

prévoyance



RÉGIME
CONVENTIONNEL
Ensemble
du personnel

NOTICE D'INFORMATION

RÉGIME DE MAINTIEN DE SALAIRE ET 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

I. PRÉSENTATION DU RÉGIME CONVENTIONNEL	4
Modalités d'affiliation	4
Information des salariés	4
II. LES GARANTIES DU RÉGIME	5
Maintien de salaire	5
Incapacité temporaire de travail	6
Invalidité et Incapacité Permanente Professionnelle (IPP)	6
Décès ou Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)	7
Rente éducation	8
III. DISPOSITIONS GÉNÉRALES	9
Quand débutent les garanties ?	9
Quand cessent-elles ?	9
Les garanties peuvent-elles être maintenues en cas de suspension du contrat de travail ou en cas de rupture du contrat de travail ?	9
Exclusions	11
Revalorisation	11
Exonération de paiement des cotisations	11
Versement des prestations	11
Prescription	12
Contrôle	12
Litiges médicaux	12
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 (150 heures/trimestre)	12
Subrogation	13
Territorialité	13
Autorité de contrôle des organismes assureurs	13
Informatique et libertés	13
IV. DÉFINITIONS	14
Salaire de référence	14
Incapacité temporaire de travail	14
Invalidité	14
Incapacité Permanente Professionnelle (IPP)	14
Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)	14
Fait générateur	14
Accident, accident du travail	14
Conjoint	14
Concubin	15
Partenaire lié par un pacs	15
Enfants à charge	15
V. ACTION SOCIALE DE LA BRANCHE	16
VI. JUSTIFICATIFS	17



I. PRÉSENTATION DU RÉGIME CONVENTIONNEL

Votre structure relève de la Convention Collective Nationale de la Branche de l'Aide de l'Accompagnement, des Soins et des Services à Domicile (dénommée ci-après BAD), signée le 21 mai 2010.

Cette Convention Collective Nationale et ses avenants instaurent un régime de Branche : 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 des entreprises et organismes employeurs privés à but non lucratif entrant dans le champ d'application de la Convention Collective Nationale de la Branche.

Ce régime, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012, est modifié au 1^{er} avril 2015 suite à la mise en œuvre de l'avenant 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.

MODALITÉS D'AFFILIATION

Le salarié affilié à la Sécurité sociale, sous contrat de travail à la date d'effet du contrat souscrit par l'employeur, bénéficie immédiatement du régime de prévoyance.

S'il est engagé postérieurement à la prise d'effet de l'adhésion de l'entreprise au régime, son adhésion prend effet à la date de son embauche.

INFORMATION DES SALARIÉS

La notice d'information est obligatoirement remise au salarié par son employeur. Elle permet de connaître les garanties et modalités définies au contrat de prévoyance souscrit par l'employeur.

Chaque salarié doit compléter et remettre à son employeur l'attestation se trouvant page 19 ; cette attestation est destinée à certifier que le salarié a bien reçu la présente notice.

Tout salarié a la possibilité de s'adresser à son employeur ou aux représentants du personnel pour connaître le contenu complet des dispositions conventionnelles relatives à la Prévoyance de la Convention Collective Nationale de la Branche de l'Aide, de l'Accompagnement, des Soins et des Services à Domicile (BAD).

Pour toute question d'interprétation, d'orientation générale, d'application de la Convention Collective Nationale, il peut s'adresser aux membres de la Commission Paritaire de suivi et, pour toute question liée à la gestion du régime, l'Organisme Assureur est à sa disposition. Toute modification des garanties décidée par les partenaires sociaux de la Branche sera opposable au salarié après remise de la nouvelle notice d'information ou d'un additif par l'employeur.

II. LES GARANTIES DU RÉGIME

Les garanties décrites ci-après prennent effet pour tout sinistre (arrêt de travail & décès) dont le fait générateur (défini page 14) survient à compter du 01/04/2015. Les sinistres Arrêt de travail et décès survenus entre le 1^{er} janvier 2012 et le 31 mars 2015 restent régis par les notices précédentes.

MAINTIEN DE SALAIRE

QUEL EST LE PERSONNEL CONCERNÉ ?

Tout salarié ayant au moins 6 mois d'ancienneté dans la structure (l'ancienneté s'apprécie au 1^{er} jour d'arrêt de travail).

QUEL EST L'OBJET DE LA GARANTIE ?

Si le salarié se trouve temporairement dans l'incapacité totale (défini page 14) d'exercer toute activité professionnelle par suite de maladie ou d'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 [150 heures/trimestre] ou du montant des cotisations insuffisant), l'Organisme Assureur verse des indemnités journalières dans les conditions définies ci-après.

QUEL EST LE POINT DE DÉPART DE L'INDEMNISATION ?

L'INDEMNISATION INTERVIENT :

- 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.

QUEL EST LE MONTANT DE LA PRESTATION ?

Le montant journalier de la prestation est égal à :

90 % de la 365^e partie du salaire de référence (défini page 14) y compris les prestations brutes de la Sécurité sociale et l'éventuel salaire perçu au titre d'une activité à temps partiel ou revenu de substitution.

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 la prestation Sécurité sociale est reconstituée de manière théorique.

En tout état de cause, le total perçu par le salarié (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 de référence défini page 14).

QUELLE EST LA DURÉE 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 ans d'ancienneté, les prestations sont versées pendant 90 jours maximum d'arrêt de travail décomptés par année mobile (12 mois consécutifs).

Il est 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.

Le versement de la prestation cesse également dès la survenance de l'un des événements suivants :

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

QUELLES SONT LES CONDITIONS DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS ?

Les demandes d'indemnités journalières complémentaires doivent être effectuées auprès de l'Organisme Assureur, sur production des justificatifs visés au tableau récapitulatif figurant page 17, et ce :

- dès réception des décomptes de prestations en espèces émanant de la Sécurité sociale,
- à défaut d'intervention de la Sécurité sociale si le salarié n'a pas droit aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison de son nombre d'heures travaillées (150 heures/trimestre) ou du montant des cotisations insuffisant, dès notification de son arrêt de travail signé par son 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 du salarié est effectuée par le médecin contrôleur ou conseil de l'Organisme Assureur.

Les indemnités journalières complémentaires sont versées par l'Organisme Assureur au fur et à mesure de la présentation des décomptes de prestations de la Sécurité sociale ou selon l'appréciation du médecin contrôleur ou conseil de l'Organisme Assureur. Elles sont versées à l'employeur pour le compte du salarié.

Le versement des indemnités journalières complémentaires par l'Organisme Assureur est suspendu 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.

INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL

QUEL EST LE PERSONNEL CONCERNÉ ?

Tout salarié, quelle que soit son ancienneté dans la structure.

QUEL EST L'OBJET DE LA GARANTIE ?

Si le salarié se trouve temporairement dans l'incapacité totale (défini page 14) d'exercer toute activité professionnelle par suite de maladie ou d'accident, d'ordre professionnel ou non, 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 définies ci-après.

QUEL EST LE POINT DE DÉPART DE L'INDEMNISATION ?

Les indemnités journalières complémentaires sont servies à l'issue de la période d'indemnisation prévue au titre de la garantie « maintien de salaire » telle que définie ci-avant.

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 appliquée.

Si le salarié a moins de 6 mois d'ancienneté au 1^{er} jour de son arrêt de travail, il bénéficie 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^o et 4^o et L.324-1 du Code de la Sécurité sociale), 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.

QUEL EST LE MONTANT DE LA PRESTATION ?

Le montant journalier de la prestation est égal à :

70 % de la 365^e partie du salaire de référence (défini page 14) y compris les prestations brutes de la Sécurité sociale et l'éventuel salaire perçu au titre d'une activité à temps partiel ou revenu de substitution.

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, la prestation Sécurité sociale est reconstituée de manière théorique.

En tout état de cause, le total perçu par le salarié (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 de référence défini page 14).

QUEL EST LE TERME DE L'INDEMNISATION ?

Le versement de la prestation cesse dès la survenance de l'un des événements suivants :

- du jour où la Sécurité sociale cesse le versement de ses 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 le salarié,

- dès la reprise d'un travail à temps partiel par le salarié, 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 (IPP) du salarié,
- à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse Sécurité sociale du salarié (ce motif de cessation ne s'applique pas si le salarié est 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 du salarié.

QUELLES SONT LES CONDITIONS DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS ?

Les demandes d'indemnités journalières complémentaires doivent être effectuées auprès de l'Organisme Assureur, sur production des justificatifs visés au tableau récapitulatif figurant page 17, et ce :

- dès réception des décomptes de prestations en espèces émanant de la Sécurité sociale,
- à défaut d'intervention de la Sécurité sociale si le salarié n'a pas droit aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison de son nombre d'heures travaillées (150 heures/trimestre) ou du montant des cotisations insuffisant, dès notification de son arrêt de travail signé par son 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 du salarié sera effectuée par le médecin contrôleur ou conseil de l'Organisme Assureur.

Les indemnités journalières complémentaires 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'employeur pour le compte du salarié tant que son contrat de travail est en vigueur,
- au salarié, en cas de rupture de son contrat de travail.

Le versement des indemnités journalières complémentaires par l'Organisme Assureur est suspendu 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.

INVALIDITÉ ET INCAPACITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE (IPP)

QUEL EST LE PERSONNEL CONCERNÉ ?

Tout salarié ayant au moins **6 mois d'ancienneté dans la structure** (l'ancienneté s'apprécie au 1^{er} jour d'arrêt de travail).

QUEL EST L'OBJET DE LA GARANTIE ?

Dès 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) (défini page 14) du salarié, l'Organisme Assureur verse au salarié une rente complémentaire, le cas échéant, celle de la Sécurité sociale, afin de compenser la perte de salaire.

QUEL EST LE MONTANT DE LA PRESTATION ?

Le montant annuel de la prestation, y compris les prestations brutes servies par la Sécurité sociale est défini comme suit :

EN CAS D'INVALIDITÉ 1^{RE} CATÉGORIE :

3/5^e du montant de la rente retenue pour la 2^e catégorie soit **45 %** du salaire de référence (défini page 14).

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 déterminé par la Sécurité sociale).

Exemple à seule valeur indicative :

la prestation se calcule comme suit :

Salaire de référence annuel : 20 000 €

Pension SS de 2^e catégorie (montant estimé) = 10 000 €

Taux d'incapacité = 40 %

Prestation annuelle = $\{(75\% \times 20\,000 - 10\,000) \times 3 \times 40\%\} / 2$
soit 3 000 € par an soit 250 € par mois.

EN CAS D'INVALIDITÉ DE 2^E OU 3^E CATÉGORIE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE OU D'UN ACCIDENT DU TRAVAIL OU D'UNE MALADIE PROFESSIONNELLE AVEC UN TAUX D'IPP SUPÉRIEUR OU ÉGAL À 66 % RECONNU PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE :

75 % du salaire de référence (défini page 14).

Le total des prestations perçues par le salarié (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 de référence défini page 14).

En cas de modification du taux d'Incapacité Permanente Professionnelle reconnu par la Sécurité sociale, la rente versée par les Organismes Assureurs est modifiée à partir de cette même date.

QUEL EST LE TERME DE L'INDEMNISATION ?

Le versement de la prestation complémentaire cesse dès la survenance de l'un des événements suivants :

- du jour où la Sécurité sociale cesse le versement de la pension d'invalidité du salarié ou à la date où le taux d'Incapacité Permanente Professionnelle (IPP) 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 ou d'Incapacité Permanente Professionnelle (IPP) du salarié,
- au jour de la reprise du travail à temps complet du salarié,
- au jour de la reprise d'un travail à temps partiel du salarié, sauf si celle-ci est préconisée pour des raisons thérapeutiques,
- à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse Sécurité sociale du salarié,
- au jour du décès du salarié.

En cas de rechute reconnue comme telle par la Sécurité sociale, le service des rentes complémentaires, 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 du salarié génère à nouveau un classement en 1^{re}, 2^e ou 3^e catégorie ou que le taux d'Incapacité Permanente Professionnelle (IPP) est au moins égal à 33 %.

EN CAS DE RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL

Si le salarié est licencié ou est arrivé au terme de son contrat de travail et que la Sécurité sociale (ou le médecin contrôleur ou conseil de l'Organisme Assureur) lui attribue une pension d'invalidité, ou une rente 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).

QUELLES SONT LES CONDITIONS DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS ?

Les demandes de prestations complémentaires doivent être effectuées auprès de l'Organisme Assureur, sur production des justificatifs visés au tableau récapitulatif figurant page 17 et ce :

- dès réception de la notification d'attribution de la pension d'invalidité ou de la rente d'Incapacité Permanente Professionnelle (IPP) Sécurité sociale du salarié,
- à défaut d'intervention de la Sécurité sociale si le salarié n'a pas droit aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison de son nombre d'heures travaillées ou du montant des cotisations insuffisant (150 heures/trimestre), 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 du salarié par le médecin contrôleur ou conseil de l'Organisme Assureur.

Les rentes complémentaires sont versées au salarié par l'Organisme Assureur, mensuellement à terme échu, sur production périodique d'un justificatif attestant de la poursuite du versement de la pension par la Sécurité sociale.

DÉCÈS OU PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)

QUEL EST LE PERSONNEL CONCERNÉ ?

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

QUEL EST L'OBJET DE LA GARANTIE ?

Verser au(x) bénéficiaires (définis ci-dessous) un capital en cas de décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) (défini page 14) du salarié.

QUEL EST LE MONTANT DE LA PRESTATION ?

DÉCÈS DU SALARIÉ

En cas de décès du salarié, il est versé aux(x) bénéficiaire(s) un capital égal à :

- **200 %** du salaire de référence (définition page 14)

PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA) DU SALARIÉ

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

Le versement par anticipation du capital décès au titre de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie met fin à la garantie capital décès.

QUELS SONT LES BÉNÉFICIAIRES DES PRESTATIONS ?

EN CAS DE PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE :

- le salarié.

EN CAS DE DÉCÈS DU SALARIÉ :

Les bénéficiaires du capital sont la ou les personne(s) ayant fait l'objet d'une désignation écrite et formelle de la part du salarié 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 du salarié, non séparé de corps judiciairement,
- 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,
- à défaut, à ses héritiers suivant la dévolution successorale.

A 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.

QUELLES SONT LES 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 page 17, et sous réserve, pour la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), du contrôle médical défini page 12.

RENTE ÉDUCATION

QUEL EST LE PERSONNEL CONCERNÉ ?

Tout salarié, quelle que soit son ancienneté dans la structure.

QUELS SONT L'OBJET ET LE MONTANT DE LA GARANTIE ?

En cas de décès du salarié, quelle qu'en soit la cause, ou de reconnaissance par la Sécurité sociale de l'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) (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 (défini page 15) une rente **temporaire** dont le montant annuel est égal à :

ÂGE DE L'ENFANT À CHARGE	MONTANT ANNUEL DE LA RENTE
Jusqu'au 18 ^e anniversaire	10 % du salaire de référence
Du 18 ^e jusqu'au 26 ^e anniversaire (sous conditions définies page 15)	15 % du salaire de référence

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 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 Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) du salarié se poursuit dans l'hypothèse du décès du salarié et ce, sans donner lieu au versement d'une nouvelle rente.

QUELLES SONT LES CONDITIONS DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS ?

L'indemnisation débute le 1^{er} jour du mois suivant le décès du salarié ou la reconnaissance de sa Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA). Les rentes sont versées, par quotité trimestrielle à terme d'avance, sur production des justificatifs visés au tableau récapitulatif figurant page 17, 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 l'enfant 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, le bénéficiaire ou son représentant légal doit en informer l'Organisme Assureur sans délai.

QUEL EST LE TERME DE L'INDEMNISATION ?

L'indemnisation prend fin à compter :

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

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

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.

III. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

QUAND DÉBUTENT LES GARANTIES ?

- à la date d'effet de l'adhésion figurant sur le contrat d'adhésion de la structure, si le salarié est présent à l'effectif,
- à la date de son embauche si celle-ci est postérieure à la date d'adhésion du contrat d'adhésion.

QUAND CESSENT-ELLES ?

Sous réserve des dispositions mentionnées ci-après en cas de rupture du contrat de travail et de résiliation du contrat, les garanties du régime cessent au plus tard :

- à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion de la structure consécutive à la dénonciation du régime de prévoyance prévu par la Convention Collective Nationale de la BAD,
- à la date à laquelle la structure informe l'Organisme Assureur de son changement de Convention Collective Nationale,
- à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse du régime de base Sécurité sociale du salarié, 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 du salarié (correspondant au terme du préavis effectué ou non),
- au décès du salarié.

EN CAS DE RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL

Si le salarié cesse d'appartenir à l'effectif de la structure (démission, licenciement, survenance du terme du contrat de travail), il est radié 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 ou dès la fin du maintien des garanties au titre de la portabilité visée ci-après.

Toutefois, s'il est en arrêt de travail pour maladie, accident, invalidité ou Incapacité Permanente Professionnelle (IPP) supérieure ou égale à 33 %, et bénéficie 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), il reste garanti 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.

EN CAS DE RÉSILIATION DU CONTRAT

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 éducation) sont maintenues si le salarié bénéficie de prestations incapacité, invalidité ou de la reconnaissance d'un taux d'Incapacité Permanente Professionnelle (IPP) supérieur ou égal à 33 %, au titre d'un contrat de prévoyance collectif obligatoire, et tant que se poursuit l'indemnisation de l'arrêt de travail, de l'invalidité et de l'Incapacité Permanente Professionnelle (IPP) par l'Organisme Assureur

et ce, au niveau de prestation en vigueur au jour de la résiliation. N'entrent pas dans ce maintien de garanties :

- > la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) du salarié,
- > la revalorisation du salaire de référence.

En tout état de cause, le maintien des garanties décès cesse à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse du régime de base de Sécurité sociale du salarié.

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.

Le droit à indemnisation au titre de l'invalidité est maintenu au salarié percevant des indemnités journalières de l'Organisme Assureur, le versement ou le droit à ces indemnités devant être né postérieurement à la date d'affiliation à la garantie du salarié et antérieurement à la date d'effet de la résiliation du contrat.

Ces dispositions s'appliquent également en cas de radiation de la structure 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 continuent 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 rentes éducation OCIRP en cours de service à la date de résiliation du contrat ou de changement d'assureur, celles-ci continuent d'être revalorisées jusqu'à leur terme selon les modalités définies au paragraphe « Revalorisation » (page 11).

LES GARANTIES PEUVENT-ELLES ÊTRE MAINTENUES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL OU EN CAS DE RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL ?

SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

DONNANT LIEU A INDEMNISATION PAR L'EMPLOYEUR

Les garanties sont maintenues, moyennant paiement des cotisations (sauf cas d'exonération prévus ci-après), si le contrat de travail du salarié est suspendu pour la période au titre de laquelle il bénéficie 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 page 11.

Ce maintien de garanties est assuré :

- > tant que le contrat de travail du salarié 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.

SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL NE DONNANT PAS LIEU A INDEMNISATION PAR L'EMPLOYEUR

Dans tous les autres cas de suspension du contrat de travail non indemnisée (congé sabbatique, congé pour création d'entreprise, congé parental, 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 donc 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.

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 du contrat de travail et sous réserve du paiement de la totalité de la cotisation correspondante par le salarié.

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

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

RUPTURE OU FIN DU CONTRAT DE TRAVAIL/LA 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.

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.

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 bénéficiaire 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 traitant de la résiliation du contrat d'adhésion de la structure;
- 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 Pole Emploi, de la copie du certificat de travail et de l'attestation d'employeur destinée à Pole Emploi.

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

Financement du maintien de la couverture

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

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.

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.

EXCLUSIONS

Pour les risques décès et arrêt de travail, ne sont pas garanties les conséquences :

- 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 à l'égard du salarié 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.

REVALORISATION

AU TITRE DES GARANTIES INCAPACITÉ TEMPORAIRE, INVALIDITÉ ET INCAPACITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE (IPP)

Les prestations incapacité temporaire de travail, invalidité et 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 le salarié 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 du salarié et la date à laquelle ce dernier peut prétendre contractuellement au versement des prestations.

AU TITRE DE LA GARANTIE RENTE ÉDUCATION

Les 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.

EXONÉRATION DE PAIEMENT DES COTISATIONS

Si le salarié, en arrêt de travail, est bénéficiaire 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'Incapacité Permanente Professionnelle (IPP) ou de l'invalidité, il est exonéré des cotisations prévoyance tant sur la part patronale que sur la part salariale.

Cette exonération cesse :

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

Lorsque le salarié perçoit un salaire réduit pendant la période d'indemnisation complémentaire, les cotisations restent dues sur la base du salaire réduit.

VERSEMENT DES PRESTATIONS

Les prestations sont versées, soit directement au(x) bénéficiaire(s) du salarié, soit par l'intermédiaire de l'entreprise, sur production d'une demande de prestations 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.

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. Cependant, pour les opérations d'assurance sur la vie, les actions du bénéficiaire sont, en tout état de cause, prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

Quand l'action de l'assuré contre 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.

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 le salarié refuse ces contrôles ou refuse de fournir les pièces justificatives demandées par l'Organisme Assureur ou si l'arrêt n'est pas médicalement justifié.

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 et le médecin traitant du salarié.

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 Tribunal de Grande Instance 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 au salarié, sans que ce dernier 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 le salarié.

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 (150 HEURES/TRIMESTRE) 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 terme 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 du salarié 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 du salarié 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 du salarié, et selon les barèmes utilisés par la Sécurité sociale. Les décisions de l'Organisme Assureur seront notifiées au salarié et lui seront imposées s'il ne les conteste pas en apportant des éléments contradictoires. En cas de désaccord, une procédure de conciliation sera engagée par l'intermédiaire du médecin traitant du salarié ;
- dans tous les cas, le salarié ne pourra pas 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, le salarié 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, si le salarié refuse de se soumettre à un contrôle, son droit à prestation sera suspendu tant que ledit contrôle ne pourra avoir lieu.

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

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.

TERRITORIALITÉ

Les garanties 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.

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.

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.

IV. DÉFINITIONS

SALAIRE DE RÉFÉRENCE

Le salaire de référence est égal au salaire 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.

Il se décompose comme suit :

- **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.

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'évènement ouvrant droit à prestations, et selon les coefficients fixés par le Conseil d'Administration de l'Union-OCIRP pour la rente éducation.

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).

INVALIDITÉ

Est considéré comme invalide, le salarié classé dans les 1^{er}, 2^e et 3^e catégories d'invalide prévues par les articles L.341-4 et suivants du Code de la Sécurité sociale, à savoir :

- > **1^{er} catégorie** : invalides capables d'exercer une activité rémunérée,
- > **2^e catégorie** : invalides absolument incapables d'exercer une quelconque profession ou une activité leur procurant gain ou profit,
- > **3^e catégorie** : invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession, sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

INCAPACITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE (IPP)

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.

PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)

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

FAIT GÉNÉRATEUR

Le fait générateur est l'évènement 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.

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'examen médicaux.

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

CONJOINT

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

CONCUBIN

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 deux concubins soit le même. La condition de durée d'un an est supprimée lorsque des enfants sont nés de cette union, ou lorsque le fait générateur de la prestation est d'origine accidentelle.

PARTENAIRE LIÉ PAR UN PACS

Par partenaire lié par un PACS, on entend la personne liée au salarié par un pacte civil de solidarité tel que défini à l'article 515-1 du Code civil.

ENFANTS À CHARGE

Par enfants à charge, on entend :

- les enfants à naître,
- les enfants nés viables,
- les enfants recueillis – c'est-à-dire ceux de l'ex-conjoint éventuel, du conjoint ou concubin ou 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 au 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 au sens fiscal du terme du bénéficiaire.

NOTA

La qualité de salarié, conjoint, concubin, partenaire lié par un PACS, enfants à charge s'apprécie à la date de survenance de l'événement ouvrant droit aux prestations.



V. ACTION SOCIALE DE LA BRANCHE

Les partenaires sociaux de la Branche de l'Aide, de l'Accompagnement, des Soins et des Services à Domicile (BAD) ont signé une Convention Collective Nationale instaurant un régime obligatoire de Prévoyance au profit de l'ensemble des salariés de la branche.

Ce régime s'accompagne d'un **fonds social dédié**, destiné à intervenir en faveur des salariés ou de leurs ayants droit qui sont confrontés à des situations difficiles touchant la santé, le handicap, l'invalidité ou le décès.

LES AIDES APPORTÉES

Les Organismes Assureurs peuvent intervenir au titre de leur action sociale selon les garanties souscrites.

Le fonds social Prévoyance peut être sollicité lors de situations particulièrement difficiles. Il intervient notamment en cas d'invalidité ou suite à un décès ou à un handicap.

Les aides sont attribuées en fonction de la situation sociale et financière du foyer.

EXEMPLES D'AIDE

- > Dépenses exceptionnelles liées à une invalidité ou à un décès;
- > Aménagement du domicile;
- > Achat de matériel (fauteuil roulant par exemple)...

FONCTIONNEMENT DU FONDS SOCIAL

Les salariés saisissent **en premier lieu leur Organisme Assureur**.

L'Organisme Assureur envoie au salarié un dossier de demande d'aide.

L'équipe sociale de l'Organisme Assureur étudie le dossier et procède, le cas échéant, au versement d'une aide de premier niveau.

Il s'agit d'une procédure anonyme et confidentielle.

De plus, il a été institué un fonds social de Branche de second niveau, qui permet d'intervenir en complément ou en substitution du fonds social de l'Organisme Assureur.

Ce fonds social de Branche intervient dans la limite des ressources annuelles qui lui sont attribuées.

Un seul dossier est à remplir par le salarié. Après étude de celui-ci, l'Organisme Assureur transmettra directement le dossier au fonds social de la Branche Aide à Domicile.

QUI CONTACTER ?

AG2R Prévoyance, Action sociale régionalisée:

www.prev-aideadomicile.fr – 09 70 80 82 43.

HUMANIS Prévoyance, Action sociale:

93 rue Marceau – 93187 MONTREUIL CEDEX – 01 58 82 62 29.

CHORUM, Action sociale:

56/60 Rue Nationale – 75013 PARIS – action-sociale@chorum.fr.

VI. 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. À 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, signée de l'entreprise ou l'Organisme adhérent(e) (demande de capital décès ou rente éducation en cas de PTIA**)		X	X
Notification d'attribution de la pension d'invalidité émanant de la Sécurité sociale ou de rente IPP*		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.



ANNEXE

ATTESTATION DE RÉCEPTION DE LA NOTICE D'INFORMATION

À DÉCOUPER ET À REMETTRE À VOTRE EMPLOYEUR

Je soussigné(e),

reconnais avoir reçu la notice d'information « Régime de Maintien de salaire et Prévoyance - Convention Collective Nationale de la Branche de l'Aide, de l'Accompagnement, des Soins et des Services à Domicile (BAD) » relative au régime de prévoyance souscrit auprès de l'Organisme Assureur ayant recueilli l'adhésion de mon employeur:

.....
.....

À Le

Signature du salarié:

┌

└

└

┌

Ce document doit être conservé par l'employeur sans limite de durée.

Il doit être remplacé à chaque remise d'une notice constatant des modifications contractuelles.



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

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