

prévoyance



RÉGIME
CONVENTIONNEL
Ensemble
du personnel

CONDITIONS GÉNÉRALES

RÉGIME DE MAINTIEN DE SALAIRE ET DE PRÉVOYANCE

Convention Collective Nationale de la Branche de l'Aide,
de l'Accompagnement, des Soins et des Services à Domicile (BAD)
du 21 mai 2010 et ses avenants



AVRIL 2015

Sommaire

| | |
|--|----------|
| TITRE I. ADHÉSION AU RÉGIME CONVENTIONNEL | 4 |
| Article 1. Régime conventionnel obligatoire de maintien de salaire et de prévoyance | 4 |
| Article 2. Objet des Conditions Générales | 4 |
| Article 3. Intervenants à l'adhésion | 4 |
| Article 4. Prise d'effet et durée de l'adhésion | 5 |
| Article 5. Prise en charge des risques en cours | 5 |
| Article 6. Disposition spéciale | 5 |
| Article 7. Obligations de l'adhérent | 5 |
| Article 8. Modalités d'affiliation des assurés | 6 |
| | |
| TITRE II. GARANTIES SOUSCRITES | 7 |
| Article 9. Maintien de salaire | 7 |
| Article 9.1. Personnel concerné | 7 |
| Article 9.2. Objet et montant de la garantie | 7 |
| Article 9.3. Conditions de règlement des prestations | 7 |
| | |
| Article 10. Incapacité temporaire de travail | 8 |
| Article 10.1. Personnel concerné | 8 |
| Article 10.2. Objet et montant de la garantie | 8 |
| Article 10.3. Conditions de règlement des prestations | 8 |
| | |
| Article 11. Invalidité – Incapacité Permanente Professionnelle (IPP) | 9 |
| Article 11.1. Personnel concerné | 9 |
| Article 11.2. Objet et montant de la garantie | 9 |
| Article 11.3. Assuré dont le contrat de travail est rompu | 9 |
| Article 11.4. Conditions de règlement des prestations | 9 |
| | |
| Article 12. Capital décès – Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) | 9 |
| Article 12.1. Personnel concerné | 9 |
| Article 12.2. Objet et montant de la garantie | 10 |
| Article 12.3. Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) | 10 |
| Article 12.4. Bénéficiaires des prestations | 10 |
| Article 12.5. Conditions de règlement des prestations | 10 |

| | |
|--|----|
| Article 13. Rente éducation | 11 |
| Article 13.1. Personnel concerné | 11 |
| Article 13.2. Objet et montant de la garantie | 11 |
| Article 13.3. Bénéficiaires des prestations | 11 |
| Article 13.4. Conditions de règlement des prestations | 12 |
| Article 13.5. Terme de l'indemnisation | 12 |

TITRE III. DISPOSITIONS GÉNÉRALES **12**

| | |
|---|----|
| Article 14. Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail | 12 |
| Article 15. Terme des garanties | 12 |
| Article 16. Mode de calcul des cotisations et des prestations | 14 |
| Article 17. Revalorisation | 15 |
| Article 18. Cotisation due | 15 |
| Article 19. Exonération de paiement des cotisations | 15 |
| Article 20. Défaut de paiement des cotisations | 15 |
| Article 21. Versement des prestations | 15 |
| Article 22. Prescription | 15 |
| Article 23. Exclusions | 16 |
| Article 24. Contrôle | 16 |
| Article 25. Modalités de gestion spécifiques aux salariés n'ayant pas droit aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison du nombre d'heures travaillées ou du montant des cotisations insuffisant | 17 |
| Article 26. Litiges médicaux | 17 |
| Article 27. Subrogation | 17 |
| Article 28. Territorialité | 17 |
| Article 29. Autorité de Contrôle des Organismes Assureurs | 17 |
| Article 30. Informatique et libertés | 17 |
| Article 31. Définitions | 17 |

TITRE IV. JUSTIFICATIFS **18**



TITRE I

ADHÉSION AU RÉGIME CONVENTIONNEL

ARTICLE 1. RÉGIME CONVENTIONNEL OBLIGATOIRE DE MAINTIEN DE SALAIRE ET DE PRÉVOYANCE

Les Unions et Fédérations d'employeurs ainsi que les organisations syndicales de salariés signataires de la Convention Collective Nationale de la Branche de l'Aide, de l'Accompagnement, des Soins et des Services à Domicile (BAD) du 21 mai 2010 et ses avenants ont prévu, au sein du Titre VII « Garanties sociales », un régime de maintien de salaire et de prévoyance [Incapacité Temporaire de Travail, Invalidité/Incapacité Permanente Professionnelle (IPP), Capital Décès/Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), Rente Éducation], applicable à l'ensemble des salariés « non cadre » et « cadre » des entreprises et organismes employeurs privés à but non lucratif entrant dans le champ d'application de la Convention Collective Nationale de la Branche.

Par « non cadre » on entend l'ensemble du personnel ne relevant pas des articles 4 et 4 bis de la Convention Collective Nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14.03.1947.

Par « cadre » on entend l'ensemble du personnel relevant des articles 4 et 4 bis de la Convention Collective Nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14.03.1947.

Ce régime, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2012, a été modifié en dernier lieu au 1^{er} avril 2015 suite à la mise en œuvre des dispositions de l'avenant n° 18/2014 du 29 octobre 2014.

Dans le cadre de la mutualisation et pour favoriser la diffusion et l'application optimale des garanties, les partenaires sociaux ont confié l'assurance et la gestion des garanties « Maintien de salaire, Incapacité Temporaire de Travail, Invalidité/Incapacité Permanente Professionnelle (IPP), Capital Décès/Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) », aux organismes suivants :

- **AG2R Prévoyance**, Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale,
Siège social : 35, boulevard Brune, 75014 PARIS.
- **HUMANIS Prévoyance**, Institution de prévoyance régie par le code de la Sécurité Sociale,
Siège social : 7, rue de Magdebourg, 75116 PARIS.
- **MUTEX***, Entreprise régie par le Code des assurances – RCS Nanterre 529219040,
Siège social : 125, avenue de Paris, 92327 CHÂTILLON CEDEX.

* La gestion est confiée à la Mutuelle Chorum, 56-60 rue Nationale, 75013 PARIS.

L'organisme assurant la garantie Rente éducation est l'**OCIRP**.

- **Organisme Commun des Institutions de Rentes et de Prévoyance**, Union d'institutions de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale,
Siège social : 17, rue de Marignan, 75008 PARIS.

AG2R Prévoyance, HUMANIS Prévoyance et MUTEX gèrent la garantie rente éducation, au nom et pour le compte de l'OCIRP dont ils sont membres ou partenaires.

ARTICLE 2. OBJET DES CONDITIONS GÉNÉRALES

L'adhésion au régime conventionnel visé à l'article 1 ci-dessus, tel que modifié en dernier lieu par l'avenant n° 18/2014 du 29 octobre 2014, est régie par les présentes Conditions Générales.

Ces Conditions Générales s'appliquent de plein droit aux entreprises et organismes employeurs privés à but non lucratif adhérant à l'un des Organismes Assureurs mentionnés à l'article 12 du Titre VII de la Convention Collective Nationale de la Branche de l'Aide, de l'Accompagnement, des Soins et des Services à Domicile (BAD).

Afin d'adhérer au régime, l'entreprise devra retourner à l'Organisme Assureur le bulletin d'adhésion (ou Conditions Particulières), dûment rempli(es), daté(es), signé(es) et accompagné(es), le cas échéant, de l'état nominatif du personnel à assurer.

ARTICLE 3. INTERVENANTS À L'ADHÉSION

L'**Organisme Assureur** est l'un des organismes visés à l'article 1 des présentes Conditions Générales auquel adhère l'entreprise et l'organisme employeur privé à but non lucratif, en application des dispositions prévues à l'article 12 du Titre VII de la Convention Collective Nationale de la BAD.

L'**adhérent** (ou le souscripteur) est l'entreprise et l'organisme employeur privé à but non lucratif mentionné au bulletin d'adhésion (ou aux Conditions Particulières) lié(es) aux présentes Conditions Générales.

Les **assurés** sont les salariés de l'adhérent visés à l'article 1 des Conditions Générales (y compris les salariés n'ayant pas droit aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison du nombre d'heures travaillées ou du montant des cotisations insuffisant) inscrits à l'effectif des entreprises et des organismes employeurs privés à but non lucratif adhérent(es)(s) à la date d'effet de l'adhésion (ou à la date d'embauche pour les salariés recrutés postérieurement).

L'affiliation des assurés présente un caractère obligatoire.

ARTICLE 4. PRISE D'EFFET ET DURÉE DE L'ADHÉSION

L'adhésion de l'entreprise et de l'organisme employeur privé à but non lucratif prend effet à la date mentionnée au bulletin d'adhésion (ou aux Conditions Particulières) au régime conventionnel obligatoire de maintien de salaire et de prévoyance, pour une durée allant jusqu'au 31 décembre de l'année d'adhésion.

Elle est ensuite renouvelée par tacite reconduction au 1^{er} janvier, sauf dénonciation expresse de l'adhérent qui ne relèverait plus du champ d'application de la Convention Collective Nationale de la BAD ou qui souhaiterait changer d'Organisme Assureur. Cette dénonciation dûment motivée s'effectuera par courrier recommandé adressé à l'Organisme Assureur, en respectant un délai de préavis de deux mois.

La faculté de dénonciation ou de résiliation n'est pas offerte tant que l'adhésion à l'Organisme Assureur résulte d'une obligation prévue par la Convention Collective Nationale de la BAD.

ARTICLE 5. PRISE EN CHARGE DES RISQUES EN COURS

Les entreprises et organismes employeurs privés à but non lucratif qui rejoignent le régime conventionnel alors qu'un ou plusieurs de leurs salariés sont en arrêt de travail à la date d'effet mentionnée au bulletin d'adhésion (ou aux Conditions Particulières) devront en faire la déclaration auprès de leur Organisme Assureur, au moyen d'une liste déclarative des risques en cours.

Doivent figurer sur cette liste :

- les salariés inscrits aux effectifs de l'adhérent et se trouvant en incapacité temporaire de travail, en temps partiel thérapeutique, en invalidité ou Incapacité Permanente Professionnelle indemnisés (ou non pour ceux n'ayant pas droit aux prestations en espèces en raison du nombre d'heures travaillées ou du montant des cotisations insuffisant) par la Sécurité sociale;
- les salariés et anciens salariés qui bénéficient de prestations périodiques complémentaires aux prestations de la Sécurité sociale au titre d'un précédent contrat de prévoyance souscrit par l'adhérent;

Ainsi que :

- les bénéficiaires de rente éducation en vertu d'un précédent contrat de prévoyance collective conclu par l'adhérent.

Au vu de cette déclaration et selon le cas, seront garantis à la prise d'effet de l'adhésion de l'entreprise :

- l'indemnisation intégrale (indemnités journalières, rentes d'invalidité ou d'Incapacité Permanente Professionnelle, rentes éducation et capitaux décès prévus aux présentes Conditions

Générales) au profit des salariés en arrêt de travail et indemnisés à ce titre par la Sécurité sociale (ou non pour les salariés n'ayant pas droit aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison du nombre d'heures travaillées ou du montant des cotisations insuffisant) et dont le contrat de travail est en cours à la date d'effet de l'adhésion, alors qu'il n'existe aucun Organisme Assureur précédent;

- Les revalorisations futures, portant sur les indemnités journalières, rentes d'invalidité ou d'Incapacité Permanente Professionnelle, rentes d'éducation en cours de service versées au titre d'un contrat précédent souscrit par l'adhérent, auprès d'un Organisme Assureur autre que ceux mentionnés à l'article 12 du Titre VII de la Convention Collective Nationale de la BAD;
- L'éventuel différentiel de garanties décés en cas d'indemnisation moindre prévue par un précédent contrat de prévoyance collective conclu par l'adhérent, au profit des salariés en arrêt de travail dont le contrat de travail n'est pas rompu à la date d'effet de l'adhésion.

La prise en compte du passif tel que défini ci-dessus sera conditionnée au règlement par l'adhérent d'une cotisation supplémentaire spécifique correspondant à la couverture de ces risques, calculée par l'Organisme Assureur. Dans ce cas, la liste des personnes concernées ainsi que les modalités et le financement de la prise en charge des risques en cours seront définis dans un avenant au bulletin d'adhésion (ou aux Conditions Particulières) joint(e)s aux présentes Conditions Générales.

ARTICLE 6. DISPOSITION SPÉCIALE

En cas de révision de la Convention Collective Nationale de la BAD, ou en cas d'évolutions réglementaires ou législatives entraînant une modification des engagements prévus dans le cadre du présent dispositif, il pourra être procédé à sa révision et à celle des taux de cotisation correspondants, et ce en accord avec les partenaires sociaux.

Toutefois, jusqu'à la date de prise d'effet de ces nouveaux engagements, les prestations demeurent calculées selon la réglementation en vigueur prévue au titre des présentes dispositions.

ARTICLE 7. OBLIGATIONS DE L'ADHÉRENT

L'adhérent (ou le souscripteur) a l'obligation de remettre aux assurés un exemplaire de la notice d'information établie par les Organismes Assureurs pour le compte de l'OCIRP et pour leur propre compte, qui définit les garanties prévues par les présentes Conditions Générales et leurs modalités d'application.

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

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations de l'assuré, l'adhérent est tenu d'informer chaque assuré en lui remettant une mise à jour de la notice ou un additif établi(e) à cet effet par les Organismes Assureurs.

La preuve de la remise de la notice à l'assuré et de l'information relative aux modifications contractuelles incombe à l'adhérent.

L'adhérent s'engage à affilier tous les salariés présents et futurs répondant aux conditions définies aux présentes Conditions Générales et au bulletin d'adhésion (ou Conditions Particulières). L'adhérent doit notamment adresser à l'Organisme Assureur ayant recueilli son adhésion les pièces suivantes :

1. À L'ADHÉSION

Un état nominatif (ou annexe déclarative) du personnel à assurer indiquant notamment pour chaque intéressé :

- son n° de Sécurité sociale,
- ses noms et prénoms,
- son sexe,
- sa date de naissance,
- sa date d'embauche,
- sa situation de famille,
- le salaire servant au calcul des cotisations et tel que figurant à la DADS de l'entreprise et de l'organisme employeur privé à but non lucratif,
- sa catégorie socioprofessionnelle (cadre ou non cadre).

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

L'adhérent devra fournir également la liste déclarative des risques en cours décrite en article 5.

2. EN COURS D'EXERCICE

- Entrée des nouveaux assurés : les pièces prévues au point 1 avec indication de la date d'engagement,
- Sortie des assurés : un état récapitulatif du personnel indiquant la date et le motif de départ,
- Modifications de situation de famille : un état récapitulatif du personnel assuré tel que prévu au point 1 ci-dessus, avec l'indication des changements de situation de famille et leur date de survenance,
- Personnes en congé parental d'éducation, congé sabbatique, congé pour création d'entreprise, congé de soutien familial ou congé sans solde ainsi que tout autre congé considéré par la législation du travail comme un cas de suspension du contrat de travail ne permettant pas le maintien de l'affiliation en application de l'article 14.2 des présentes Conditions Générales.

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

3. À CHAQUE FIN D'EXERCICE

Avant le 31 janvier de chaque année, un état récapitulatif du personnel assuré (cf. 1. ci-dessus).

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

L'adhérent s'engage à payer les cotisations à leur échéance suivant les modalités fixées à l'article 18 des présentes Conditions Générales.

ARTICLE 8. MODALITÉS D'AFFILIATION DES ASSURÉS

Sont immédiatement admis dans l'assurance les salariés visés à l'article 1 des présentes Conditions Générales, sous contrat de travail à la date d'adhésion de l'entreprise et de l'organisme employeur privé à but non lucratif au régime conventionnel obligatoire et qui remplissent les conditions prévues par la Convention Collective Nationale de la BAD.

Les salariés visés à l'article 5, en arrêt de travail (soit en incapacité temporaire de travail, en temps partiel thérapeutique, en invalidité ou Incapacité Permanente Professionnelle) au jour de la prise d'effet de l'adhésion, doivent être déclarés à l'Organisme Assureur ayant recueilli l'adhésion à cette date dans les conditions prévues au point 1 de l'article 7 du titre 1 des présentes Conditions Générales.

Pour les salariés engagés postérieurement à la prise d'effet de l'adhésion de l'entreprise au régime, leur adhésion prend effet à la date de leur engagement, sous réserve d'avoir été déclarés à l'Organisme Assureur dans les trois mois suivants la date de leur embauche et d'avoir effectivement pris leurs fonctions.

TITRE II

GARANTIES SOUSCRITES

Les garanties décrites ci-après prennent effet pour tout sinistre arrêt de travail, et décès dont le fait générateur (défini page 17) survient à compter du 1^{er} avril 2015. Les sinistres arrêt de travail, et décès survenus entre le 1^{er} janvier 2012 et le 31 mars 2015 restent régis par les Conditions Générales précédentes.

ARTICLE 9. MAINTIEN DE SALAIRE

Conformément aux dispositions légales et notamment l'article L.1226-1 du code du travail, la garantie maintien de salaire et son financement sont à la charge de l'employeur.

ARTICLE 9.1. PERSONNEL CONCERNÉ

Tout assuré ayant au moins 6 mois d'ancienneté dans l'entreprise et l'organisme employeur privé à but non lucratif (l'ancienneté s'apprécie au 1^{er} jour d'arrêt de travail).

ARTICLE 9.2. OBJET ET MONTANT DE LA GARANTIE

En cas d'arrêt de travail consécutif à une maladie ou à un accident, d'ordre professionnel ou non, indemnisé ou non par la Sécurité sociale (dans ce cas au profit des salariés n'ayant pas droit aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison du nombre d'heures travaillées ou du montant des cotisations insuffisant), l'Organisme Assureur verse des indemnités journalières dans les conditions suivantes :

1. POINT DE DÉPART DE L'INDEMNISATION

- à compter du 4^e jour en cas de maladie ou d'accident de la vie privée (soit à l'issue d'une franchise de 3 jours d'arrêt de travail continu),
- à compter du 1^{er} jour en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle.

2. MONTANT JOURNALIER DE LA PRESTATION

- 90 % de la 365^e partie du salaire de référence défini à l'article 16.2 des présentes Conditions Générales, y compris les prestations brutes de la Sécurité sociale (réelles ou reconstituées de manière théorique pour les salariés n'ayant pas droit aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison du nombre d'heures travaillées (150 heures/trimestre) ou du montant des cotisations insuffisant) et l'éventuel salaire perçu au titre d'une activité à temps partiel ou revenu de substitution.

En tout état de cause, le total perçu par l'assuré (prestation brute de la Sécurité sociale, reconstituée de manière théorique le cas échéant, éventuel salaire à temps partiel, prestation complémentaire, ainsi que toute autre ressource) ne saurait excéder son salaire net à payer (valeur en « net à payer » du salaire brut défini à l'art 16.2 des présentes Conditions Générales).

- La présente garantie prévoit un remboursement forfaitaire à l'adhérent du montant des charges sociales patronales évalué forfaitairement à 16 % des prestations versées.

3. DURÉE ET TERME DE L'INDEMNISATION

Pour les salariés ayant moins de 20 ans d'ancienneté, les prestations sont versées pendant 60 jours maximum d'arrêt de travail décomptés par année mobile (12 mois consécutifs).

Pour les salariés ayant au moins 20 d'ancienneté, les prestations sont versées pendant 90 jours maximum d'arrêt de travail décomptés par année mobile (12 mois consécutifs).

Il sera tenu compte des jours indemnisés au cours des 12 mois consécutifs précédant l'arrêt de travail de telle sorte que la durée d'indemnisation ne dépasse pas celles prévues ci-dessus.

La prestation cesse également d'être versée dès la survenance de l'un des événements suivants :

- du jour où la Sécurité sociale cesse le versement des indemnités journalières ou à la suite d'une décision du médecin contrôleur ou conseil de l'Organisme Assureur,
- dès la reprise du travail par l'assuré,
- à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse Sécurité sociale de l'assuré (ce motif de cessation ne s'applique pas pour les assurés en situation de cumul emploi-retraite tel que défini par les textes en vigueur),
- au jour du décès de l'assuré.

ARTICLE 9.3. CONDITIONS DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Les demandes d'indemnités journalières doivent être effectuées auprès de l'Organisme Assureur ayant recueilli l'adhésion et sur production des justificatifs visés au tableau récapitulatif des pièces à fournir figurant au titre 4 des Conditions Générales et ce :

- dès réception des décomptes de prestations en espèces émanant de la Sécurité sociale,
- à défaut d'intervention de la Sécurité sociale pour les salariés n'ayant pas droit aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison du nombre d'heures travaillées (150 heures/trimestre) ou du montant des cotisations insuffisant, dès notification de l'arrêt de travail signé par le médecin traitant et réception de l'attestation de non prise en charge émanant de la Sécurité sociale.

En l'absence d'intervention de la Sécurité sociale, l'appréciation de l'état d'incapacité sera effectuée par le médecin contrôleur ou conseil de l'Organisme Assureur, conformément aux modalités figurant à l'article 25 des présentes Conditions Générales.

Les indemnités journalières sont versées par l'Organisme Assureur au fur et à mesure de la présentation des décomptes de prestations en espèces émanant de la Sécurité sociale ou selon l'appréciation du médecin contrôleur ou conseil de l'Organisme Assureur.

Les indemnités journalières complémentaires versées par l'Organisme Assureur sont suspendues dès lors que la Sécurité sociale suspend le versement de ses propres prestations.

Par ailleurs, dans l'hypothèse où les prestations de la Sécurité sociale seraient réduites, celles-ci seront réputées avoir été versées à leur taux normal pour le calcul des prestations complémentaires.

ARTICLE 10. INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL

ARTICLE 10.1. PERSONNEL CONCERNÉ

Tout assuré, quelle que soit son ancienneté dans l'entreprise et l'organisme employeur privé à but non lucratif.

ARTICLE 10.2. OBJET ET MONTANT DE LA GARANTIE

En cas d'arrêt de travail consécutif à une maladie ou à un accident, d'ordre professionnel ou non, d'un assuré pris en charge ou non par la Sécurité sociale (dans ce cas au profit des salariés n'ayant pas droit aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison du nombre d'heures travaillées (150 heures/trimestre) ou du montant des cotisations insuffisant) l'Organisme Assureur verse des indemnités journalières dans les conditions suivantes :

1. POINT DE DÉPART DE L'INDEMNISATION

Les indemnités journalières sont servies à l'issue de l'indemnisation prévue au titre de la garantie maintien de salaire telle que définie à l'article 9 des présentes Conditions Générales.

S'agissant d'un nouvel arrêt de travail, si la garantie n'intervient pas directement à la suite de la garantie « maintien de salaire », alors que les droits à maintien de salaire ont été épuisés, la franchise Sécurité sociale est alors appliquée.

L'assuré ayant moins de 6 mois d'ancienneté au 1^{er} jour de son arrêt de travail, bénéficiera de la garantie « incapacité de travail » à l'issue d'une franchise de **30 jours** d'arrêt de travail continu.

Toutefois, cette franchise n'est pas appliquée en cas de rechute constatée ou de rechute d'une maladie entrant dans la catégorie des affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse (articles L.322. 3^e et 4^e et L.324.1 du Code de la Sécurité sociale), et ce justifiée sur production d'un certificat médical précisant qu'il s'agit de la même affection et à condition que la rechute soit éligible aux garanties souscrites.

On entend par rechute l'arrêt de travail pour maladie ou accident dû à la même maladie ou au même accident que le précédent arrêt de travail, justifiée par certificat médical.

2. MONTANT JOURNALIER DE LA PRESTATION

■ **70 % de la 365^e partie du salaire de référence défini à l'article 16.2 des présentes Conditions Générales**, y compris les prestations brutes de la Sécurité sociale (réelles ou reconstituées de manière théorique pour les assurés n'ayant pas droit aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison du nombre d'heures travaillées (150 h/trimestre) ou du montant des cotisations insuffisant) et l'éventuel salaire perçu au titre d'une activité à temps partiel ou revenu de substitution.

En tout état de cause, le total perçu par l'assuré (prestation brute de la Sécurité sociale, reconstituée de manière théorique le cas échéant, éventuel salaire à temps partiel, prestation complémentaire, ainsi que toute autre ressource) ne saurait excéder 100 % de son salaire net à payer (valeur en « net à payer » du salaire brut défini à l'art 16.2 des présentes Conditions Générales).

3. TERME DE L'INDEMNISATION

La prestation cesse d'être versée dès la survenance de l'un des événements suivants :

- du jour où la Sécurité sociale cesse le versement des indemnités journalières ou à la suite d'une décision du médecin contrôleur ou conseil de l'Organisme Assureur,
- dès la reprise du travail à temps complet par l'assuré,
- dès la reprise d'un travail à temps partiel par l'assuré, sauf si celle-ci est préconisée par la Sécurité sociale pour des raisons thérapeutiques,
- à la date de la reconnaissance par la Sécurité sociale de l'état d'invalidité ou d'Incapacité Permanente Professionnelle de l'assuré,
- à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse Sécurité sociale de l'assuré (ce motif de cessation ne s'applique pas pour les assurés en situation de cumul emploi-retraite tel que défini par les textes en vigueur),
- au plus tard au 1 095^e jour d'arrêt de travail,
- au jour du décès de l'assuré.

ARTICLE 10.3. CONDITIONS DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Les demandes d'indemnités journalières doivent être effectuées auprès de l'Organisme Assureur ayant recueilli l'adhésion et sur production des justificatifs visés au tableau récapitulatif des pièces à fournir figurant au titre 4 des Conditions Générales et ce :

- dès réception des décomptes de prestations en espèces émanant de la Sécurité sociale,
- à défaut d'intervention de la Sécurité sociale exclusivement dans ce dernier cas au profit des salariés n'ayant pas droit aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison du nombre d'heures travaillées (150 heures/trimestre) ou du montant des cotisations insuffisant, dès notification de l'arrêt de travail signé par le médecin traitant et réception de l'attestation de non prise en charge émanant de la Sécurité sociale.

En l'absence d'intervention de la Sécurité sociale, l'appréciation de l'état d'incapacité sera effectuée par le médecin contrôleur ou conseil de l'Organisme Assureur, conformément aux modalités figurant à l'article 25 des présentes Conditions Générales.

Les indemnités journalières sont versées par l'Organisme Assureur, au fur et à mesure de la présentation des décomptes de la Sécurité sociale ou selon l'appréciation du médecin contrôleur ou conseil de l'Organisme Assureur :

- à l'adhérent tant que le contrat de travail de l'assuré est en vigueur,
- à l'assuré en cas de rupture du contrat de travail.

Les indemnités journalières complémentaires versées par l'Organisme Assureur sont suspendues dès lors que la Sécurité sociale suspend le versement de ses propres prestations.

Par ailleurs, dans l'hypothèse où les prestations de la Sécurité sociale seraient réduites, celles-ci seront réputées avoir été versées à leur taux normal pour le calcul des prestations complémentaires.

ARTICLE 11. INVALIDITÉ – INCAPACITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE (IPP)

ARTICLE 11.1. PERSONNEL CONCERNÉ

Tout assuré ayant au moins **6 mois d'ancienneté** dans l'entreprise et l'organisme employeur privé à but non lucratif (l'ancienneté s'apprécie au 1^{er} jour d'arrêt de travail).

ARTICLE 11.2. OBJET ET MONTANT DE LA GARANTIE

1. POINT DE DÉPART DE L'INDEMNISATION

Dès la reconnaissance par la Sécurité sociale ou par le médecin contrôleur ou conseil de l'Organisme Assureur de l'état d'invalidité ou d'Incapacité Permanente Professionnelle (IPP) de l'assuré, l'Organisme Assureur verse une rente complétant le cas échéant celle de la Sécurité sociale, afin de compenser la perte de salaire.

2. MONTANT ANNUEL DE LA PRESTATION

Le montant annuel de la prestation, y compris les prestations brutes servies par la Sécurité sociale (réelles ou reconstituées de manière théorique pour les assurés n'ayant pas droit aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison du nombre d'heures travaillées ou du montant des cotisations insuffisant) est défini comme suit :

2.1. En cas d'invalidité de 1^{re} catégorie de la Sécurité sociale (ou sur décision du médecin contrôleur ou conseil de l'Organisme Assureur) : 3/5^e du montant de la rente complémentaire versée en 2^e et 3^e catégorie d'invalidité soit **45 % du salaire de référence** défini à l'article 16.2 des présentes Conditions Générales.

2.2. En cas d'accident du travail ou maladie professionnelle avec un taux d'IPP compris entre 33 % (inclus) et 66 % reconnu par la Sécurité sociale : $(R \times 3N) / 2$

(R étant la rente d'invalidité versée en cas d'invalidité 2^e catégorie et N le taux d'Incapacité Permanente Professionnelle (IPP) déterminé par la Sécurité sociale).

2.3. En cas d'invalidité de 2^e ou 3^e catégorie de la Sécurité sociale (ou sur décision du médecin contrôleur ou conseil de l'Organisme Assureur) ou en cas d'un accident du travail ou maladie professionnelle avec un taux d'IPP supérieur ou égal à 66 % reconnu par la Sécurité sociale : 75 % du salaire de référence défini à l'article 16.2 des présentes Conditions Générales.

Le total des prestations perçues par l'assuré (prestation brute de la Sécurité sociale, reconstituée de manière théorique, le cas échéant, éventuel salaire à temps partiel ou revenu de remplacement et prestations complémentaires versés par l'Organisme Assureur ainsi que toute autre ressource) ne saurait excéder en tout état de cause 100 % de son salaire net à payer (valeur en « net à payer » du salaire brut défini à l'article 16.2 des présentes Conditions Générales).

En cas de modification du taux d'IPP reconnu par la Sécurité sociale, la rente versée par l'Organisme Assureur est modifiée à compter de la même date.

3. TERME DE L'INDEMNISATION

La prestation cesse d'être versée dès la survenance de l'un des événements suivants :

- du jour où la Sécurité sociale cesse le versement de la pension d'invalidité de l'assuré (ou d'incapacité permanente professionnelle) ou à la date à laquelle le taux d'IPP de l'assuré devient inférieur à 33 % ou à la date à laquelle le médecin contrôleur ou conseil

de l'Organisme Assureur cesse de reconnaître l'état d'invalidité de l'assuré (ou d'Incapacité Permanente Professionnelle),

- dès la reprise du travail à temps complet de l'assuré,
- dès la reprise du travail à temps partiel de l'assuré, sauf si celle-ci est préconisée pour des raisons thérapeutiques,
- à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse Sécurité sociale de l'assuré,
- au jour du décès de l'assuré.

Le service des rentes interrompu en application des dispositions prévues ci-dessus est automatiquement repris dans les limites fixées ci-dessus à compter du jour où il a été médicalement constaté par la Sécurité sociale ou le médecin contrôleur ou conseil de l'Organisme Assureur, que l'invalidité génère à nouveau un classement en 1^{re}, 2^e ou 3^e catégorie ou une Incapacité Permanente Professionnelle d'un taux supérieur ou égal à 33 %, en cas de rechute reconnue comme telle par la Sécurité sociale.

ARTICLE 11.3. ASSURÉ DONT LE CONTRAT DE TRAVAIL EST ROMPU

Si l'assuré est licencié ou est arrivé au terme de son contrat de travail et se voit attribuer par la Sécurité sociale (ou par le médecin contrôleur/ou conseil de l'Organisme Assureur) une pension d'invalidité ou une rente d'Incapacité Permanente Professionnelle (IPP), l'Organisme Assureur n'interviendra à son tour qu'à la condition que l'arrêt de travail initial médicalement constaté et indemnisé par la Sécurité sociale (ou pris en charge à titre complémentaire sur décision du médecin contrôleur ou conseil de l'Organisme Assureur), ait eu lieu avant la rupture du contrat de travail (à l'issue de la période de préavis effectué ou non).

ARTICLE 11.4. CONDITIONS DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Les demandes de prestations doivent être effectuées auprès de l'Organisme Assureur ayant recueilli l'adhésion et sur production des justificatifs visés au tableau récapitulatif des pièces à fournir figurant au titre 4 des Conditions Générales et ce :

- dès réception de la notification d'attribution de la pension d'invalidité, de la rente d'Incapacité Permanente Professionnelle (IPP) Sécurité sociale de l'assuré,
- à défaut d'intervention de la Sécurité sociale, pour les salariés n'ayant pas droit aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison du nombre d'heures travaillées ou du montant des cotisations insuffisant, dès la notification de l'arrêt de travail signé par le médecin traitant et la réception de l'attestation de non prise en charge émanant de la Sécurité sociale et après reconnaissance de l'invalidité par le médecin contrôleur ou conseil de l'Organisme Assureur.

Les rentes complémentaires sont versées à l'assuré par l'Organisme Assureur par quotité mensuelle à terme échu sur production périodique d'un justificatif attestant de la poursuite du versement de la pension par la Sécurité sociale pour les assurés concernés.

ARTICLE 12. CAPITAL DÉCÈS – PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)

ARTICLE 12.1. PERSONNEL CONCERNÉ

Tout assuré, quelle que soit son ancienneté dans l'entreprise et l'organisme employeur privé à but non lucratif.

ARTICLE 12.2. OBJET ET MONTANT DE LA GARANTIE

En cas de décès d'un assuré, quelle qu'en soit la cause, il est versé au profit d'un ou plusieurs bénéficiaires tels que définis à l'article 12.4 ci-après, un capital dont le montant est fixé comme suit :

- 200 % du salaire annuel brut de référence défini à l'article 16.2 des présentes Conditions Générales.

ARTICLE 12.3. PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)

Dès la reconnaissance par la Sécurité sociale de l'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) de l'assuré (Invalidité 3^e catégorie par la Sécurité sociale ou reconnue par le médecin contrôleur ou conseil de l'Organisme Assureur) le capital prévu en cas de décès peut être versé à l'assuré par anticipation, sur sa demande.

Le versement par anticipation du capital décès au titre de la PTIA met fin à la garantie décès.

ARTICLE 12.4. BÉNÉFICIAIRES DES PRESTATIONS

12.4.1. EN CAS DE DÉCÈS

En cas de décès de l'assuré, les bénéficiaires du capital sont la ou les personne(s) ayant fait l'objet d'une désignation écrite et formelle de la part de l'assuré auprès de l'Organisme Assureur.

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

En l'absence de désignation de bénéficiaire(s) ou lorsque l'ensemble des bénéficiaires a renoncé ou disparu, le capital est versé dans l'ordre suivant :

- au conjoint de l'assuré non séparé de corps judiciairement, tel que défini à l'article 31.6;
- à défaut à son partenaire lié par un PACS (ayant toujours cette qualité au jour du décès) ;
- à défaut à son concubin (ayant toujours cette qualité au jour du décès) ;
- à défaut, à ses enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales entre eux;
- à défaut, à ses parents, par parts égales entre eux;
- à défaut, à ses grands-parents, par parts égales entre eux;
- et à défaut, à ses héritiers suivant la dévolution successorale.

À tout moment, et notamment en cas de modification de sa situation personnelle, le salarié peut effectuer une désignation de bénéficiaire différente par courrier adressé à l'Organisme Assureur.

Conformément à la loi, cette désignation particulière peut être également établie par acte authentique ou acte sous seing privé.

12.4.2. EN CAS DE PTIA

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), le bénéficiaire est l'assuré lui-même.

ARTICLE 12.5. CONDITIONS DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Les capitaux sont versés en une seule fois dans les 30 jours suivant la réception complète des justificatifs visés au tableau récapitulatif figurant au titre 4 des Conditions Générales et sous réserve, le cas échéant pour la PTIA, du contrôle médical prévu à l'article 24 des présentes Conditions Générales.

ARTICLE 13. RENTE ÉDUCATION

ARTICLE 13.1. PERSONNEL CONCERNE

Tout assuré, quelle que soit son ancienneté dans l'entreprise et l'organisme employeur privé à but non lucratif.

ARTICLE 13.2. OBJET ET MONTANT DE LA GARANTIE

En cas de décès, quelle qu'en soit la cause, ou de reconnaissance par la Sécurité sociale de l'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'assuré (Invalidité 3^e catégorie Sécurité sociale ou reconnue par le médecin contrôleur ou conseil de l'Organisme Assureur), il est versé au profit de chaque enfant à charge au sens des dispositions qui suivent, une rente temporaire dont le montant annuel est égal à :

- jusqu'au 18^e anniversaire,
 - > 10 % du salaire de référence défini à l'article 16.2 des présentes Conditions Générales,
- du 18^e anniversaire jusqu'au 26^e anniversaire (sous conditions définies ci-dessous),
 - > 15 % du salaire de référence défini à l'article 16.2 des présentes Conditions Générales.

La rente est versée sans limitation de durée à l'enfant à charge en cas d'invalidité reconnue alors qu'il remplit toujours les conditions de versement de la rente éducation, équivalente à l'invalidité de 2^e ou 3^e catégorie de la Sécurité sociale justifiée par un avis médical ou tant qu'il bénéficie de l'allocation d'adulte handicapé et tant qu'il est titulaire de la carte d'invalidité civile.

Le versement de la rente éducation par anticipation en cas de PTIA de l'assuré se poursuit en cas de décès de celui-ci sans donner lieu au versement d'une nouvelle rente.

ARTICLE 13.3. BÉNÉFICIAIRES DES PRESTATIONS

Les bénéficiaires des rentes éducation sont le ou les enfants à charge de l'assuré tels que définis ci-après.

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

Sont considérés comme enfants à charge :

- 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 – du salarié décédé qui ont vécu au foyer jusqu'au moment du décès et si leur autre parent n'est pas tenu au versement d'une pension alimentaire;
 - les enfants de l'assuré, qu'ils soient légitimes, naturels, adoptifs ou reconnus:
 - > jusqu'à leur 18^e anniversaire, sans condition,
 - > du 18^e jusqu'à leur 26^e anniversaire, et sous condition,
- soit :
- de poursuivre des études dans un établissement d'enseignement secondaire, supérieur ou professionnel;
 - d'être en apprentissage;
 - de poursuivre une formation professionnelle en alternance, dans le cadre d'un contrat d'aide à l'insertion professionnelle des

jeunes associant d'une part des enseignements généraux professionnels 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 Pôle Emploi comme demandeurs d'emploi, ou stagiaires de la formation professionnelle;
- d'être employés dans un Établissement et Service d'Aide par le Travail ou dans un atelier protégé en tant que travailleurs handicapés.

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

ARTICLE 13.4. CONDITIONS DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

L'indemnisation débute le 1^{er} jour du mois suivant le décès de l'assuré ou la reconnaissance de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA).

Les rentes sont versées par quotité trimestrielle et à terme d'avance, sur production des justificatifs prévus au tableau récapitulatif figurant au titre 4 des Conditions Générales, le premier versement 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.

Si le bénéficiaire est mineur non émancipé, la rente est servie pour son compte à la personne qui, au moment du versement de la rente, assume la charge effective et permanente de l'enfant ou à l'enfant bénéficiaire, sur sa demande, s'il a la capacité juridique.

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

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.

ARTICLE 13.5. TERME DE L'INDEMNISATION

Le service des rentes prend fin à compter:

- du premier jour du trimestre civil au cours duquel l'enfant cesse d'être à charge tel que défini à l'article 13.3 des présentes Conditions Générales,
- et en tout état de cause, du jour du décès du bénéficiaire.

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



TITRE III

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 14. MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

ARTICLE 14.1. SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL DES ASSURÉS DONNANT LIEU À INDEMNISATION PAR L'EMPLOYEUR

Les garanties définies au présent régime de maintien de salaire et de prévoyance sont maintenues pour les salariés dont le contrat de travail est suspendu pour la période au titre de laquelle ils bénéficient d'un maintien total ou partiel de rémunération, ou de prestations en espèces de la Sécurité sociale (ou d'une prise en charge à titre complémentaire sur décision du médecin contrôleur ou conseil de l'Organisme Assureur).

Dans ce cas, la contribution de l'employeur doit être maintenue et le salarié doit acquitter la part salariale de la cotisation calculée selon les règles du régime de prévoyance conventionnel, et ce pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée, sauf cas d'exonération de la totalité de la cotisation telle que définie à l'article 19.

Le maintien des garanties est assuré :

- tant que son contrat de travail n'est pas rompu,
- en cas de rupture du contrat de travail, quand cette rupture intervient durant la période d'assurance et lorsque les prestations de la Sécurité sociale au titre de la maladie, de l'accident, de l'invalidité, de l'Incapacité Permanente Professionnelle (IPP) sont servies sans interruption depuis la date de rupture du contrat de travail.

ARTICLE 14.2. SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL DES ASSURÉS NE DONNANT PAS LIEU À INDEMNISATION PAR L'EMPLOYEUR

Dans tous les autres cas de suspensions du contrat de travail non indemnisés (congé sabbatique, congé pour création d'entreprise, congé parental d'éducation, congé de soutien familial, congé sans solde tel que convenu après accord entre l'employeur et le salarié...), les garanties sont suspendues de plein droit et aucune cotisation n'est due.

Les arrêts de travail ou le décès survenant durant cette période ne peuvent donner lieu à indemnisation.

La suspension des garanties intervient à la date de cessation de l'activité professionnelle.

Les garanties reprennent effet dès la reprise effective du travail par l'intéressé.

ARTICLE 14.3. MAINTIEN OPTIONNEL DES GARANTIES DÉCÈS DANS LE CAS D'UNE SUSPENSION DE CONTRAT DE TRAVAIL NON INDEMNISÉE

Les garanties prévues en cas de décès (capital et rentes éducation) peuvent être maintenues si la suspension du contrat de travail du salarié ne donne pas lieu à indemnisation, sous réserve que le salarié en fasse la demande dans le mois suivant le début de la suspension de son contrat de travail et sous réserve du paiement de la totalité de la cotisation correspondante par ce même salarié.

La cotisation afférente aux garanties décès (capital et rentes éducation) est celle appliquée pour les salariés en activité.

Le salaire servant de base au calcul des prestations et des cotisations est le salaire brut total (tranches A et B) perçu au cours des 12 derniers mois civils précédant la date de la suspension du contrat de travail et ayant donné lieu à cotisations.

ARTICLE 15. TERME DES GARANTIES

Sous réserve des dispositions prévues aux articles 15.1 et 15.2 suivants, les garanties du régime cessent au plus tard :

- à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion de l'entreprise et de l'organisme employeur privé à but non lucratif consécutive à la dénonciation du régime de maintien de salaire et de prévoyance prévu par la Convention Collective Nationale BAD,
- à la date à laquelle l'entreprise et l'organisme employeur privé à but non lucratif informent l'Organisme Assureur de son changement de convention collective,
- à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse du régime de base Sécurité sociale de l'assuré, sauf en cas de cumul emploi-retraite tel que défini par les textes en vigueur et sauf dispositions particulières prévues au niveau de chaque garantie,
- à la rupture du contrat de travail de l'assuré (correspondant au terme du préavis effectué ou non),
- au jour du décès de l'assuré.

ARTICLE 15.1. RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL

15.1.1. EFFET SUR LES GARANTIES (DISPOSITIONS GÉNÉRALES)

Les assurés cessant d'appartenir à l'effectif de l'entreprise et de l'organisme employeur privé à but non lucratif (démission, licenciement, survenance du terme du contrat de travail, rupture conventionnelle...), sont radiés des garanties dès la date d'effet de la démission ou du licenciement (à l'issue du préavis effectué ou non) ou du terme du contrat de travail.

Toutefois, les assurés en arrêt de travail pour maladie, accident, ou invalidité ou Incapacité Permanente Professionnelle qui bénéficient à ce titre de prestations en espèces de la Sécurité sociale (ou pris en charge à titre complémentaire sur décision du médecin contrôleur ou conseil de l'Organisme Assureur) restent garantis en cas de rupture du contrat de travail lorsque

les prestations de la Sécurité sociale (ou les prestations versées à titre complémentaire sur décision du médecin contrôleur ou conseil de l'Organisme Assureur) sont servies **sans interruption** depuis la date de rupture du contrat de travail.

15.1.2. PORTABILITÉ DES DROITS

En application de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, toutes les garanties définies au contrat, à l'exclusion de celles relatives au « maintien de salaire » sont maintenues aux anciens salariés bénéficiaires du régime de prévoyance, en cas de cessation de leur contrat de travail intervenant **à compter du 1^{er} juin 2015**, ouvrant droit à prise en charge par Pôle Emploi, et ce dans les conditions définies ci-après.

A. Bénéficiaires de la portabilité

Bénéficiaire du maintien des garanties les anciens salariés :

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

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

Date d'effet

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

Durée

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

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

Cessation du maintien des garanties

Le maintien des garanties cesse :

- à la date de cessation de l'indemnisation de l'ancien salarié par le régime d'assurance chômage (reprise d'activité professionnelle, liquidation de la pension de retraite de base, notamment) ou dès lors que le salarié n'apporte plus la preuve de bénéficier de cette indemnisation ;
- en cas de résiliation du contrat collectif, à la date d'effet de la résiliation, sous réserve des dispositions prévues à l'article ci-après ;
- en tout état de cause, à l'issue de la période de maintien à laquelle l'ancien salarié peut prétendre à la portabilité et au plus tard au terme d'un délai de 12 mois suivant la date de cessation du contrat de travail ;
- au jour du décès de l'assuré.

Formalités de déclaration

L'employeur doit :

- signaler le maintien des garanties (à l'exclusion du maintien de salaire) dans le certificat de travail de l'ancien salarié, et

- informer l'Organisme Assureur de la sortie du salarié des effectifs (date et motif du départ).

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

L'ancien salarié bénéficiaire du maintien des garanties s'engage à cet égard à informer l'Organisme Assureur de toute modification de sa situation et notamment de la reprise d'une activité professionnelle et/ou de cessation d'indemnisation par l'assurance chômage. En cas de sinistre, l'ancien salarié devra compléter la demande de prestation et l'adresser à l'Organisme Assureur, accompagnée des pièces justificatives prévues au contrat, de l'attestation d'indemnisation par Pôle Emploi, de la copie du certificat de travail et de l'attestation d'employeur destinée à Pôle Emploi.

Les prestations lui seront versées directement ou à son bénéficiaire en cas de décès de l'ancien salarié.

C. Financement du maintien de la couverture

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

D. Garanties et prestations maintenues

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

• Base de calcul des prestations

La base de calcul des prestations à prendre en compte est le salaire de référence tel que défini au dispositif contractuel à l'article « Salaire servant de base au calcul des prestations garanties », précédant la date de cessation du contrat de travail hors sommes de toute nature versées à l'occasion de la rupture du contrat de travail (notamment indemnités de licenciement, indemnités de rupture conventionnelle, indemnités compensatrices de congés payés, primes de précarité et toutes autres sommes versées à titre exceptionnel).

• Montant des prestations

Pour le calcul des prestations et de la franchise, les obligations de l'employeur, légales, conventionnelles ou issues d'un accord d'entreprise, au titre du maintien de salaire, sont reconstituées.

Incapacité temporaire de travail

Les indemnités journalières complémentaires d'incapacité temporaire de travail sont calculées conformément aux dispositions du régime conventionnel. Elles 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 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.

E. Modifications contractuelles – Résiliation

Toutes les modifications éventuelles apportées aux dispositions contractuelles applicables aux salariés en activité [modification du niveau des prestations, des cotisations, des conditions de

règlement, notamment), pendant la période de maintien des droits, seront opposables dans les mêmes conditions aux bénéficiaires de la portabilité. Ainsi en cas de changement d'Organisme Assureur, les bénéficiaires du dispositif de portabilité seront affiliés dans les mêmes conditions que les salariés en activité auprès du nouvel Organisme Assureur.

ARTICLE 15.2. RÉSILIATION DU CONTRAT D'ADHÉSION DE L'ADHÉRENT

15.2.1. EFFETS SUR LES GARANTIES

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

Toutefois, les garanties en cas de décès (capital décès, rente d'éducation) sont maintenues pour les salariés et anciens salariés bénéficiaires des prestations incapacité, invalidité, Incapacité Permanente Professionnelle (IPP) au titre des présentes Conditions Générales, et tant que se poursuit l'arrêt de travail ou le classement en invalidité ou IPP en cause, par l'Organisme Assureur faisant l'objet de la résiliation et ce, au niveau de prestation en vigueur au jour de la résiliation.

Les garanties en cas de décès sont maintenues :

- jusqu'au 1 095^e jour d'arrêt de travail indemnisé pour incapacité de travail par l'Organisme Assureur,
- en cas d'invalidité ou d'Incapacité Permanente Professionnelle (IPP) indemnisée à titre complémentaire, par l'Organisme Assureur,
- dans tous les cas, jusqu'à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse du régime de base Sécurité sociale de l'assuré.

La revalorisation du salaire de référence servant au calcul des prestations cesse à la date d'effet de la résiliation du contrat.

Les exclusions de garanties s'appliquent également à la garantie décès maintenue en cas de résiliation du contrat.

La PTIA du salarié ou de l'ancien salarié, survenant postérieurement à la date d'effet de la résiliation du contrat, n'entre pas dans le maintien des garanties décès.

15.2.2. EFFETS SUR LES PRESTATIONS

Les prestations en cours de service ou résultant d'un événement garanti survenu antérieurement à la date de résiliation du contrat (prestations différées) continuent d'être assurées au niveau atteint jusqu'à l'extinction des droits.

L'Organisme Assureur garantira les prestations en cas de passage en invalidité ou reconnaissance d'un taux d'Incapacité Permanente Professionnelle (IPP) supérieur ou égal à 33 %, dans les conditions prévues aux présentes Conditions Générales, des assurés indemnisés au titre de la garantie Incapacité Temporaire de Travail à la date de résiliation du contrat.

Ces dispositions s'appliquent également en cas de radiation, d'une entreprise ou d'un organisme employeur privé à but non lucratif consécutive au changement de Convention Collective Nationale, acceptée par l'Organisme Assureur ayant recueilli son adhésion.

Après résiliation du contrat, les prestations arrêt de travail en cours de service à la date de résiliation continueront d'être revalorisées au 1^{er} juillet de chaque année, sur la base de l'évolution du point AGIRC dans la limite de 85 % du TME (Taux Moyen des Emprunts d'État) à 12 mois constaté au 31 décembre de l'exercice précédent, déduction faite du taux technique pris en compte pour le calcul des provisions mathématiques.

Par ailleurs, en cas de changement d'Organisme Assureur, les prestations arrêt de travail en cours de service continueront d'être revalorisées au 1^{er} juillet en fonction de l'évolution de la valeur du point AGIRC, et au plus tôt au-delà du 181^e jour d'arrêt de travail.

S'agissant des prestations rentes éducation OCIRP en cours de service à la date de résiliation du contrat, ou de changement d'assureur, celles-ci continueront à être revalorisées jusqu'à leur terme selon les modalités définies à l'article 17 des présentes Conditions Générales.

ARTICLE 16. MODE DE CALCUL DES COTISATIONS ET DES PRESTATIONS

ARTICLE 16.1. SALAIRE SERVANT DE BASE AU CALCUL DES COTISATIONS

Le salaire retenu est composé du salaire brut annuel, pris en compte dans la limite des tranches indiquées ci-après :

- **la Tranche A** : partie du salaire annuel brut, limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale,
- **la Tranche B** : partie du salaire annuel brut comprise entre le plafond annuel de la Sécurité sociale et 4 fois ce plafond.

La rémunération, le revenu de remplacement ou les éléments de salaire retenus sont ceux entrant dans l'assiette de calcul des cotisations de Sécurité sociale ou ceux entrant dans cette assiette mais bénéficiant d'un régime d'exonération de cotisations de Sécurité sociale. Sont notamment pris en compte dans l'assiette des cotisations le 13^e mois, la prime de vacances, l'indemnité de préavis et les gratifications à l'exclusion des sommes versées à titre exceptionnel lors de la cessation du contrat de travail (notamment l'indemnité compensatrice de congés payés, l'indemnité de fin de contrat à durée déterminée, l'indemnité de départ à la retraite à l'initiative du salarié ou l'indemnité de non concurrence).

En cas d'instauration par les pouvoirs publics de taxes, contributions ou charges de toutes natures assises sur les cotisations, les cotisations appelées pourront être majorées à due concurrence en accord avec les partenaires sociaux.

ARTICLE 16.2. SALAIRE DE RÉFÉRENCE SERVANT DE BASE AU CALCUL DES PRESTATIONS GARANTIES

Garanties Maintien de salaire – Incapacité temporaire de travail – Invalidité/Incapacité Permanente Professionnelle (IPP) – Décès/ Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) – Rente éducation

Le salaire servant de base au calcul des prestations est le salaire annuel brut (tranches A et B) soumis à cotisations et perçu par le salarié au cours des 12 derniers mois précédant l'arrêt de travail, le décès ou la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) du salarié. Lorsque la période de 12 mois est incomplète, le salaire de référence est reconstitué sur la base du salaire brut (tranches A et B) du ou des derniers mois civils d'activité ayant donné lieu à cotisations, y compris les éventuels éléments variables de la rémunération. Lorsqu'une période d'arrêt de travail pour maladie ou accident intervient avant la survenance d'un décès ou d'une Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), le salaire de référence retenu est celui précédant la date d'arrêt de travail.

Le salaire de référence est revalorisé en fonction de l'évolution de la valeur du point AGIRC constatée entre la date du début de l'arrêt de travail et la date de l'événement ouvrant droit à prestations et selon les coefficients fixés par le Conseil d'Administration de l'Union-OCIRP pour la rente éducation.

Avis du 25 juin 2013 : le calcul des prestations maintien de salaire se fait sur le salaire brut moyen perçu au cours des 12 derniers mois précédant l'arrêt de travail.

La prestation versée est limitée à 100 % du salaire net de référence, c'est-à-dire sur la base de la moyenne des 12 mois de salaire précédant l'arrêt de travail.

ARTICLE 17. REVALORISATION

ARTICLE 17.1. AU TITRE DES GARANTIES INCAPACITÉ TEMPORAIRE, INVALIDITÉ, INCAPACITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE (IPP)

Les prestations incapacité temporaire de travail et invalidité Incapacité Permanente Professionnelle (IPP) en cours de service sont revalorisées, une fois par an, au 1^{er} juillet, sur la base de l'évolution du point de retraite AGIRC, 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.

La première revalorisation sera donc mise en œuvre au plus tôt à compter du 181^e jour d'arrêt de travail continu.

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

ARTICLE 17.2. AU TITRE DE LA GARANTIE RENTE ÉDUCATION

Les prestations rentes éducation OCIRP en cours de service sont revalorisées chaque année au 1^{er} janvier et au 1^{er} juillet selon les coefficients fixés par le Conseil d'Administration de l'Union-OCIRP.

ARTICLE 18. COTISATION DUE

La cotisation est mentionnée au bulletin d'adhésion ou aux Conditions Particulières.

Elle est fixée par la Convention Collective Nationale de la BAD et ses avenants. Dès lors qu'elle viendrait à évoluer, sa révision se ferait dans les conditions définies par lesdits avenants nonobstant les révisions liées à tout changement législatif ou réglementaire conformément à l'application des dispositions des articles 6 et 16 des présentes Conditions Générales. En tout état de cause toute modification de cotisation devra faire l'objet d'un avenant à la convention collective.

La cotisation annuelle est payable par l'adhérent trimestriellement et à terme échu au plus tard dans les 10 jours qui suivent la fin de chaque trimestre civil. Chaque règlement doit être accompagné du bordereau trimestriel de cotisations dûment rempli par l'adhérent.

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

L'Organisme Assureur procède aux ajustements de cotisations éventuellement nécessaires, sur la base de l'état récapitulatif du personnel visé au point 3 de l'article 7 communiqué par l'adhérent avant le 31 janvier de l'année suivante.

Toutes les règles contractuelles et légales relatives au paiement des cotisations sont applicables à l'ajustement annuel des cotisations. En l'absence de communication de l'état nominatif, l'Organisme Assureur pourra procéder à toutes régularisations sur la base des éléments en sa possession.

ARTICLE 19. EXONÉRATION DE PAIEMENT DES COTISATIONS

Les assurés en arrêt de travail, dès lors qu'ils sont bénéficiaires d'indemnités journalières ou de rentes complémentaires hors maintien de salaire servies par l'Organisme Assureur au titre de l'incapacité temporaire de travail, de l'invalidité ou de l'Incapacité Permanente

Professionnelle (IPP), sont exonérés de cotisations prévoyance tant sur la part patronale que sur la part salariale.

L'exonération des cotisations cesse :

- dès l'arrêt ou la suspension des prestations complémentaires, ou
- en cas de reprise du travail à temps partiel ou complet de l'assuré, la cotisation étant alors due sur la base du salaire versé par l'adhérent.

Lorsque l'assuré perçoit un salaire réduit pendant la période d'indemnisation complémentaire, les cotisations patronales et salariales restent dues sur la base du salaire réduit.

ARTICLE 20. DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

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

L'entreprise et l'organisme employeur privé à but non lucratif adhérent(e) défaillante est toujours redevable de la cotisation dont l'Organisme Assureur ayant recueilli son adhésion poursuit le recouvrement par tout moyen.

Les salariés de l'entreprise et de l'organisme employeur privé à but non lucratif considérés restent affiliés au régime et continuent à bénéficier des garanties, lesquelles sont financées par l'ensemble des entreprises et des organismes employeurs privés à but non lucratif adhérent(es)(s).

ARTICLE 21. VERSEMENT DES PRESTATIONS

Les prestations garanties par l'Organisme Assureur sont versées soit directement aux bénéficiaires, soit par l'intermédiaire de l'adhérent, sur production d'une demande de prestation accompagnée des justificatifs requis.

Lorsque le mode de paiement choisi donne lieu à perception de frais, ceux-ci sont déduits du montant des prestations.

Les pièces justificatives nécessaires à la constitution du dossier sont à la charge du bénéficiaire.

ARTICLE 22. PRESCRIPTION

Toutes actions et demandes de prestations concernant les garanties souscrites par l'entreprise ne sont plus recevables dans un délai de 2 ans à compter de la survenance de l'événement qui y donne naissance.

La prescription est portée à dix ans lorsque le bénéficiaire des garanties n'est pas l'assuré et à 5 ans en cas d'incapacité de travail.

Toutefois, ce délai ne court :

- > 1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Organisme Assureur en a eu connaissance ;
- > 2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'assuré contre l'Organisme Assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription (reconnaissance d'un droit par l'assuré ou par l'Organisme Assureur; demande en justice, même en référé; acte d'exécution forcée) et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un sinistre. Elle peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par l'Organisme Assureur en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le souscripteur, le bénéficiaire ou l'ayant droit à l'Organisme Assureur, en ce qui concerne le règlement des prestations.

ARTICLE 23. EXCLUSIONS

Les exclusions applicables au contrat pour les différents risques décès et arrêt de travail sont les suivantes:

Ne sont pas garanties, les conséquences limitativement énumérées ci-après:

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

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

ARTICLE 24. CONTRÔLE

Les Organismes Assureurs peuvent, à tout moment, faire procéder à tous contrôles, visites médicales et enquêtes qu'ils jugeraient nécessaires pour se prononcer sur l'ouverture ou la poursuite du service des prestations.

Ils peuvent également, à tout moment, effectuer eux-mêmes les enquêtes et contrôles administratifs qu'ils estiment utiles.

Le service des prestations peut être refusé ou suspendu si l'intéressé refuse ces contrôles ou refuse de fournir les pièces justificatives demandées par l'Organisme Assureur ayant recueilli son adhésion ou si l'arrêt n'est pas médicalement justifié.

ARTICLE 25. MODALITÉS DE GESTION SPÉCIFIQUES AUX SALARIÉS N'AYANT PAS DROIT AUX PRESTATIONS EN ESPÈCES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE EN RAISON DU NOMBRE D'HEURES TRAVAILLÉES OU DU MONTANT DES COTISATIONS INSUFFISANT

- Arrêt de travail ayant pour origine un accident du travail ou une maladie professionnelle

La Sécurité sociale ne conditionne pas le versement de ses prestations dans ce cas, ni en termes de durée, ni d'ancienneté ou montant de cotisations réglé. En conséquence, les

prestations du régime complémentaire sont versées sans aucune particularité.

- Arrêt de travail ayant pour origine un accident ou une maladie d'ordre privé

Dans ce cas, et à défaut de justification de l'arrêt de travail par la production du bordereau de Sécurité sociale, la légitimité de l'indemnisation complémentaire (avec reconstitution de la prestation Sécurité sociale) devra être justifiée comme suit:

- il devra être fourni un certificat médical, ainsi que l'attestation de non prise en charge de la Sécurité sociale qui en précise la raison,
- dans l'hypothèse où l'arrêt se poursuivrait, l'éventuel classement en invalidité ainsi que le niveau de celle-ci (susceptible d'entraîner le versement anticipé du capital décès) seront déterminés par le médecin contrôleur ou conseil de l'Organisme Assureur, en accord avec le médecin traitant de l'assuré, et selon les barèmes utilisés par la Sécurité sociale. Les décisions de l'Organisme Assureur seront notifiées à l'assuré à qui elles s'imposeront, s'il ne le conteste pas en apportant des éléments contradictoires. En cas de désaccord, une procédure de conciliation sera engagée par l'intermédiaire du médecin traitant de l'assuré,
- dans tous les cas, l'assuré ne pourra se soustraire au contrôle que jugera nécessaire le médecin contrôleur ou conseil de l'Organisme Assureur, et devra répondre positivement à toute convocation de ce dernier. En cas d'impossibilité, dûment justifiée, de se déplacer, l'assuré devra accepter de recevoir, dans les 30 jours, le médecin précité à son domicile, selon un rendez-vous pris en commun,
- sauf cas de force majeure, l'assuré qui refuserait de se soumettre à un contrôle se verra suspendre son droit à prestation tant que ledit contrôle ne pourra avoir lieu.

En tout état de cause, si l'assuré ne peut bénéficier des prestations de la Sécurité sociale en raison du nombre d'heures travaillées ou du montant de cotisations insuffisant (150 heures/trimestre), le règlement des prestations est effectué le cas échéant par l'Organisme Assureur comme si la Sécurité sociale était intervenue et ce sous réserve que soit délivrée à l'assuré toute pièce justifiant son arrêt de travail et acceptée comme telle par l'Organisme Assureur dans les conditions décrites ci-avant.

ARTICLE 26. LITIGES MÉDICAUX

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

Dans le cas où cet accord ne pourrait être réalisé, le médecin expert sera désigné, à la demande d'un des deux médecins, par le Président du TGI statuant par ordonnance de référé, dans le ressort du siège social de l'Organisme Assureur.

Les conclusions de cette expertise seront opposables à l'Organisme Assureur et à l'assuré, sans que ce dernier ne puisse se prévaloir de la poursuite éventuelle d'une indemnisation par la Sécurité sociale. Les honoraires du médecin contrôleur ou conseil ou du médecin choisi par l'Organisme Assureur ayant recueilli son adhésion restent à la charge de l'Organisme Assureur en question.

Les honoraires et les frais de nomination du tiers expert seront supportés par moitié par l'Organisme Assureur et par l'assuré.

ARTICLE 27. SUBROGATION

Les Organismes Assureurs sont subrogés de plein droit aux assurés victimes d'un accident à l'occasion duquel ont été versées des prestations complémentaires, dans leur action contre les tiers responsables et, dans la limite des dépenses supportées par eux.

ARTICLE 28. TERRITORIALITÉ

Les garanties du contrat de prévoyance sont acquises aux assurés exerçant leur activité sur le territoire national, y compris les DOM. Celles-ci produisent leur effet dans le monde entier. Les prestations sont payées en euros.

ARTICLE 29. AUTORITÉ DE CONTRÔLE DES ORGANISMES ASSUREURS

L'organisme de contrôle des Organismes Assureurs est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (A.C.P.R.), située au 61 rue Taitbout — 75009 PARIS.

ARTICLE 30. INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

En vertu des dispositions de la Loi informatique et Libertés du 6 janvier 1978, l'adhérent et les assurés disposent d'un droit d'accès et de rectification des informations nominatives détenues qui s'exerce auprès de l'Organisme Assureur.

L'ensemble des informations recueillies dans le cadre de la gestion d'un dossier de prestations sont destinées à mettre en œuvre les garanties auxquelles le bénéficiaire peut prétendre.

Ces informations sont uniquement transmises aux prestataires sollicités dans l'organisation de la gestion des prestations ainsi qu'à l'Organisme Assureur.

ARTICLE 31. DÉFINITIONS

ARTICLE 31.1. INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL

L'incapacité temporaire de travail correspond à l'incapacité physique d'exercer une quelconque activité professionnelle, constatée par une autorité médicale, ouvrant droit à des indemnités journalières de la Sécurité sociale au titre de la législation maladie (Livre III – titre II du Code de la Sécurité sociale) ou de la législation accident du travail/maladie professionnelle (Livre IV du Code de la Sécurité sociale).

ARTICLE 31.2. INVALIDITÉ – INCAPACITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE (IPP) INVALIDITÉ

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

INCAPACITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE

Il s'agit de la reconnaissance par la Sécurité sociale (en application de l'article L.434-2 alinéa 1^{er} du code de la Sécurité sociale) d'un taux d'incapacité permanente égal ou supérieur à 33 %, entraînant

le versement d'une rente au titre des accidents du travail ou des maladies professionnelles.

ARTICLE 31.3. PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)

Il faut entendre par Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), l'invalidité 3^e catégorie définie à l'article L.341-4 du Code de la Sécurité sociale :

« Invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie. »

ARTICLE 31.4. FAIT GÉNÉRATEUR

Le fait générateur est l'événement à l'origine de la prise en charge du dossier :

- pour l'arrêt de travail, le fait générateur est le 1^{er} jour d'arrêt de travail,
- pour l'invalidité, le fait générateur est le 1^{er} jour d'arrêt de travail à l'origine de la mise en invalidité,
- pour l'Incapacité Permanente Professionnelle (IPP), le fait générateur est le 1^{er} jour de la reconnaissance d'un taux d'IPP supérieur ou égal à 33 %,
- pour le décès, si ce dernier fait suite à une période d'arrêt de travail (ou invalidité), le fait générateur est le 1^{er} jour d'arrêt de travail.

ARTICLE 31.5. ACCIDENT, ACCIDENT DU TRAVAIL

On entend par accident toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré, provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Ne sont pas considérés comme accidents les dommages résultant d'un traitement médical ou chirurgical ou des conséquences d'examens médicaux.

Par accident du travail, il faut entendre celui reconnu comme tel par la Sécurité sociale.

ARTICLE 31.6. CONJOINT, CONCUBIN OU PARTENAIRE LIÉ PAR UN PACS

On entend par conjoint, l'époux ou l'épouse du salarié non divorcé, ni séparé de corps judiciairement.

On entend par concubin, le concubin du salarié vivant maritalement sous le même toit, sous réserve que le concubin et le salarié soient tous les deux célibataires, veufs ou séparés de corps judiciairement, que le concubinage ait été établi de façon notoire depuis plus d'un an et que le domicile fiscal des 2 concubins soit le même. La condition de durée d'1 an est supprimée lorsque des enfants sont nés de cette union, ou lorsque le fait générateur de la prestation est d'origine accidentelle.

On entend par partenaire lié par un PACS, la personne liée à l'assuré par un Pacte Civil de Solidarité tel que défini à l'article 515-1 du Code Civil.

^(*) Art. L.341-4 du Code de la Sécurité sociale. En vue de la détermination du montant de la pension, les invalides sont classés comme suit :

1^o Invalides capables d'exercer une activité rémunérée ;

2^o Invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque ou une activité leur procurant gain ou profit ;

3^o 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.

TITRE IV. JUSTIFICATIFS

PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR POUR TOUTE DEMANDE DE PRESTATIONS

L'Organisme Assureur se réserve le droit de réclamer toute autre pièce nécessaire au paiement des prestations.

| DOCUMENTS À FOURNIR | MAINTIEN DE SALAIRE/ INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL | INVALIDITÉ IPP* PTIA** | DÉCÈS RENTE ÉDUCATION |
|---|---|---------------------------|--------------------------|
| Demande d'indemnités journalières, signée de l'entreprise ou de l'organisme employeur privé à but non lucratif adhérent(e) | X | | |
| Décomptes d'indemnités journalières de la Sécurité sociale. A défaut, l'arrêt de travail signé par le médecin traitant et l'attestation de non prise en charge émanant de la Sécurité sociale | X | | |
| Certificat médical prescrivant l'arrêt de travail initial ou sa prolongation | X | X | |
| Copie des bulletins de salaires couvrant la période de référence | X | X | X |
| Attestation sur l'honneur de non activité rémunérée (pour les assurés sans activité salariée) | | X | |
| Demande de rente (demande du capital décès ou rente éducation en cas de PTIA**) | | X | X |
| Notification d'attribution de la pension d'invalidité ou de rente IPP* émanant de la Sécurité sociale | | X | |
| Demande de prestations en cas de décès, signée de l'entreprise ou de l'organisme employeur privé à but non lucratif adhérent(e), Acte de décès | | | X X |
| Copie du livret de famille du défunt ou un acte de mariage, à défaut un acte de naissance du défunt, copie intégrale de moins de 3 mois avec mentions marginales | | | X |
| Acte de naissance de chaque enfant bénéficiaire si le livret de famille du défunt n'est pas produit | | | X |
| Justificatif de la qualité de conjoint ou à défaut, d'ayant droit, le numéro de Sécurité sociale, ainsi qu'une pièce nationale d'identité | | | X |
| S'il y a lieu, une attestation de concubinage délivrée par la mairie, une photocopie du livret de famille pour les concubins ayant des enfants en commun avec l'assuré ou, à défaut, une déclaration sur l'honneur accompagnée d'un justificatif de domicile commun (quittance loyer aux 2 noms, quittance d'électricité, téléphone...) | | | X |
| S'il y a lieu, une attestation établissant l'engagement dans les liens d'un PACS, délivrée par le greffe du tribunal d'instance ou de grande instance [attestation de moins de 3 mois] | | | X |
| Photocopie du dernier avis d'imposition de l'assuré et, le cas échéant, du concubin ou partenaire de PACS | | | X |
| S'il y a lieu, acte de naissance de chaque bénéficiaire lorsque le bénéficiaire est un ascendant de l'assuré ou un bénéficiaire désigné (autre que conjoint, concubin, partenaire de PACS et enfants) ou un héritier | | | X |
| En présence d'enfants à charge, un certificat de scolarité pour l'enfant de plus de 18 ans, ou à défaut toutes pièces justifiant de la qualité d'enfant à charge pour le versement des prestations le concernant | | | X |
| S'il y a lieu, copie de l'ordonnance désignant l'administrateur légal des biens de l'enfant mineur pour le versement des prestations le concernant | | X | X |
| Notification de la pension d'invalidité de la Sécurité sociale 3 ^e catégorie pour ouvrir droit à la PTIA** | | X | X |
| Justificatifs utiles de l'identité, la qualité et l'adresse des bénéficiaires | | | X |
| Copie des bulletins de salaires couvrant la période de référence correspondant aux 12 derniers mois civils précédant le décès ou l'arrêt de travail initial lorsqu'une période de maladie a précédé le décès ou la PTIA** | | | X |

*IPP = Incapacité Permanente Professionnelle

**PTIA = Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

En tout état de cause, le numéro de Sécurité sociale de l'assuré devra figurer sur chaque demande.

AG2R Prévoyance, Membre du groupe AG2R LA MONDIALE, Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale
35 boulevard Brune – 75680 PARIS Cedex 14 – Membre du GIE AG2R RÉUNICA

HUMANIS Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le code de la Sécurité Sociale
Siège social : 7 rue de Magdebourg – 75116 PARIS

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

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