « Degré élevé de solidarité » finance dans la limite des sommes qui y sont allouées et uniquement pour une période d'un an, l'intégralité de la cotisation prévoyance relative aux garanties en cas de décès (garanties capital décès / allocation d'obsèques / rente éducation) pour les salariés en congé parental d'éducation à temps plein.

En cas d'invalidité réduisant ou empêchant la reprise d'activité à l'issue du congé, la garantie incapacité – invalidité s'applique à compter de cette date.

1.9.2. En cas de cessation du contrat de travail ouvrant droit à indemnisation par le régime d'assurance chômage (portabilité)

En cas de cessation du contrat de travail ouvrant droit à indemnisation par le régime d'assurance chômage, non consécutive à une faute lourde, l'*assuré* bénéficie à titre gratuit du maintien des garanties.

Le *souscripteur* doit en aviser l'*organisme assureur* dans un délai de trente jours qui suit la cessation du contrat de travail.

Le maintien des garanties prend effet au lendemain de la date de cessation du contrat de travail pour une période égale à la durée d'indemnisation chômage et dans la limite de la durée :

- du dernier contrat de travail de l'ancien salarié, ou le cas échéant,
- des derniers contrats de travail consécutifs chez le *souscripteur*.

Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, **sans pouvoir excéder douze mois**. Les prestations sont versées directement à l'*assuré*.

Le maintien des garanties cesse à la date de :

- cessation du versement des allocations payées par le régime d'assurance chômage quel qu'en soit la cause ;
- liquidation de la pension de vieillesse du régime obligatoire de l'ancien salarié ;
- cessation de la durée de maintien à laquelle l'ancien salarié a droit ;
- résiliation du contrat.

Les indemnités journalières sont versées dans la limite du montant de l'allocation nette du régime obligatoire d'assurance chômage à laquelle l'assuré ouvre droit et qu'il aurait perçue au titre de la même période. Si l'allocation chômage due à l'assuré n'a pas encore été versée, celle-ci sera reconstituée sur la base des conditions du régime d'assurance chômage applicables au jour de l'incapacité.

En tout état de cause, les droits garantis par le présent 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.

Toute suspension des allocations chômage pour cause de maladie ou pour tout autre motif n'a pas pour effet de prolonger d'autant la période de maintien des garanties.

En cas de modification du contrat, les modifications de garanties sont appliquées à l'ancien salarié dans les conditions visées à l'article 1.7.3. « Modifications des garanties en cours de contrat ».

1.9.3. Maintien des garanties décès après rupture du contrat de travail

1.9.3.1 En cas d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité / incapacité permanente

Les garanties décès (garanties capital décès / allocation d'obsèques / rente éducation) sont maintenues aux assurés qui, à la date de rupture du contrat de travail (ou à la date d'expiration de la période de maintien de garantie prévues au contrat pour les anciens salariés indemnisés par le régime d'assurance chômage) sont en arrêt de travail, dès lors qu'ils sont et continuent d'être indemnisés par la Sécurité sociale au titre d'une incapacité temporaire de travail, d'une invalidité, d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, et ce jusqu'à la date de survenance de l'un des événements suivants :

- reprise d'une activité professionnelle ;
- cessation du versement des prestations par la Sécurité sociale au titre de l'état de maladie ou d'invalidité ;
- entrée en jouissance d'une pension de retraite servie par le régime général de la Sécurité sociale (sauf cas de cumul emploi-retraite).

Lorsque l'assuré reprend une activité partielle, le cas échéant auprès d'un autre employeur, le maintien de garantie porte sur la base de calcul des prestations définie à l'article 1.11.1 « base de calcul des prestations », diminuée du salaire de référence afférant à l'activité reprise.

1.9.3.2 En cas de rupture du contrat de travail sans indemnisation du régime d'assurance chômage

En cas de rupture du contrat de travail sans indemnisation par le régime d'assurance chômage, les garanties en cas de décès (garanties capital décès / allocation d'obsèques / rente éducation) peuvent être maintenues, à la demande de l'ancien salarié, moyennant le paiement d'une cotisation individuelle, jusqu'à la reprise d'une activité et, sans reprise d'activité, au maximum pendant une durée de douze mois. Ce dispositif individuel est géré en dehors du présent contrat.

1.10. Cotisations

1.10.1. Base de calcul des cotisations

La base de calcul des cotisations est exprimée en pourcentage du **salaire annuel brut servant de base aux cotisations de la Sécurité sociale, à l'exclusion :**

- de la part déclarée à la Sécurité sociale des indemnités journalières complémentaires versées au titre du présent contrat ;
- de toutes sommes versées en raison de la rupture du contrat de travail (primes, indemnités et rappels), lors du départ de l'entreprise ou ultérieurement.

Les taux de cotisations, indiqués aux conditions particulières, sont limités au plafond des tranches de salaire 1 et 2 :

- Tranche 1 ou « T1 » : tranche de salaire limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale ;
- Tranche 2 ou « T2 » : tranche de salaire comprise entre une fois et huit fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.

Le salaire brut défini ci-dessus est limité au plafond de la tranche 2 pour l'ensemble du personnel.

Pour les salariés en suspension du contrat de travail bénéficiant du maintien de garanties et percevant un revenu de remplacement versé par le *souscripteur* en application de l'article 1.9.1.2, la base de calcul des cotisations est égale au montant de l'indemnisation perçue dans le cadre de la suspension du contrat de travail.

Pour les salariés ou anciens salariés ayant demandé à bénéficier d'un maintien des garanties décès (garanties capital décès / allocation d'obsèques / rente éducation) moyennant le paiement d'une cotisation individuelle (suspension du contrat de travail sans rémunération ni indemnisation, rupture du contrat de travail sans indemnisation chômage) en application de l'article 1.9.1.3 ou de l'article 1.9.3.2, l'assiette fictive de cotisation sera calculée à partir des salaires des douze derniers mois d'activité, le cas échéant reconstitués en cas de période de référence inférieure à douze mois.

Enfin, par dérogation, aucune cotisation n'est due pour tout *assuré* bénéficiant des prestations du présent régime.

1.10.2. Modalités de paiement des cotisations

Les cotisations annuelles, y compris les taxes présentes ou futures et contributions éventuelles, sont payables trimestriellement à terme échu dans les dix premiers jours de chaque trimestre civil.

Le *souscripteur* est seul responsable du paiement des cotisations. À ce titre, il procède lui-même à leur calcul notamment à partir de la fiche de paramétrage DSN, et à leur versement aux échéances prévues.

Le *souscripteur* doit respecter les obligations mentionnées au point « Obligations générales » de l'article 1.2.3. « Obligations d'information du *souscripteur* ».

1.10.3. Défaut de paiement des cotisations

En cas de non-paiement d'une cotisation au terme du délai de dix jours de son échéance, *l'organisme assureur* adresse une lettre recommandée de mise en demeure avec avis de réception au *souscripteur*.

Si le paiement n'intervient pas, les garanties sont suspendues trente jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure et le contrat est résilié dix jours après la date d'effet de la suspension.

La résiliation met fin aux garanties selon les modalités prévues à l'article 1.4.3. « Conséquences de la résiliation pour les assurés ».

Dans tous les cas, les cotisations antérieures à la date de résiliation du contrat restent dues. *L'organisme assureur* a la faculté d'en poursuivre le recouvrement par tous moyens de droit.

1.11. Prestations

1.11.1. Base de calcul des prestations

La base de calcul des prestations correspond au salaire brut servant de base au calcul des cotisations de Sécurité sociale au cours des douze mois précédant l'événement ouvrant droit à prestation, perçu au titre d'activités salariées effectuées dans les entreprises relevant du champ d'application de la convention collective nationale. Il est calculé en tenant compte de tous les éléments du salaire (13^e mois, primes, avantages en nature).

La base de calcul des prestations est limitée aux tranches de salaire 1 et 2 pour les garanties concernées :

- Tranche 1 (« T1 ») : tranche de salaire limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale ;
- Tranche 2 (« T2 ») : tranche de salaire comprise entre une fois et huit fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.

Pour les salariés ayant moins de douze mois d'ancienneté dans la profession :

- au titre des garanties décès, le salaire annuel de référence défini ci-avant est calculé en ajoutant la rémunération que l'intéressé aurait pu percevoir au titre de la période nécessaire pour compléter les douze mois ;
- au titre des garanties incapacité temporaire de travail et invalidité / incapacité permanente, le salaire de référence défini ci-dessus est calculé à partir de la période effective d'emploi.

Il est précisé que la base de calcul des prestations intègre, le montant de l'indemnisation versée dans le cadre de la suspension du contrat de travail visée à l'article 1.9.1 (indemnisation légale, le cas échéant complétée d'une indemnisation complémentaire ou conventionnelle versée par l'employeur).

Pour les anciens salariés bénéficiaires d'un maintien de garantie en application de l'article 1.9.2, de l'article 1.9.3.1 (et selon les modalités qui y sont prévues) ou de l'article 1.9.3.2, la période de référence retenue est celle des douze mois civils ayant précédé la cessation du contrat de travail, le cas échéant reconstitué fictivement en cas de période incomplète, comme indiqué ci-dessus.

Pour les salariés bénéficiaires d'un maintien de garanties en application de l'article 1.9.1.3, la période de référence retenue est celle des douze mois civils ayant précédé la date de suspension du contrat de travail.

Pour les salariés sous contrat de travail intermittent, la rémunération annuelle de référence est celle prévue par le contrat de travail, à laquelle s'ajoutent les heures complémentaires effectuées au cours des douze derniers mois.

Lorsque les salaires pris en considération pour le calcul du salaire de référence du capital décès et du capital pour perte totale et irréversible d'autonomie sont antérieurs aux douze mois civils précédant immédiatement le décès ou la perte totale et irréversible d'autonomie, ces salaires sont éventuellement actualisés sur la base des taux de revalorisation des prestations précisés à l'article 1.11.3 « Revalorisation ».

Lorsque les cotisations sont assises sur une tranche des salaires, seule cette tranche est prise en considération pour la détermination des prestations calculées en fonction du salaire de référence.

Au titre de la garantie incapacité temporaire de travail, la base de calcul de la prestation journalière est celle définie ci-avant divisée par 365.

1.11.2. Modalités d'ouverture du droit à prestation et délai de transmission des pièces justificatives

Tout *sinistre* ouvrant droit à garantie doit être déclaré selon les modalités prévues à cet effet.

Le versement des prestations dans les conditions mentionnées au contrat est subordonné à la réception, par *l'organisme assureur*, de l'ensemble des pièces justificatives, en tant que condition préalable de l'ouverture du droit à garantie. Ainsi, *l'organisme assureur* effectue le paiement des prestations à compter de la réception de l'ensemble des pièces déclaratives énumérées au titre de chaque garantie (au plus tard dans un délai d'un mois s'agissant des prestations en cas de décès).

L'organisme assureur peut vérifier l'exactitude des informations communiquées et réclamer le cas échéant les informations complémentaires qu'il jugera nécessaires.

L'ensemble des pièces déclaratives doit parvenir à l'organisme assureur dans les **six mois** qui suivent la réalisation du *sinistre* ouvrant droit à prestation (dans les plus brefs délais en cas de décès).

La transmission hors délais des pièces déclaratives constituant un préjudice certain à l'organisme assureur (notamment : l'impossibilité pour l'organisme assureur de pouvoir procéder à un contrôle médical pertinent), **ce dernier retiendra** sans contrevir aux dispositions relatives à la prescription, **la date de réception des dites pièces déclaratives comme point de départ du paiement des prestations.**

1.11.3. Revalorisation

La revalorisation des indemnités journalières et rentes d'invalidité/incapacité permanente sera calculée sur la base d'un taux défini par *l'Accord de prévoyance* sur décision des partenaires sociaux, en fonction des résultats du régime.

Les prestations incapacité temporaire de travail et invalidité/incapacité permanente en cours de service sont revalorisées, une fois par an, au 1^{er} janvier, lorsque l'assuré justifie d'un arrêt de travail d'une durée égale ou supérieure à 180 jours continus à la date d'application de la revalorisation.

A effet du 1^{er} janvier 2023, les partenaires sociaux ont fixé le taux à hauteur de 2.5 %.

A effet du 1^{er} janvier 2024, les partenaires sociaux ont fixé le taux à hauteur de 2%.

A effet du 1^{er} janvier 2025, les partenaires sociaux ont fixé le taux à hauteur de 2%.

Pour autant, ces taux pourront être rediscutés annuellement en fonction des résultats du régime.

En cours de vie du contrat, en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie à la suite d'un arrêt de travail, les salaires servant de base au calcul du capital décès ou du capital pour perte totale et irréversible d'autonomie sont revalorisés sur la base des taux définis ci-dessus et constatés entre :

- la date du décès ou la date de l'exigibilité du capital en cas de perte totale et irréversible d'autonomie, et
- la date d'arrêt de travail.

Les partenaires sociaux se prononceront sur la revalorisation applicable au titre du salaire de référence servant de base au calcul du capital décès / capital pour perte totale et irréversible d'autonomie à compter du 1^{er} janvier 2026.

En cas de résiliation du contrat d'assurance, les prestations continueront à être servies à leur niveau atteint lors de la résiliation.

Les prestations continueront d'être revalorisées par l'organisme assureur résilié en cas d'absence de nouvel assureur.

En présence d'un nouvel assureur des garanties concernées, la revalorisation des prestations est prise en charge par celui-ci.

S'agissant de la rente éducation les prestations sont revalorisées annuellement, avant et après résiliation, sur décision du conseil d'administration de l'OCIRP.

1.11.4.Revalorisation spécifique des prestations décès

Revalorisation jusqu'à la réception des pièces justificatives nécessaires au paiement ou jusqu'au transfert à la Caisse des dépôts et consignations

En cas de décès de la personne garantie, le montant des prestations décès (qu'elles soient versées sous forme de capital ou de rente) est revalorisé jusqu'à la réception des pièces justificatives nécessaires au paiement et au plus tard jusqu'au transfert à la Caisse des dépôts et consignations suivant les modalités prévues ci-après.

À compter de la date du décès de l'*assuré* et jusqu'à la date de réception par l'*organisme assureur* des pièces justificatives, il sera accordé, pour chaque année civile, une revalorisation, nette de frais, égale au moins élevé des deux taux suivants :

- Soit la moyenne sur les douze derniers mois du taux moyen des emprunts de l'Etat français (TME), calculée au 1^{er} novembre de l'année précédente ;
- Soit le dernier taux moyen des emprunts de l'Etat français (TME) disponible au 1^{er} novembre de l'année précédente.

Les revalorisations visées au présent paragraphe sont également applicables postérieurement à la résiliation ou au non-renouvellement du contrat.

Cas des prestations n'ayant pas fait l'objet d'une demande de versement par le(s) bénéficiaires

Conformément à l'article L.132-27-2 du Code des assurances, les sommes dues au titre des contrats d'assurance sur la vie qui ne font pas l'objet d'une demande de versement des prestations décès sont déposées par l'*organisme assureur* à la Caisse des dépôts et consignations à l'issue d'un délai de dix ans à compter de la date de connaissance du décès par l'*organisme assureur*.

Les prestations décès déposées à la Caisse des dépôts et consignations qui n'ont pas été réclamées par le(s) bénéficiaire(s) sont acquises à l'Etat à l'issue d'un délai de vingt ans à compter de la date de leur dépôt à la Caisse des dépôts et consignations.

Pour l'application des dispositions du présent article, la date de connaissance du décès par l'*organisme assureur* correspond à la réception par celui-ci de l'acte de décès.

1.12. Exclusions

Pour l'ensemble des garanties, sont exclus les *sinistres* résultant :

- d'une guerre civile ou étrangère dès lors que l'*assuré* y prend une part active ;
- des effets directs et indirects d'explosion, de dégagement de chaleur ou de radiations provenant d'une transmutation du noyau de l'atome, telles que par exemple : la fission, la fusion, la radioactivité, ou du fait de radiations provoquées par l'accélération des particules atomiques ;
- de faits intentionnels provoqués par l'*assuré* (hors suicide).

Pour la garantie décès accidentel, sont exclus en outre les *sinistres* résultant :

- de l'usage de stupéfiants, lorsqu'ils n'entrent pas dans le cadre d'un traitement médicalement prescrit ;
- des conséquences de l'état d'ivresse constaté médicalement par un taux d'alcoolémie susceptible d'être pénalement sanctionné par la législation française en vigueur pour la conduite d'un véhicule et si l'*assuré* est reconnu comme étant responsable de l'accident ;
- de vols sur appareils non munis d'un certificat de navigabilité ou pour lesquels le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valide ;
- de vols sur aile volante, sur ULM, de la pratique de parapente, de saut à l'élastique ou en parachute ;
- de la pratique de toute activité sportive sans respecter les règles élémentaires de Sécurité recommandées par les pouvoirs publics ou par la fédération du sport correspondant à l'activité,
- de rixes, sauf en cas de légitime défense ;
- d'émeutes quel que soit le lieu où se déroulent les événements et quels que soient les protagonistes dès lors que l'*assuré* y prend une part active.

Pour les garanties incapacité temporaire de travail et invalidité / incapacité permanente, sont exclus les *sinistres* résultant :

- de faits intentionnellement causés ou provoqués par l'*assuré* ,
- d'attentats ou d'agressions dès lors que l'*assuré* y participe ;
- d'un acte effectué sous l'emprise de l'ivresse si le taux d'alcoolémie est égal ou supérieur aux limites fixées 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 ;

- de la pratique des sports automobiles, motocyclistes à titre professionnel ou amateur et de tous les autres sports à titre professionnel ;
- d'accidents et maladies dus aux effets directs ou indirects d'explosion, de chaleur ou de radiations provenant d'une transmutation du noyau de l'atome, telles que par exemple : la fission, la fusion, la radioactivité, ou du fait de radiations provoquées par l'accélération des particules atomiques ;
- d'un congé normal de maternité.

1.13. Références légales

1.13.1. Déchéance

Le *bénéficiaire* qui a été condamné pour avoir donné volontairement la mort à l'*assuré* est déchu du bénéfice des garanties, celles-ci produisant leur effet au profit des autres bénéficiaires.

L'*assuré* ou le *bénéficiaire* de la prestation est déchu de tout droit à indemnisation au titre du *sinistre* concerné :

- s'il fait volontairement une fausse déclaration de *sinistre* ou à l'occasion d'un *sinistre*, portant sur la date, la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences du *sinistre*,
- s'il fournit ou utilise sciemment des renseignements ou des documents inexacts, fabriqués ou falsifiés comme justificatifs ou use d'autres moyens frauduleux en vue d'obtenir le versement des prestations.

Il s'expose également à des poursuites pénales de la part de l'*organisme assureur*.

1.13.2. Prescription

Les actions relatives au contrat sont prescrites dans un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois ce délai ne court :

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

Lorsque le *souscripteur*, l'*assuré* ou le *bénéficiaire* intente une action en justice à l'encontre de l'*organisme assureur* et que celle-ci a pour fondement le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court qu'à compter du jour où ce tiers a lui-même exercé l'action en justice à l'encontre du *souscripteur*, de l'*assuré* ou du *bénéficiaire* ou a été indemnisé par le *souscripteur*, l'*assuré* ou le *bénéficiaire*.

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

Elle est portée à dix ans pour les opérations dont l'objet est de contracter des engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, si le bénéficiaire n'est pas l'assuré et, dans les opérations relatives à la couverture du risque accident, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré en cas de décès de celui-ci.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'*assuré*.

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

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

La prescription est également interrompue par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi :

- d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique avec avis de réception lorsque l'*organisme assureur* s'adresse au *souscripteur* en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation,
- d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique avec avis de réception lorsque l'*assuré* ou le *bénéficiaire* s'adresse à l'*organisme assureur* en ce qui concerne le règlement de la prestation.

La prescription est suspendue à compter du jour où les parties à un litige conviennent de recourir au Médiateur ou, à défaut d'accord, à compter du jour de la saisine du Médiateur par l'une ou l'autre des parties. Le délai de prescription recommence à courir à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux ou soit le Médiateur, déclarent que la médiation est terminée.

1.13.3. Subrogation

Lorsque l'*assuré* est atteint d'une affection ou est victime d'un accident susceptible d'être indemnisé par un tiers responsable, l'*organisme assureur* dispose d'un recours subrogatoire légal concernant les indemnités journalières et les rentes d'invalidité/incapacité permanente qu'il a payées contre la personne tenue à réparation ou son *organisme assureur*.

Par ailleurs, les prestations que l'*organisme assureur* verse en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie et dont les modalités de calcul sont en relation directe avec les revenus salariaux de l'*assuré*, constituent une avance sur recours. En conséquence, l'*assuré*, le *bénéficiaire* ou leurs ayants droit subrogent expressément l'*organisme assureur* dans leurs droits ou actions contre l'*organisme assureur* du tiers responsable dans la limite des prestations versées.

L'*assuré* victime d'un dommage causé par un tiers responsable, le *bénéficiaire* ou leurs ayants-droit doivent en informer l'*organisme assureur* lors de la demande de prestation.

1.13.4. Réclamation – Médiation

Toutes les demandes d'information relatives au contrat doivent être adressées à l'*organisme assureur* dont dépend l'*assuré*.

Toute réclamation concernant l'application du contrat peut être adressée à l'*organisme assureur* à(aux) adresse(s) mentionnée(s) au Titre 3 « Coordonnées des *organismes assureurs* ».

Le service réclamation accusera réception de la réclamation dans les 10 jours ouvrables suivant la date d'envoi de la réclamation écrite (sauf si la réponse à la réclamation est apportée dans ce délai) et, en tout état de cause, apportera une réponse à la réclamation dans un délai de deux mois à compter de l'envoi de la première-réclamation écrite.

Lorsqu'aucune solution à un litige n'a pu être trouvée, le *souscripteur*, l'*assuré* et/ou les *bénéficiaires* peuvent s'adresser au médiateur (Cf. les coordonnées du médiateur mentionnées au Titre 3).

Le demandeur peut ainsi saisir le médiateur :

- dans un délai de 2 mois après sa première réclamation écrite, qu'il ait reçu une réponse ou non de la part de l'*organisme assureur*,

- et en tout état de cause, dans un délai maximum d'un an à compter de la date de sa première réclamation écrite.

Si le réclamant n'est pas satisfait de la décision rendue, il conserve tous ses droits et notamment la possibilité de se pourvoir devant les tribunaux.

1.13.5. Juridiction compétente

A défaut de règlement amiable, toute difficulté entre les parties liées au contrat sera portée devant le tribunal français compétent.

1.13.6. Protection des données à caractère personnel

Conformément à la réglementation européenne et française en matière de données à caractère personnel, en particulier le Règlement Général sur la Protection des Données n°2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD ») et la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés »), l'*assuré* et les *bénéficiaires* sont informés par l'*organisme assureur*, responsable du traitement des données à caractère personnel collectées, que :

L'*organisme assureur* a désigné un délégué à la protection des données à caractère personnel qui peut être contacté à l'adresse de l'*organisme assureur* mentionnée au Titre 3 « Coordonnées de l'*organisme assureur* ».

1. Les données à caractère personnel de l'*assuré* et des *bénéficiaires* peuvent être collectées et traitées pour les finalités suivantes :

- la souscription, la gestion, y compris commerciale, et l'exécution du contrat d'assurance ainsi que la gestion ou l'exécution de tout autre contrat souscrit auprès de l'*organisme assureur* ou d'autres sociétés du groupe de l'*organisme assureur* ;
- la gestion des avis de l'*assuré* et des *bénéficiaires* sur les produits, services ou contenus proposés par l'*organisme assureur* ou ses partenaires ;
- l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- l'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par l'*assuré* et les *bénéficiaires* ;
- l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement, une fois les données anonymisées par des procédés techniques permettant de s'assurer de la non ré-identification de l'*assuré* et des *bénéficiaires* ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme et à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à son inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, incluant un dispositif mutualisé des données des contrats et des *sinistres* déclarés auprès des *organismes assureurs*, mis en œuvre par l'Agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance (ALFA) ;

- la proposition à l'*assuré* et les bénéficiaires de produits, de services et/ou d'outils permettant de réduire la sinistralité ou d'offrir un contrat ou une prestation complémentaire par l'*organisme assureur* ou ses partenaires ;
- la mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation, à destination de l'*assuré* et des bénéficiaires.

L'*organisme assureur* s'engage à ne pas exploiter les données personnelles de l'*assuré* et des bénéficiaires pour d'autres finalités que celles précitées.

Sont notamment nécessaires à la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance, les données à caractère personnel suivantes : des données d'identification, des données relatives à sa situation familiale, économique, patrimoniale et financière, professionnelle, à sa vie personnelle, à sa santé, à l'appréciation du risque, à la gestion du contrat, etc. De plus, en sa qualité d'organisme d'assurance, l'*organisme assureur* utilise le NIR (dénommé couramment « numéro de Sécurité sociale ») de l'*assuré* et des bénéficiaires pour la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et la mise en œuvre des échanges ou traitements intéressant plusieurs acteurs de la protection sociale.

En dehors des traitements nécessaires aux fins de l'exécution des obligations en matière de protection sociale, le consentement explicite et spécifique de l'*assuré* et des bénéficiaires est recueilli pour permettre le traitement de données personnelles de santé, conformément à la loi Informatique et Libertés et à l'article 9 du RGPD.

Les destinataires des données à caractère personnel de l'*assuré* et des bénéficiaires sont, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités réalisées : les services de l'*organisme assureur* dont le personnel est en charge des traitements portant sur ces données, ainsi que les sous-traitants éventuels, les délégataires de gestion, les intermédiaires d'assurance, les réassureurs et coassureurs, les organismes professionnels habilités, les partenaires et les sociétés extérieures s'il y a lieu.

Les données de santé de l'*assuré* et des bénéficiaires sont destinées au Service médical de l'*organisme assureur* et à toute personne placée sous la responsabilité du Service Médical, exclusivement aux fins de la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance. Elles ne sont en aucun cas utilisées à des fins commerciales.

L'*organisme assureur* s'engage à ce que les données à caractère personnel de l'*assuré* et des bénéficiaires ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

Les données à caractère personnel relatives à la santé de l'*assuré* et des bénéficiaires sont traitées dans des conditions garantissant leur Sécurité notamment par la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles renforcées.

Si des données à caractère personnel de l'*assuré* et des bénéficiaires venaient à être traitées chez un tiers situé dans un pays hors de l'Union européenne et ne présentant pas un niveau de protection des données personnelles reconnu adéquat par la Commission européenne, l'*organisme assureur* s'assurera que le tiers s'est engagé par contrat, via les clauses contractuelles types de la Commission européenne, au respect de la réglementation européenne en matière de protection des données à caractère personnel.

Les durées de conservation des données à caractère personnel traitées dans le cadre de la gestion des contrats d'assurance et de la relation clients avec l'*assuré* et les bénéficiaires varient en fonction des finalités susvisées et sont conformes aux recommandations de la CNIL. En tout état de cause, le calcul de ces durées est réalisé en fonction des finalités pour lesquelles les données sont collectées, de la durée de la relation contractuelle, des obligations légales de l'*organisme assureur* et des prescriptions légales applicables.

L'*organisme assureur* et ses partenaires s'engagent (1) à prendre les mesures techniques et organisationnelles appropriées pour garantir un niveau de Sécurité et de confidentialité adapté au risque présenté par le traitement des données de l'*assuré* et des bénéficiaires et (2) à notifier à la CNIL et informer ces derniers en cas de violation de leurs données dans les limites et conditions des articles 33 et 34 du RGPD.

2. L'*assuré* et les bénéficiaires disposent d'un droit de demander l'accès à leurs données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, et de décider du sort de leurs données, post-mortem. L'*assuré* et les bénéficiaires disposent également d'un droit de s'opposer au traitement à tout moment pour des raisons tenant à leur situation particulière, de limiter le traitement dont ils font l'objet et d'un droit à la portabilité des données à caractère personnel dans les limites fixées par la loi. Ils disposent enfin de la possibilité de s'opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est réalisée de manière ciblée.

Ces droits peuvent être exercés à l'adresse de l'*organisme assureur* mentionnée au Titre 3 « Coordonnées de l'*organisme assureur* ».

En cas de réclamation relative à la protection des données, l'*assuré* et les bénéficiaires disposent également du droit de contacter la CNIL directement sur son site internet <https://www.cnil.fr/fr/agir> ou par courrier à l'adresse suivante : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy - TSA 80715, 75334 PARIS CEDEX 07.

L'*assuré* et les bénéficiaires disposent également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique « Bloctel ». Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr.

1.13.7. Lutte contre la corruption, le trafic d'influence, le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme – Mesures restrictives et sanctions internationales

Lutte contre la corruption et le trafic d'influence

Le souscripteur déclare et garantit à l'organisme assureur qu'à tout moment et que pendant toute la durée du contrat :

- Il a pris connaissance et s'engage à respecter les lois et réglementations relatives à la lutte contre la corruption et au trafic d'influence applicables pour l'exécution du contrat, et confirme respecter également les principes fixés dans le Code d'éthique des affaires et le cas échéant dans le Guide de lutte anti-corruption de l'organisme assureur selon les modalités mises à disposition ;
- Il n'a commis aucun acte qualifiable de corruption ou contraire à l'éthique des affaires et à la déontologie commerciale, susceptible d'influencer le processus de contractualisation du présent contrat ;
- La négociation, la passation et l'exécution du contrat n'ont pas donné, ne donnent pas et ne donneront pas lieu à un acte de corruption quel qu'en soit la forme ;
- Le contrat sera soumis à la loi française lorsque les faits, actes réprimés aux articles 445-1 et 445-2 du Code pénal sont commis à l'étranger par un Français ou par une personne y résidant habituellement ou y exerçant tout ou partie de son activité économique ;
- Il n'a jamais fait l'objet de condamnation pour des faits portant atteinte à la probité qu'il s'agisse du souscripteur ou de ses dirigeants ;
- Il fournit toute assistance nécessaire à l'organisme assureur pour répondre à une demande d'une autorité dûment habilitée relative à la lutte contre la corruption.

Il fera appliquer contractuellement l'ensemble de ces principes à ses préposés et ses éventuels sous-traitants.

La lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme :

L'organisme assureur, en sa qualité d'organisme financier, est assujéti au respect de la réglementation relative à la prévention du blanchiment des capitaux et du financement du terrorisme telle qu'elle résulte des dispositions en vigueur en application des articles L.561-1 et suivants du Code monétaire et financier.

A ce titre, le souscripteur et/ou son courtier le cas échéant, s'engage à remettre à l'organisme assureur dès l'entrée en relation d'affaires l'ensemble des éléments prévus dans la documentation concernant l'identification du souscripteur et de ses bénéficiaires effectifs, du représentant légal du souscripteur ainsi que les éléments de connaissance client. Ces éléments et informations devront être actualisés pendant toute la durée de la relation d'affaires et étendus aux assurés pour la mise en œuvre de la garantie ou de la prestation par l'organisme assureur.

En application de l'article L.561-8 du Code monétaire et financier, l'organisme assureur est susceptible de refuser d'exécuter l'opération demandée quelles qu'en soient les modalités, voire de mettre fin au contrat, s'il n'est pas en mesure de satisfaire à ses obligations d'identification ou de connaissance client.

Mesures restrictives et sanctions internationales :

L'organisme assureur ne sera tenu d'accorder et/ou d'exécuter aucune garantie, ne fournira aucune prestation et ne sera obligé de payer aucune somme au titre du contrat dès lors que l'exécution du contrat l'exposerait à une violation des sanctions, prohibitions, restrictions de nature ou portée économiques, financières ou commerciales décidées, administrées, imposées ou appliquées par l'Union Européenne, la France ou par des textes d'autres autorités compétentes ayant le pouvoir d'édicter de telles sanctions et mesures pour lesquelles l'organisme assureur serait réglementairement tenu de se conformer.

Sur sollicitation de l'organisme assureur, le souscripteur et/ou son courtier s'engage à lui apporter tous les éléments complémentaires, de nature à permettre de qualifier le plus précisément possible (faux positif, correspondance avérée) les alertes remontées lors du filtrage, par l'organisme assureur, des personnes concernées par le contrat, notamment au titre des mesures restrictives, personnes politiquement exposées, ou presse négative.

1.13.8. Organisme de contrôle

Les *organismes assureurs* sont soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution : **ACPR, 4 place de Budapest CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.**

Titre 2. Dispositions particulières à chaque garantie

Les garanties du contrat ont pour objet le versement de prestations en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) de l'*assuré* ainsi qu'en cas d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité / incapacité permanente de ce dernier.

Le montant des prestations figure aux conditions particulières.

2.1. Garantie capital décès

2.1.1. En cas de décès toutes causes

La garantie a pour objet de verser, au(x) *bénéficiaire(s)* désigné(s) en cas de décès de l'*assuré*, un capital dont le montant est indiqué aux conditions particulières.

Ce capital est déterminé quelle que soit la situation de famille de l'*assuré* au jour de son décès.

Une majoration du capital, mentionnée aux conditions particulières, est versée pour chaque *personne à charge* de l'*assuré* (cf. définition au Lexique).

Les majorations pour *personnes à charge* sont obligatoirement versées aux personnes ouvrant droit à ladite majoration ou le cas échéant à leur représentant légal.

Sur production d'un certificat de décès, un acompte équivalant aux salaires bruts soumis à cotisation au cours des trois derniers mois est versé sous huitaine. La régularisation du solde sera faite dans un délai de trois mois par l'*organisme assureur*.

Désignation de bénéficiaires liée à la garantie capital décès :

Pour le capital, hors majoration susvisée revenant aux *personnes à charge*, l'*assuré* est libre de désigner un ou plusieurs *bénéficiaires* de son choix au moment de son affiliation ou ultérieurement.

Cette désignation peut être effectuée à l'aide de l'imprimé « Désignation de bénéficiaires » délivré à cet effet par l'*organisme assureur* ou par un acte sous seing privé ou authentique (ou, lorsque la possibilité de désignation en ligne est ouverte par le contrat via le formulaire en ligne « désignation de bénéficiaires prévoyance » accessible via le site internet de l'assureur)

La désignation peut comporter l'acceptation du *bénéficiaire*. L'acceptation peut prendre la forme d'un écrit signé de l'*assuré*, du *bénéficiaire* et de l'*organisme assureur* ; elle peut également être faite par un acte authentique ou sous seing privé, signé de l'*assuré* et du *bénéficiaire*. **Une fois acceptée, la désignation devient irrévocable, l'*assuré* ne pourra pas la modifier sauf accord du bénéficiaire ou sauf cas particuliers prévus par le Code des assurances et le Code civil.**

Dans tous les cas, la désignation d'un ou plusieurs bénéficiaires n'a d'effet auprès de l'*organisme assureur* que lorsqu'elle lui aura été notifiée par écrit. Il appartient donc à l'*assuré* de prendre toute disposition à cet effet, en temps utile.

L'*organisme assureur* procède au versement des prestations en fonction des informations portées à sa connaissance lors de l'instruction du dossier ; ce versement libère l'*organisme assureur* de toute obligation dans le cas où une désignation particulière de *bénéficiaire* lui serait notifiée ultérieurement.

Lorsque le *bénéficiaire* est nommément désigné, l'*assuré* peut préciser ses coordonnées, afin que ce *bénéficiaire* soit informé par les services de l'organisme assureur, dans le cadre de l'instruction du dossier de versement du capital.

En l'absence de désignation expresse de bénéficiaires par l'*assuré* ou en cas de prédécès de tous les bénéficiaires désignés, les capitaux décès sont versés dans l'ordre de priorité suivant :

- au *conjoint* de l'*assuré* tel que défini au Lexique à savoir : à l'époux ou l'épouse de l'*assuré* non-séparé(e) de corps (séparation judiciaire ou amiable dès lors qu'elle est transcrite à l'état civil), ni divorcé(e), ou à la personne liée à l'*assuré* par un pacte civil de solidarité, ou au concubin ;
- à défaut, aux enfants de l'*assuré*, par parts égales entre eux ;
- à défaut, aux parents de l'*assuré* par parts égales entre eux et, en cas de décès de l'un d'entre eux, au survivant pour la totalité ;
- à défaut aux grands-parents, par parts égales entre eux ;
- à défaut, aux héritiers de l'*assuré*, à proportion de leur part héréditaire.

2.1.2. En cas de décès accidentel

En cas de décès de l'*assuré* consécutif à un accident de la circulation, exclusivement dans l'exercice de fonctions professionnelles ou représentatives (au sens de l'article L. 2141-4 du Code du travail), quel que soit le mode de transport, le capital de base (dont la majoration pour *personnes à charge*) prévu à l'article précédent est doublé.

Le montant global des capitaux versés au titre d'un *sinistre* ne peut être supérieur au taux mentionné aux conditions particulières (majorations pour *personnes à charge* comprises). L'éventuelle réduction induite par ce plafonnement est appliquée dans la même proportion à chacun des bénéficiaires.

2.1.3. En cas de perte totale et irréversible d'autonomie toutes causes

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie de l'*assuré*, **celui-ci peut recevoir par anticipation, et à sa demande**, le capital prévu en cas de décès toutes causes, hors majoration pour *personnes à charge*.

Est considéré en état de perte totale et irréversible d'autonomie, l'*assuré* reconnu par la Sécurité sociale en 3^{ème} catégorie d'invalidité ou atteint d'incapacité permanente d'un taux de 100%.

Le capital est exigible à la date de reconnaissance de la perte totale et irréversible d'autonomie de l'*assuré*.

Le versement du capital perte totale et irréversible d'autonomie met fin à la garantie décès toutes causes de l'*assuré* sous la réserve ci-après.

En cas de décès de l'*assuré* invalide avant la prise d'effet de sa retraite de la Sécurité sociale, seules les majorations pour *personnes à charge*, s'il en existe, sont alors versées à ces derniers.

Si, **après le décès de l'*assuré***, le *conjoint* (cf. définition au Lexique) non assuré au titre du régime conventionnel de prévoyance vient lui-même à être reconnu invalide (3^e catégorie d'invalidité ou en incapacité permanente de 100 %), alors qu'une ou plusieurs personnes à charge de l'*assuré* reste(nt) à cette date à la charge du *conjoint*, il lui est versé un capital d'un montant égal au capital de base (y compris majoration pour *personnes à charge*).

Dans ce cas, les dispositions de l'article 2.1.4. cessent de s'appliquer, aucune somme n'étant due en cas de décès postérieur dudit *conjoint*.

2.1.4. En cas de décès simultané ou postérieur du *conjoint* (double effet)

2.1.4.1 Décès simultané de l'*assuré* et de son *conjoint* (cf. définition au Lexique) non assuré au titre du régime conventionnel de prévoyance (hors accident de la circulation tel que défini à l'article 2.1.2)

En cas de décès simultané de l'*assuré* et de son *conjoint* non assuré au titre du régime conventionnel de prévoyance, alors qu'ils ont une ou plusieurs *personnes à charge*, il est procédé au versement de deux capitaux distincts :

- l'un pour le décès de l'*assuré* pour un montant correspondant au capital versé pour un « décès toutes causes » ;
- l'autre pour le décès du *conjoint* non assuré pour un montant correspondant au montant du capital « décès toutes causes ».

Le montant du capital dû pour le décès de l'*assuré* est versé, hors majorations pour *personnes à charge*, au(x) *bénéficiaire(s)* désigné(s) ou, à défaut de désignation particulière, selon la dévolution conventionnelle définie à l'article 2.1.1. Les majorations sont quant à elles versées aux personnes en considération desquelles elles sont attribuées.

Le capital dû en raison du décès du *conjoint* non assuré au titre du régime conventionnel de prévoyance est quant à lui versé aux *personnes à charge* par parts égales entre elles.

2.1.4.2 Décès simultané de l'*assuré* et de son *conjoint* (cf. définition au Lexique) non assuré au titre du régime conventionnel de prévoyance, consécutivement à un accident de la circulation

En cas de décès simultané de l'*assuré* et de son *conjoint* non assuré consécutif à un accident de la circulation, exclusivement dans le cadre de l'exercice de fonctions professionnelles ou représentatives (au sens de l'article L. 2141-4 du Code du travail), alors qu'ils ont une ou plusieurs *personnes à charge*, il est procédé au versement de deux capitaux distincts :

- l'un pour le décès de l'*assuré* pour un montant correspondant au double du capital « décès toutes causes » ;
- l'autre pour le décès du *conjoint* non assuré au titre du régime conventionnel de prévoyance pour un montant correspondant au montant du capital « décès toutes causes ».

Le montant du capital dû pour le décès de l'*assuré* est versé, hors majorations pour *personnes à charge*, au(x) *bénéficiaire(s)* désigné(s) ou à défaut de désignation particulière, selon la dévolution conventionnelle définie à l'article 2.1.1. Les majorations sont quant à elles versées aux personnes en considération desquelles elles sont attribuées.

Le capital dû en raison du décès du *conjoint* non assuré au titre du régime conventionnel de prévoyance est quant à lui versé aux *personnes à charge* par parts égales entre elles.

Le montant global des capitaux versés au titre d'un *sinistre* ne peut être supérieur au taux mentionné aux conditions particulières, majorations pour *personnes à charge* comprises. L'éventuelle réduction induite par ce plafonnement est appliquée dans la même proportion à chacun des bénéficiaires.

2.1.4.3 Décès du *conjoint* (cf. définition au Lexique) non assuré au titre du régime conventionnel de prévoyance, postérieurement à celui de l'*assuré*

Si après le décès d'un *assuré*, laissant une ou plusieurs *personnes à charge* (y compris les enfants à naître), le *conjoint* non assuré vient lui-même à décéder, il est versé aux personnes qui seraient toujours à charge et par parts égales entre elles, un capital d'un montant égal à celui qui serait versé pour un « décès toutes causes ».

2.2. Garantie allocation obsèques

La garantie a pour objet de verser une allocation obsèques en cas de décès de l'*assuré*, de son *conjoint* (cf. définition du Lexique) ou d'un de ses *enfants à charge* ou d'une autre *personne à charge* tels que définis au Lexique et dans la limite des frais réels.

L'allocation est versée à la personne ayant acquitté les frais d'obsèques sur présentation d'une facture originale acquittée.

Lorsque la garantie est par ailleurs intégralement acquittée dans le cadre d'une convention obsèques, la garantie n'est pas due.

2.3. Garantie rente d'éducation

2.3.1. Définition de la garantie

La garantie a pour objet de verser, à chaque *enfant à charge*, une rente d'éducation en cas de décès toutes causes ou de perte totale et irréversible d'autonomie de l'*assuré*.

Cette garantie est assurée par l'OCIRP, Organisme Commun des Institutions de Rente et de Prévoyance.

L'organisme assureur a reçu mandat de l'OCIRP pour gérer la garantie assurée par cette Union (adhésion, gestion des cotisations et des prestations) conformément au règlement de délégation de représentation et de gestion de l'OCIRP.

L'OCIRP est seul responsable de la bonne fin des prestations vis-à-vis des *assurés*, des bénéficiaires et des ayants droit.

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie telle que définie à l'article 2.1.3, l'*assuré* peut demander à bénéficier de la rente d'éducation par anticipation dès lors que l'enfant répond aux conditions requises pour bénéficier de la rente d'éducation.

Le versement de la rente d'éducation en cas de perte totale et irréversible d'autonomie met fin à la garantie "rente d'éducation".

La qualité d'*enfant à charge* tel que défini ci-dessous s'apprécie à la date de l'événement ouvrant droit à prestations.

2.3.2. Définition des *enfants à charge*

Par dérogation à la définition prévue au Lexique, sont considérés comme à charge de l'*assuré*, indépendamment de la position fiscale :

- les enfants à naître ;
- les enfants nés viables ;
- les enfants recueillis (c'est-à-dire ceux de l'ex-conjoint éventuel, du *conjoint* ou du concubin ou du partenaire lié par un Pacs) de l'*assuré* décédé (ou en perte totale et irréversible d'autonomie) qui ont vécu au foyer jusqu'au moment du décès (ou de la perte totale et irréversible d'autonomie) et si leur autre parent n'est pas tenu au versement d'une pension alimentaire.

Sont également considérés comme *enfants à charge* au moment du décès (ou de la perte totale et irréversible d'autonomie) de l'*assuré*, les enfants de l'*assuré*, dont la filiation avec celui-ci, y compris adoptive, est légalement établie (ainsi que les enfants recueillis) :

- jusqu'à leur 18^e anniversaire, sans conditions ;
- jusqu'à leur 25^e anniversaire, sous conditions :
 - de poursuivre des études dans un établissement d'enseignement secondaire, supérieur ou professionnel, dans le cadre d'un contrat de professionnalisation ou encore dans le cadre d'une inscription au CNED (Centre national d'enseignement à distance) ;

- 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 et technologiques dispensés pendant le temps de travail, dans des 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 rémunéré : inscrits auprès du régime d'assurance chômage comme demandeurs d'emploi, ou stagiaires de la formation professionnelle ;
- d'être employés dans un ESAT (Établissement et service d'aide par le travail) ou dans un atelier protégé en tant que travailleurs handicapés ;
- d'être reconnus en invalidité équivalente à l'invalidité de 2e ou 3e catégorie de la Sécurité Sociale justifiée par un avis médical ou de bénéficier de l'allocation d'adulte handicapé ou d'être titulaires de la carte d'invalidité civile ou de la carte mobilité inclusion portant la mention « invalidité ».

2.3.3. Modalités et durée de versement de la rente

La date d'effet de la rente est fixée au 1^{er} jour du mois qui suit celui au cours duquel est survenu le décès de l'*assuré*, ou le cas échéant au cours duquel a été effectuée la demande de versement anticipé au titre de la perte totale et irréversible d'autonomie.

La rente est payable par trimestre civil, à terme d'avance ; 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.

Le montant de la rente étant progressif selon l'âge de l'enfant, la majoration intervient au premier jour du mois civil suivant l'anniversaire de l'enfant.

La rente en cas de décès est versée au représentant légal de l'enfant ou à l'enfant bénéficiaire, sur sa demande, s'il a la capacité juridique. La rente en cas de perte totale et irréversible d'autonomie est versée à l'*assuré*.

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

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

La rente est versée jusqu'à la fin du trimestre civil au cours duquel l'enfant cesse de remplir les conditions requises pour être bénéficiaire ou décède. Le service de la rente ne peut en aucun cas être repris.

2.4. Garantie incapacité temporaire de travail

2.4.1. Définition de la garantie

L'*assuré* qui se trouve temporairement dans l'incapacité, constatée médicalement et reconnue par l'*organisme assureur*, d'exercer toute activité professionnelle et bénéficie du versement des indemnités de la Sécurité sociale au titre de l'assurance maladie ou au titre de l'assurance des accidents du travail et des maladies professionnelles, perçoit des indemnités journalières de l'*organisme assureur* dans les conditions prévues ci-après.

Toutefois, la garantie bénéficie également aux *assurés* qui ne sont pas pris en charge par la Sécurité sociale dans le cas où ils ne remplissent pas les conditions requises en termes de cotisations ou d'heures travaillées selon le cas.

Les arrêts de travail indemnisés par la Sécurité sociale au titre des congés de maternité, de paternité ou d'adoption n'entrent pas dans l'objet de la garantie.

Les arrêts de travail en mi-temps thérapeutique sont pris en charge sous réserve que pendant cette période le salarié perçoive une rémunération de son activité à temps partiel versée par son employeur et les indemnités journalières versées par la Sécurité sociale. Les modalités de calcul de l'indemnité journalière versée par la Sécurité sociale sont identiques à celle d'un arrêt maladie ; le montant de cette indemnité ne peut être supérieur à la perte de gain journalier liée à la réduction de l'activité résultant du travail à temps partiel thérapeutique.

L'*assuré* ou le *souscripteur* doivent informer l'*organisme assureur* de la reprise d'activité totale ou partielle ou de toute modification de la situation à l'égard de la Sécurité sociale. A défaut, l'*assuré* doit rembourser les prestations qui lui ont été indûment versées et, dans le cas où il est animé d'une intention frauduleuse, il est déchu de ses droits.

2.4.2. Montant des prestations

Le montant de l'indemnité journalière, mentionné aux conditions particulières, est exprimé sous déduction des prestations brutes de la Sécurité sociale (ou des prestations reconstituées de manière théorique pour les *assurés* sans droits auprès de cet organisme) et de l'éventuel salaire à temps partiel, sous réserve de la règle de cumul énoncée à l'article 2.6.1 « Règle de cumul ».

Pour l'ancien salarié indemnisé par le régime d'assurance chômage, bénéficiaire du maintien des garanties prévu à l'article 1.9.2 « En cas de cessation du contrat de travail ouvrant droit à indemnisation par le régime d'assurance chômage (portabilité) », la limitation à la rémunération nette d'activité est appréciée par rapport au montant net des allocations que le régime d'assurance chômage aurait versées pour la même période.

2.4.3. Franchise

Le droit à prestations prend effet au terme d'une période de franchise, variable selon que l'ancienneté de l'*assuré* ouvre droit à maintien de salaire par le *souscripteur* au titre de ses obligations conventionnelles. L'ancienneté est appréciée à la date du 1^{er} jour d'arrêt de travail.

Pour les anciens salariés indemnisés par le régime d'assurance chômage bénéficiaires d'un maintien des garanties (article 1.9.2 « En cas de cessation du contrat de travail ouvrant droit à indemnisation par le régime d'assurance chômage (portabilité) »), le droit à prestations est fixé en considérant fictivement l'*assuré* en activité, en fonction de l'ancienneté acquise à la date de rupture du contrat de travail.

2.4.3.1 Pour les salariés ayant plus d'un an d'ancienneté bénéficiant d'un maintien de salaire

Les *assurés* sont couverts **en relais** (dès que cesse le droit à rémunération totale du *souscripteur* au titre de ses obligations conventionnelles de maintien de salaire) **et complément** de la deuxième période de maintien de salaire par le *souscripteur* au titre de ses obligations conventionnelles de maintien de salaire.

2.4.3.2 Pour les salariés jusqu'à un an d'ancienneté

Les *assurés* sont couverts avec application d'une franchise identique à celle fixée par la Sécurité sociale, à savoir trois jours en cas de maladie ou d'accident de la vie privée et aucune en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, **sous réserve** :

- de justifier, selon la formule la plus favorable à l'*assuré*, soit d'une ancienneté de trois mois continus ou discontinus, soit de soixante-quinze jours réellement travaillés au cours des douze mois précédant l'arrêt de travail ;
- et que la durée de l'arrêt de travail soit au moins égale à 21 jours consécutifs.

2.4.4. Reprise du travail pour motif thérapeutique

Consécutivement à une période d'incapacité totale, les prestations sont versées sous réserve que les indemnités journalières de la Sécurité sociale continuent à être versées dans la limite fixée à l'article 2.6.1. « Règle de cumul ».

2.4.5. Modalités et durée de versement des prestations

Les indemnités journalières complémentaires sont payables à réception des pièces justificatives.

Le versement des indemnités journalières complémentaires cesse :

- à la date à laquelle prennent fin les indemnités journalières servies par la Sécurité sociale y compris en cas de suspension ;
- le jour de sa reprise du travail, sauf en cas de reprise du travail pour motif thérapeutique ;
- à la date à laquelle il ne remplit plus les conditions requises pour en bénéficier, notamment en cas de contrôle médical (article 2.6.3) ;
- à la date de la reconnaissance de son invalidité ou incapacité permanente ;
- à compter de la date d'effet d'une pension de retraite servie par un régime obligatoire, sauf lorsque l'*assuré* est en cumul emploi-retraite ;
- en tout état de cause au décès de l'*assuré*.

2.5. Garantie invalidité ou incapacité permanente

2.5.1. Définition de la garantie

Il peut être attribué une rente d'invalidité à tout *assuré*, considéré en invalidité permanente partielle ou totale lorsque, par suite d'accident ou de maladie, il est atteint d'une invalidité, constatée médicalement et reconnue par l'organisme assureur, réduisant partiellement ou totalement sa capacité à exercer une activité professionnelle, et qui :

- soit, est reconnu par l'organisme assureur, selon les critères retenus par le Code de la sécurité sociale, dans l'une des trois catégories d'invalidité de la Sécurité sociale suivantes :
 - Invalidité de 1^{ère} catégorie : Invalides capables d'exercer une activité rémunérée ;
 - Invalidité de 2^{ème} catégorie : Invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque ;
 - Invalidité de 3^{ème} 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 ;**et qui bénéficie d'une pension de 1^{ère}, 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie par la Sécurité sociale ;**
- soit, est reconnu invalide par l'organisme assureur, à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, sous réserve que le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par l'organisme assureur selon les critères retenus par le Code de la sécurité sociale soit au moins égal à 33 %, **et reconnu comme tel par la sécurité sociale avec un taux au moins égal à 33 %.**

Dans les situations évoquées ci-dessus, la garantie bénéficie donc également aux salariés qui ne sont pas pris en charge par la Sécurité sociale dans le cas où ils ne remplissent pas les conditions requises en termes de cotisations ou d'heures travaillées selon le cas.

Aucune prestation n'est due par l'organisme assureur si le taux d'incapacité est, ou devient inférieur à 33 %.

Il est précisé que le médecin conseil de l'organisme assureur n'est pas tenu par les décisions prises par la Sécurité sociale et se réserve la possibilité de soumettre l'*assuré* à un contrôle médical dans les conditions prévues au contrat. En cas de contestation, l'*assuré* peut, le cas échéant, mettre en œuvre la procédure d'arbitrage prévue à ce même article.

2.5.2. Reprise d'activité

En cas de reprise totale ou partielle d'activité d'un *assuré* reconnu en invalidité de 1^{er} catégorie ou assimilé dans les conditions définies ci-avant, si celui-ci continue à bénéficier d'une pension d'invalidité ou d'une rente d'incapacité de la Sécurité sociale, l'organisme assureur accorde des prestations complémentaires réduites dans la limite fixée à l'article 2.6.1. « Règle de cumul ».

L'*assuré* ou le souscripteur doivent informer l'organisme assureur de la reprise d'activité totale ou partielle ou de toute modification de la situation à l'égard de la Sécurité sociale.

A défaut, l'*assuré* doit rembourser les prestations qui lui ont été indûment versées et, dans le cas où il est animé d'une intention frauduleuse, il est déchu de ses droits.

2.5.3. Montant des prestations

Le montant annuel de la rente d'invalidité, indiqué aux conditions particulières, est exprimé sous déduction des prestations brutes de la Sécurité sociale (ou des prestations reconstituées de manière théorique pour les salariés sans droits auprès de cet organisme) et de l'éventuel salaire à temps partiel, sous réserve de la règle de cumul énoncée à l'article 2.6.1 « Règle de cumul ».

2.5.4. Modalités et durée de versement des prestations

Les pensions sont payables mensuellement à terme échu, directement au bénéficiaire.

Le premier paiement est effectué au prorata du temps écoulé entre la date de reconnaissance de l'état d'invalidité et la fin du mois en cours.

Le dernier paiement est effectué au prorata du temps écoulé entre le début du mois civil en cours et la date à laquelle prend fin le service de la rente par la Sécurité sociale.

Le versement de la rente complémentaire cesse :

- à la date à laquelle l'*assuré* cesse de percevoir par la Sécurité sociale une pension d'invalidité ou une rente d'incapacité au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ;
- à la date à laquelle il ne justifie plus d'un état d'invalidité permanente au sens du contrat ;
- à la date de son refus de se soumettre au contrôle médical demandé par l'organisme assureur conformément à l'article 2.6.3. « Contrôle médical » sauf cas fortuit et de force majeure ;
- à compter de la date d'effet d'une pension de retraite servie par un régime obligatoire ;
- en tout état de cause au décès de l'*assuré*.

2.6. Dispositions communes aux garanties incapacité temporaire de travail et invalidité / incapacité permanente

2.6.1. Règle de cumul

Au titre des garanties incapacité temporaire ou invalidité et incapacité permanente, les prestations versées par l'organisme assureur ont pour objet de couvrir tout ou partie de la perte de salaire subie par l'assuré.

Elles ont donc un caractère indemnitaire.

En aucun cas, les prestations versées en application du présent contrat ne pourront, en s'ajoutant aux prestations en espèces de même nature qui seraient servies par la Sécurité sociale (**reconstituées de manière fictive pour le personnel n'y ouvrant pas droit**) et par tout autre organisme de prévoyance collective obligatoire, ou toute rémunération notamment en cas d'activité à temps partiel, ou prestation de l'assurance chômage, permettre à l'assuré de disposer de ressources supérieures à la rémunération qu'il aurait perçue s'il avait continué son activité au même poste de travail.

Ne sont pas pris en compte dans le calcul de la limitation énoncée ci-dessus les prestations versées au titre d'un contrat d'assurance Dépendance, collectif ou individuel, ou au titre de l'allocation tierce personne versée par la Sécurité sociale.

En outre, lorsque la Sécurité sociale suspend ou supprime les prestations versées au titre d'une incapacité temporaire, d'une invalidité, d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, l'organisme assureur applique la même décision, dans les mêmes proportions, au versement complémentaire résultant du présent contrat. En cas de réduction par la Sécurité sociale, les prestations complémentaires ne compensent pas cette minoration.

Si l'assuré bénéficiant d'indemnités journalières ou d'une rente d'invalidité/incapacité permanente reprend une activité à temps partiel, le calcul des prestations pouvant lui être versées dans le cadre de la règle de cumul est effectué une fois pour toutes au moment de la reprise d'activité à temps partiel.

S'agissant des anciens salariés indemnisés par le régime d'assurance chômage, garantis au titre du dispositif de maintien temporaire des garanties exposé à l'article 1.9.2 « En cas de cessation du contrat de travail ouvrant droit à indemnisation par le régime d'assurance chômage (portabilité) », la limitation au salaire net d'activité des prestations complémentaires est appréciée par rapport au montant net des allocations que le régime d'assurance chômage aurait versées pour la même période.

2.6.2. Prélèvements sociaux et impôt à la source

Pour les garanties ouvrant droit au versement d'une prestation sous forme de rente ou d'indemnité journalière, l'organisme assureur verse les prestations aux bénéficiaires après déduction des prélèvements (C.S.G - C.R.D.S - Impôt à la source, etc.) éventuellement applicables dont l'organisme assureur a la charge du précompte et selon les taux en vigueur lors du versement.

Cette disposition ne s'applique pas aux indemnités journalières lorsqu'elles sont versées au *souscripteur* (contrat de travail de l'assuré en vigueur).

2.6.3. Contrôle médical

L'organisme assureur peut faire procéder aux visites médicales, contrôles et enquêtes qu'il jugerait nécessaires pour se prononcer sur l'ouverture ou la poursuite du service des prestations, et réclamer toutes pièces qu'il estimera nécessaires à cette fin.

Lors du contrôle médical, l'assuré a la faculté de se faire assister par un médecin de son choix ou tout autre représentant.

L'examen de la situation médicale de l'assuré peut amener l'organisme assureur à adopter une position différente de celle de la Sécurité sociale.

L'organisme assureur notifie à l'assuré les résultats du contrôle par courrier recommandé. En cas de désaccord, l'intéressé devra indiquer à l'organisme assureur, dans les huit jours de la notification, les coordonnées du médecin qu'il a choisi ou tout représentant qui l'assistera dans le cadre de ce nouveau contrôle.

Si les deux médecins, choisis respectivement par l'assuré et l'organisme assureur, ne peuvent parvenir à des conclusions communes ils choisiront un tiers médecin pour les départager.

Les résultats de ce nouveau contrôle seront notifiés à l'intéressé dans les mêmes formes et délais.

À défaut de contestation, par lettre recommandée, sous huitaine de la réception de ces résultats, l'intéressé est considéré comme les ayant acceptés.

Dans ces conditions, l'organisme assureur peut procéder, au vu de ce contrôle, à la suspension voire la suppression des prestations ; il en sera de même en cas de refus ou opposition à contrôle par l'assuré.

Dans l'hypothèse d'un désaccord persistant de l'assuré sur le contrôle médical, ou de son refus avéré de se soumettre aux visites et enquêtes jugées nécessaires par l'organisme assureur, l'intéressé devra demander, devant le tribunal compétent, la désignation d'un expert judiciaire ; les droits à prestations de l'assuré seront suspendus tant que n'interviendra pas soit, l'accord de l'intéressé sur les conclusions des contrôles effectués soit, une décision judiciaire définitive.

2.7. Pièces justificatives

Pièces nécessaires au paiement des prestations

Le paiement des prestations est subordonné à la réception des pièces justificatives suivantes :

Constitution des dossiers pour l'ouverture des droits à prestations en cas de...	DECES TOUTES CAUSES	PTIA TOUTES CAUSES	DOUBLE EFFET	RENTE D' EDUCATION	ALLOCATION OBSEQUES	DECES ACIDENTEL	INCAPACITE TEMPORAIRE	INVALIDITE - INCAPACITE PERMANENTE
Déclaration de <i>sinistre</i> fournie par l'organisme assureur et complétée par le <i>souscripteur</i> certifiant que l' <i>assuré</i> faisait toujours partie de l'effectif à la date de son décès ou de son arrêt de travail et précisant le salaire à prendre en considération pour le calcul des prestations (article 1.11.1. « Base de calcul des prestations »)	X	X		X	X		X	X
Extrait d'acte de décès du défunt	X		X	X	X			
Extrait d'acte de naissance du défunt datant de moins de trois mois et établi postérieurement au décès	X		X	X	X			
Certificat médical attestant que le décès est dû ou non à une cause naturelle	X		X	X				
Toutes pièces justifiant valablement la qualité <i>d'enfant à charge</i> à la date de l'évènement (copie de l'avis d'imposition, copie du livret de famille de l' <i>assuré</i> , contrat d'apprentissage, certificat de scolarité, justificatif pôle emploi pour les primo demandeur d'emploi, justificatif de paiement de l'Allocation pour Adulte Handicapé, carte d'invalidé civil, carte mobilité inclusion ...)	X	X	X	X	X			
Si exonération ou taux réduit de CSG en cas de paiement des prestations directement à l' <i>assuré</i> ou au bénéficiaire : photocopie de l'avis d'imposition sur les revenus du bénéficiaire chaque année				X			X	X
Copie de la pièce d'identité du bénéficiaire en cours de validité (carte d'identité, passeport), le cas échéant un extrait d'acte de naissance	X	X	X	X	X		X	X
Toute preuve établissant la nécessité d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie courante.		X						X
Notification de la Sécurité sociale mentionnant le classement de l' <i>assuré</i> en 3 ^{ème} catégorie ou l'attribution d'une incapacité permanente égale à 100%		X						X
Certificat médical sous pli confidentiel établi par le médecin choisi par l' <i>assuré</i> sous réserve de l'article 1.11.2. « Modalités d'ouverture du droit à prestation et délai de transmission des pièces justificatives »		X					X	X

Constitution des dossiers pour l'ouverture des droits à prestations en cas de...	DECES TOUTES CAUSES	PTA TOUTES CAUSES	DOUBLE EFFET	RENTE D' EDUCATION	ALLOCATION OBSÈQUES	DECES ACCIDENTEL	INCAPACITE TEMPORAIRE	INVALIDITE - INCAPACITE PERMANENTE
Questionnaire/attestation sur l'honneur fourni(e) par l' <i>organisme assureur</i> dûment complété		X					X	X
En cas de temps partiel thérapeutique, les décomptes d'indemnités journalières mi-temps thérapeutique et une attestation mensuelle des salaires maintenus (fixe, primes..) perçus pour la période concernée, à défaut le bulletin de salaire du mois correspondant							X	
Facture acquittée indiquant l'identité de la personne ayant réglé la facture + justificatif de paiement de la facture (extrait de compte, virement,...)					X			
Attestation du régime obligatoire de retraite précisant que le bénéficiaire n'a pas liquidé sa pension ou qu'il n'y ouvre pas droit			X				X	X
Certificat d'hérédité si l' <i>assuré</i> est célibataire sans enfant	X							
Copie certifiée conforme du jugement de tutelle nommant le représentant légal des <i>enfants à charge</i>	X		X	X				
Toutes pièces officielles : <ul style="list-style-type: none"> ▪ relatant les circonstances particulières dans lesquelles est survenu l'événement ouvrant à prestation et prouvant l'origine accidentelle de celui-ci (procès-verbal de police, de gendarmerie, du procureur de la république, le cas échéant une coupure de presse relatant l'accident) ▪ prouvant le lien de causalité entre ledit événement et l'accident. 						X	X	X
Décomptes originaux de la Sécurité sociale (excepté en cas de télétransmission de ceux-ci, ou à défaut attestation portant paiement de ses prestations en cas d'arrêt de travail, à compter du début de l'arrêt							X	X
Le cas échéant, attestation de reprise de travail ou toute pièce attestant du licenciement ou de la démission ou la notification de liquidation de retraite							X	X
Notification de la Sécurité sociale mentionnant le classement de l' <i>assuré</i> dans une des catégories d'invalidé de la Sécurité sociale ou l'attribution d'un taux d'incapacité permanente au moins égal à 33%								X
Justificatif de paiement de la rente d'invalidité ou d'incapacité permanente par la Sécurité sociale								X
L'arrêt de travail délivré par le médecin traitant de l' <i>assuré</i> en cas d'incapacité temporaire de travail n'ouvrant pas droit aux prestations en espèce de la Sécurité sociale (sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de l' <i>organisme assureur</i>)							X	

Constitution des dossiers pour l'ouverture des droits à prestations en cas de...	DECES TOUTES CAUSES	PTIA TOUTES CAUSES	DOUBLE EFFET	RENTE D' EDUCATION	ALLOCATION OBSEQUES	DECES ACCIDENTEL	INCAPACITE TEMPORAIRE	INVALIDITE – INCAPACITE PERMANENTE
RIB des bénéficiaires	X	X	X	X	X	X	X	X
Toutes pièces justifiant valablement la qualité de concubin de l'assuré (facture énergétique, bail commun, attestation d'assurance...)	X	X	X		X			
Attestation Pôle emploi pour les anciens salariés bénéficiant d'un maintien de garanties au titre de la portabilité (article 1.9.2)	X	X	X	X	X	X	X	X

L'organisme assureur se réserve le droit de demander toutes pièces complémentaires qu'il jugerait nécessaire y compris après paiement des prestations. Toute somme indûment versée sera réclamée par l'organisme assureur.

L'organisme assureur ne peut se trouver engagé que par les déclarations et pièces qui lui seront transmises.

Titre 3. Coordonnées des *organismes assureurs*

ORGANISMES ASSUREURS	MENTIONS LÉGALES	RÉCLAMATION	MÉDIATION	PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES (demande d'exercice de droits)	MOYENS DE NOTIFICATION DE LA RÉSILIATION DU CONTRAT AUPRÈS DE L'ORGANISME ASSUREUR
Malakoff Humanis Prévoyance	Institution de prévoyance régie par le Livre IX du Code de la sécurité sociale, Siège social : 21 rue Laffitte - 75009 Paris, N° SIREN 775 691 181	<ul style="list-style-type: none"> • par courrier à - Pour l'Employeur : Service Réclamations Entreprises Assurance - 78288 Guyancourt Cedex Pour le Salarié : Service Réclamations Particuliers Assurance - 78288 Guyancourt Cedex • ou par mail à : - Pour l'Employeur : reclamation-entreprise-assurance@malakoffhumanis.com - Pour le Salarié : reclamation-particulier-assurance@malakoffhumanis.com 	<ul style="list-style-type: none"> • par courrier à : Centre Technique des Institutions de Prévoyance 10 rue Cambacérés 75008 Paris • ou par mail à : https://ctip.asso.fr/mediateurde-la-protection-sociale-ctip/ 	<ul style="list-style-type: none"> • par courrier à : Malakoff Humanis Pole Informatique et Libertés 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9 • ou par mail à : dpo@malakoffhumanis.com 	<ul style="list-style-type: none"> • soit par lettre ou tout autre support durable ; • soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'organisme assureur ; • soit par acte extrajudiciaire ; • soit, lorsque l'organisme assureur propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication. • Soit par tout autre moyen prévu par le contrat
Apicil Prévoyance	Institution de prévoyance régie par le Livre IX du Code de la sécurité sociale, Siège sociale : 38 rue François Peissel 69300 CALUIRE, SIREN n° 321 862 500	<p>Directement depuis votre espace client digital</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ou par courrier à : APICIL Prévoyance Direction Services clients - Equipe réclamation 38, rue François Peissel 69300 CALUIRE ET CUIRE 	<ul style="list-style-type: none"> • par courrier à : Centre Technique des Institutions de Prévoyance 10 rue Cambacérés 75008 Paris • ou via le formulaire en ligne : https://ctip.asso.fr/mediateurde-la-protection-sociale-ctip/ 	<ul style="list-style-type: none"> • par courrier à : APICIL Prévoyance, Délégué à la protection des données (DPO), 38 rue François Peissel, 69300 Caluire et Cuire • ou par mail à : dpo@apicil.com 	<ul style="list-style-type: none"> • soit par lettre ou tout autre support durable, • soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'organisme assureur ; • soit par acte extrajudiciaire ; • soit, lorsque l'organisme assureur propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.
AG2R Prévoyance	Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale, Membre d'AG2R LA MONDIALE et du GIE AG2R, Siège social : 14-16 Boulevard Maiesherbes - 75008 Paris, N° SIREN 333 232 270	<ul style="list-style-type: none"> - Par internet sur le site internet de l'Institution à l'adresse suivante : www.ag2ramondiale.fr ; - Via l'espace client ; - Par courrier à l'adresse suivante : AG2R LA MONDIALE TSA 37001 59071 ROUBAIX CEDEX - Par téléphone au numéro suivant (appel non surtaxé) : 09 72 67 22 22 pour les entreprises, 09 69 32 20 00 pour les particuliers. 	<ul style="list-style-type: none"> • En cas de désaccord sur la réponse donnée, les réclamations peuvent être présentées Médiateur de la Protection sociale : - Par internet à l'aide d'un formulaire disponible sur le site : https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/ ; - Par courrier à l'adresse suivante : Médiateur de la protection sociale 10, Rue Cambacérés 75008 Paris 	<ul style="list-style-type: none"> • par courrier accompagné d'un justificatif d'identité à AG2R LA MONDIALE à l'attention du Délégué à la protection des données, à l'adresse postale suivante : 154 rue Anatole France 92599 Levallois-Perret Cedex 	<ul style="list-style-type: none"> • soit par lettre ou tout autre support durable, notamment par courriel à l'adresse suivante : entreprise.santeprevoyance@ag2ramondiale.fr • Soit au moyen de la fonctionnalité de résiliation en ligne dénommée « résilier un contrat » mise à disposition par l'Institution et, disponible sur le site www.ag2ramondiale.fr , • soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'Institution ; • soit par acte extrajudiciaire.
OCIRP	Union d'institutions de prévoyance régie par l'article L.931-2 du Code de la sécurité sociale, Siège social : 17 rue de Marignan 75008 Paris, assureur de la rente d'éducation	Auprès de l'organisme assureur ayant reçu l'adhésion du souscripteur	Auprès du médiateur dont relève l'organisme assureur ayant reçu l'adhésion du souscripteur	Auprès de l'organisme assureur ayant reçu l'adhésion du souscripteur	Auprès de l'organisme assureur ayant reçu l'adhésion du souscripteur



MALAKOFF HUMANIS PRÉVOYANCE
Institution de prévoyance régie par le Livre IX
du Code de la sécurité sociale
Siège social : 21 rue Laffitte, 75009 Paris
N° SIREN 775 691 181



AG2R PRÉVOYANCE
Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité
sociale, Siège social : 14-16 Boulevard Malesherbes -
75008 Paris, N° SIREN 333 232 270.



APICIL PRÉVOYANCE
Institution de prévoyance régie par le livre IX
du Code de la sécurité sociale
Siège social : 38 rue François Peissel, 69300 Caluire
N° SIREN 321 862 500



OCIRP
(Organisme Commun des Institutions de Rentes et de
Prévoyance), Union d'institutions de prévoyance régie par
l'article L.931-2 du Code de la sécurité sociale
Siège social : 17 rue de Marignan, 75008 Paris