

CONDITIONS GENERALES DU CONTRAT COLLECTIF DE PREVOYANCE A ADHESION OBLIGATOIRE

CONVENTION COLLECTIVE DE LA FABRICATION DE L'AMEUBLEMENT

PERSONNEL NON CADRE

Référencées : CG AMEUBLEMENT PREV NC - 01/2019

SOMMAIRE

PREAMBULE

DEFINITIONS PREALABLES

PARTIE 1/ LE CADRE JURIDIQUE DU CONTRAT.....

- ARTICLE 1.1 - OBJET DU CONTRAT
- ARTICLE 1.2 - CADRE JURIDIQUE
- ARTICLE 1.3 - ADHERENT ET PARTICIPANT
- ARTICLE 1.4 - PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL
- ARTICLE 1.5 - CONTROLE DES CO-ASSUREURS
- ARTICLE 1.6 - PRISE EN COMPTE DE LA LOI N°2014-617 DU 13 JUIN 2014 DITE LOI « ECKERT »

PARTIE 2/ LA VIE DU CONTRAT

- ARTICLE 2.1 - ADMISSION D'UNE ENTREPRISE / EFFET DU CONTRAT
- ARTICLE 2.2 – DUREE DU CONTRAT ET REPRISE DE RISQUES
- ARTICLE 2.3 - OBLIGATIONS DE L'ENTREPRISE ADHÉRENTE
- ARTICLE 2.4 - FORMALITES D’AFFILIATION
- ARTICLE 2.5 - FAUSSE DECLARATION
- ARTICLE 2.6 - MODIFICATION DU CONTRAT PAR LES CO-ASSUREURS
- ARTICLE 2.7 - NOTICE D’INFORMATION
- ARTICLE 2.8 - ASSIETTE DE COTISATIONS
- ARTICLE 2.9 - COTISATIONS
- ARTICLE 2.10 – LITIGES

PARTIE 3/ LES BENEFICIAIRES DU CONTRAT

- ARTICLE 3.1 - GROUPE ASSURE

PARTIE 4/ GARANTIES ET PRESTATIONS.....

- ARTICLE 4.1 - DETAIL DES GARANTIES
- ARTICLE 4.2 - EXCLUSIONS DE GARANTIES
- ARTICLE 4.3 - BASE DE CALCUL DES PRESTATIONS
- ARTICLE 4.4 - REVALORISATION DES PRESTATIONS EN COURS DE CONTRAT
- ARTICLE 4.5 - PAIEMENT DES PRESTATIONS
- ARTICLE 4.6 - DELAI DE DECLARATION, DECHEANCE ET PRESCRIPTION
- ARTICLE 4.7 - SUBROGATION

PARTIE 5/ EFFET, DUREE ET MAINTIEN DE GARANTIES.....

- ARTICLE 5.1 - EFFET ET DUREE DES GARANTIES
- ARTICLE 5.2 - SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL
- ARTICLE 5.3 - RUPTURE OU FIN DE CONTRAT DE TRAVAIL OUVRANT DROIT A PORTABILITE
- ARTICLE 5.4 - MAINTIENS SPECIFIQUES

PREAMBULE

Par Accord du 26 avril 2005, les partenaires sociaux de la Convention Collective Nationale de la Fabrication de l'Ameublement du 14.01.1986 (JO n°3155) ont mis en place un régime de prévoyance complémentaire au profit du personnel « **non cadre** » des entreprises relevant du champ d'application de la Convention Collective Nationale.

Les entreprises qui le souhaitent, peuvent adhérer pour la mise en œuvre du régime de prévoyance complémentaire institué par cet Accord auprès des institutions de prévoyance suivantes :

- APGIS, Institution de Prévoyance agréée par le Ministère chargé de la Sécurité sociale sous le N° 930, régie par les articles L.931-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale. SIREN n°304-217-904. Siège social : 12, rue Massue - 94684 Vincennes cedex.
- AG2R RÉUNICA Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le code de la Sécurité sociale, membre d'AG2R LA MONDIALE - 104 -110 boulevard Haussmann 75008 Paris - Membre du GIE AG2R RÉUNICA.

lesquelles s'engagent à proposer un Contrat collectif de prévoyance conforme aux dispositions dudit Accord et assurent l'ensemble des garanties souscrites (sans solidarité entre elles) pour une quote-part respective de 55 % pour APGIS et 45 % pour AG2R RÉUNICA Prévoyance, ci-après dénommés « **co-assureurs** ».

Dans le cadre de la co-assurance, APGIS et AG2R RÉUNICA Prévoyance se donnent respectivement mandat de procéder à la prospection et aux modalités d'adhésion des entreprises relevant de leur périmètre respectif suivant la répartition géographique définie par l'Accord du 26 avril 2005.

Les présentes Conditions Générales ont pour objet de définir les conditions d'adhésion des entreprises relevant de la branche professionnelle susvisée auprès des co-assureurs pour la couverture du régime de prévoyance complémentaire organisé au profit du personnel « **non cadre** » visé ci-dessus selon les dispositions de l'Accord du 26 avril 2005 précité tel que modifié en dernier lieu par l'avenant n° 7 du 09.10.2017 et n°8 du 04.12.2018 (et son annexe 1), ainsi que les modalités de mise en œuvre de cette couverture à destination du personnel en question en vigueur à compter du 01.01.2018.

Le co-assureur auprès duquel l'entreprise formalise son adhésion est appelé « **co-assureur gestionnaire** ».

DEFINITIONS PREALABLES

Sauf disposition spécifique prévue à chaque garantie, les définitions ci-après s'entendent au jour de l'évènement considéré.

Accident :

Toute atteinte à l'intégrité physique, non intentionnelle et provenant de l'action fortuite, soudaine, violente et imprévisible d'une cause extérieure au participant.

Accident du travail :

Accident survenu à toute personne salariée ou travaillant, à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit, pour l'Entreprise adhérente, quelle qu'en soit la cause, par le fait ou à l'occasion du travail et reconnu en tant que tel par la Sécurité sociale.

Acte authentique :

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

Acte sous seing privé :

Acte juridique rédigé et signé par des particuliers, sans la présence d'un notaire ou officier public (par exemple, un contrat).

Capacité juridique :

Aptitude à avoir des droits et des obligations et à les exercer soi-même (exemple : capacité d'agir en justice, de conclure un contrat...). Les mineurs (hors mineurs émancipés) ne disposent pas de la capacité d'exercice. Il en est de même pour les majeurs qui bénéficient d'un régime de protection juridique.

Délai de déclaration du sinistre :

Délai exprimé en nombre de jours continus durant lequel le participant ou l'Entreprise adhérente doit déclarer le sinistre pour obtenir une éventuelle prise en charge.

Fait générateur :

Évènement qui fait naître le droit à une Prestation au profit du participant ou du bénéficiaire.

Garantie :

Le droit de bénéficier du paiement des indemnités, en cas de survenance future d'un des risques souscrits au Contrat. Les co-assureurs s'engagent, en contrepartie d'une cotisation fixé au bulletin d'adhésion, à verser une prestation telle que prévue au Contrat à condition que l'évènement faisant jouer les clauses du Contrat intervienne au cours de la période d'assurance.

Prestation :

Montant versé par les co-assureurs en application des garanties et des conditions prévues au Contrat.

Régime :

Ensemble des dispositions relatives au Contrat collectif de prévoyance des salariés « non cadres » de l'Entreprise adhérente.

Terme échu :

Délai au terme duquel le règlement est effectué.

PARTIE 1/ LE CADRE JURIDIQUE DU CONTRAT

ARTICLE 1.1- OBJET DU CONTRAT

Le Contrat collectif de prévoyance a pour objet la mise en œuvre du régime de prévoyance complémentaire visé en préambule couvrant les garanties DECES, INCAPACITE TEMPORAIRE COMPLETE DE TRAVAIL, INVALIDITE et RENTE EDUCATION auprès de l'un des co-assureurs auquel l'Entreprise a donné son adhésion sous le numéro de contrat référencé au bulletin d'adhésion de l'entreprise.

Il est rappelé que le Contrat est destiné aux entreprises relevant de la Convention Collective Nationale de la Fabrication de l'Ameublement dont l'établissement est situé en France métropolitaine ou dans un département d'Outre-Mer.

ARTICLE 1.2 - CADRE JURIDIQUE

Le Contrat est régi par le livre IX du code de la Sécurité sociale et notamment les articles L 932-1 et suivants. Il relève des branches 20 (décès), 1 (accident) et 2 (maladie).

Il est constitué par les présentes Conditions générales, le bulletin d'adhésion de l'entreprise (qui vient notamment préciser la date d'effet du Contrat, les caractéristiques du groupe Participant, la nature des Garanties et les cotisations correspondantes), le cas échéant des avenants et/ou annexes, le tout formant un ensemble indissociable.

L'Entreprise adhérente doit avoir accompli ou doit accomplir les formalités de mise en place du régime de prévoyance dans son entreprise, conformément à l'une des modalités prévues par l'article L 911-1 du Code de la Sécurité sociale.

ARTICLE 1.3 – ADHERENT ET PARTICIPANT

L'Entreprise acquiert, par la souscription du Contrat collectif de prévoyance visé en préambule, la qualité de membre adhérent de l'un des co-assureurs.

Les membres du personnel inscrits au registre du personnel de l'Entreprise adhérente ainsi que les anciens salariés visés à l'article 3.1 ci-après, affiliés au Contrat collectif de prévoyance, acquièrent la qualité de membre participant de l'un des co-assureurs.

ARTICLE 1.4 - PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

COMMENT ET POURQUOI SONT UTILISEES LES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL ?

Les données à caractère personnel sont collectées et traitées par les co-assureurs au titre de la passation, de la gestion et de l'exécution du Contrat, ainsi les co-assureurs utilisent :

- des données relatives à l'âge, à la situation familiale ou professionnelle, à la santé qui sont nécessaires pour l'étude des besoins et des profils afin de proposer des produits et des services adaptés, les données de santé ne sont collectées et traitées que pour les garanties santé et prévoyance ;
- les coordonnées de contact et informations bancaires pour la gestion administrative, technique et commerciale du contrat et des services associés.

Elles peuvent également être utilisées pour poursuivre les intérêts légitimes des co-assureurs de protection et de développement des activités et d'amélioration continue des produits et services offerts aux participants au travers de :

- la réalisation d'analyses et d'études portant sur le fonctionnement des contrats pour mettre au point de nouvelles offres de prévoyance, santé, épargne retraite, et autres assurances, individuelles ou collectives ;
- la lutte contre la fraude, notamment à partir de la détection d'anomalies dans le fonctionnement des contrats, pouvant conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

Elles sont enfin traitées pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires des co-assureurs, notamment :

- la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ;
- les déclarations obligatoires auprès des autorités et administrations publiques.

Les co-assureurs peuvent être amenés à mettre en œuvre des traitements automatisés ou de profilage fondés sur l'analyse des données, notamment afin de répondre à des obligations de conseil, de déterminer les garanties et prestations applicables et de proposer des contrats et produits adaptés.

Les données collectées au moyen d'un formulaire papier ou en ligne et signalées comme obligatoires sont nécessaires à la gestion des garanties et services prévus au contrat ; les co-assureurs ne seront pas en mesure de les mettre en œuvre si ces informations sont mal renseignées.

Dans le cadre de la gestion du Contrat, les co-assureurs sont susceptibles de recevoir des données à caractère personnel en provenance de l'Entreprise adhérente et des régimes obligatoires de Sécurité sociale.

Les données nécessaires à la gestion du Contrat et des services associés sont conservées pendant la durée du Contrat et jusqu'à expiration des délais de prescription légale.

Dans le cadre de ces traitements, les données sont transmises aux services en relation avec les bénéficiaires, aux membres des co-assureurs ou aux sous-traitants qui interviennent dans la réalisation des finalités énoncées, aux réassureurs éventuels du Contrat.

QUELS SONT LES DROITS ET COMMENT LES EXERCER ?

Les bénéficiaires disposent du droit de demander l'accès aux données les concernant, leur rectification ou leur effacement ou la limitation du traitement dans les cas prévus par la loi.

Ces droits peuvent être exercés en s'adressant, selon le cas et en justifiant de son identité, à :

- APGIS par courrier à l'attention du **Délégué à la protection des données**
Service Informatique et Libertés 12 rue Massue - 94684 Vincennes Cedex

Ou

- AG2R RÉUNICA Prévoyance par courrier à l'attention du **Délégué à la protection des données 104-110 Boulevard Haussmann, 75379 PARIS Cedex 08** ou par courriel à informatique.libertes@ag2rlamondiale.fr

Pour les données traitées au titre de la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme, les droits d'accès s'exercent auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL), 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS.

Les co-assureurs apportent la plus grande attention aux données personnelles, néanmoins si les bénéficiaires considèrent que le traitement des données les concernant constitue une atteinte à leurs droits, ils disposent de la faculté d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.

ARTICLE 1.5 – CONTROLE DES CO-ASSUREURS

Les co-assureurs relèvent de l'**Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)**
sise 4 PLACE DE BUDAPEST
CS 92459
75436 PARIS cedex 09

ARTICLE 1.6 – PRISE EN COMPTE DE LA LOI N°2014-617 DU 13 JUIN 2014 DITE LOI « ECKERT »

La loi Eckert concerne uniquement les garanties Décès / Rente éducation.

Revalorisation prévue à l'article L132-5 du code des assurances (*) jusqu'à la réception des pièces justificatives nécessaires au paiement ou jusqu'au transfert à la Caisse des dépôts et consignations :

En cas de décès de la personne garantie, le montant des prestations décès telles que visées à l'article L.132-5 du Code des assurances (*) est revalorisé jusqu'à la réception des pièces justificatives nécessaires à son paiement et au plus tard jusqu'au transfert à la Caisse des dépôts et consignations suivant les modalités prévues ci-après.

A compter de la date du décès du participant et jusqu'à la date de réception par les co-assureurs des pièces justificatives il sera accordé, pour chaque année civile, une revalorisation, nette de frais, égale au moins élevé des deux taux suivants :

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

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

() article applicable aux institutions de prévoyance régies par le code de la Sécurité sociale par renvoi de l'article L.932-23 du code de la Sécurité sociale.*

Cas des prestations n'ayant pas fait l'objet d'une demande de règlement par le(s) bénéficiaire(s) :

Conformément à l'article L.132-27-2 du Code des assurances (article applicable aux institutions de prévoyance régies par le code de la Sécurité sociale par renvoi de l'article L. 932-23 du Code de la Sécurité sociale), les sommes dues au titre des contrats d'assurance sur la vie qui ne font pas l'objet d'une demande de versement des prestations décès sont déposées par les co-assureurs à la Caisse des dépôts et consignations à l'issue d'un délai de dix ans à compter de la date de connaissance par les co-assureurs du décès.

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

Pour l'application des dispositions du présent article, la date de connaissance du décès par les co-assureurs correspond à la réception par celle-ci de l'acte de décès.

PARTIE 2/ LA VIE DU CONTRAT

ARTICLE 2.1 - ADMISSION D'UNE ENTREPRISE / EFFET DU CONTRAT

Toute entreprise entrant dans le champ d'application de la Convention Collective Nationale de la Fabrication de l'Ameublement peut solliciter et obtenir son adhésion au Contrat collectif de prévoyance auprès des co-assureurs.

Le Contrat prend effet à la date indiquée sur le bulletin d'adhésion de l'entreprise remis par le co-assureur gestionnaire, sous réserve de sa signature par les deux parties et la production par l'entreprise lors de la souscription du Contrat des pièces prévues à l'article 2.3.2 des présentes Conditions générales.

Le co-assureur gestionnaire examine la demande d'adhésion et décide le cas échéant après examen du dossier de l'éventuelle modification des conditions d'assurance. Suite à l'étude des risques en cours à la date d'effet du Contrat, telle que définie à l'article 2.2.2 des présentes Conditions générales, le co-assureur gestionnaire se réserve en effet le droit de modifier les conditions d'assurance par l'envoi d'un avenant ou d'une annexe audit bulletin précisant les modalités de prise en charge et le financement des risques en cours.

ARTICLE 2.2 – DUREE DU CONTRAT ET REPRISE DE RISQUES

2.2.1 DUREE DU CONTRAT

Le Contrat est conclu pour une première période expirant le 31 décembre de l'année de sa prise d'effet et se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1er janvier de chaque année pour des périodes successives d'un an, sauf dénonciation du Contrat dans les conditions définies ci-après.

L'Entreprise adhérente ou les co-assureurs peuvent dénoncer le Contrat par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception (ou lettre recommandée électronique le cas échéant) en respectant un préavis de 2 mois avant le 31 décembre de l'année en cours, le cachet de la poste ou la preuve du dépôt faisant foi.

En cours de Contrat, celui-ci peut également prendre fin en cas de dénonciation par l'une et/ou l'autre des parties selon le cas, dans les situations suivantes :

- ⇒ en cas de non-paiement des cotisations dues par l'Entreprise adhérente au regard de l'article 2.9.4 des présentes Conditions générales,
- ⇒ lorsque l'Entreprise adhérente ne relève plus du champ d'application de la Convention Collective Nationale de la Fabrication de l'Ameublement,
- ⇒ en cas de refus de modification du Contrat visés à l'article 2.6 des présentes Conditions générales.

Procédure de sauvegarde, de redressement ou de liquidation judiciaires de l'Entreprise adhérente

La garantie subsiste, moyennant paiement des cotisations, en cas de procédure de sauvegarde ou de redressement ou de liquidation judiciaires de l'Entreprise adhérente.

L'administrateur ou le débiteur autorisé par le juge-commissaire ou le liquidateur, selon le cas, et le co-assureur conservent le droit de résilier le Contrat pendant un délai de trois mois à compter de la date du jugement de sauvegarde ou de redressement ou de liquidation judiciaires.

La portion de cotisation afférente au temps pendant lequel le co-assureur ne couvre plus le risque est restituée au débiteur.

2.2.2 REPRISE DE RISQUES EN COURS A LA DATE D'EFFET DU CONTRAT

Les entreprises qui rejoignent les co-assureurs pour la couverture du régime de prévoyance complémentaire détaillé aux présentes Conditions Générales alors qu'un ou plusieurs de leurs salariés ou anciens salariés sont en arrêt de travail à la date d'effet mentionnée au bulletin d'adhésion devront en faire la déclaration auprès du co-assureur gestionnaire au moyen d'une annexe remise par les co-assureurs.

Doivent figurer sur cette liste :

- les salariés inscrits aux effectifs de l'Entreprise adhérente et se trouvant en incapacité temporaire complète de travail, en temps partiel thérapeutique, en invalidité indemnisés ou non 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'Entreprise adhérente.

L'entreprise doit également déclarer au moyen de l'annexe précitée les éventuels bénéficiaires suivants à la date d'effet mentionnée au bulletin d'adhésion :

- les bénéficiaires de rentes éducation (ou toutes rentes de même nature quelle que soit leur dénomination) en vertu d'un précédent contrat de prévoyance collective conclu par l'Entreprise adhérente.
- les anciens salariés bénéficiant du maintien des garanties dans le cadre du dispositif de portabilité des droits prévu en application de l'article L911-8 du Code de la Sécurité sociale, au titre d'un précédent contrat de prévoyance souscrit par l'Entreprise adhérente.

Au vu de cette déclaration et selon le cas, seront garantis à la prise d'effet de l'adhésion de l'Entreprise adhérente et selon les modalités définies ci-après :

- les revalorisations futures portant sur les prestations périodiques (indemnités journalières, rentes d'invalidité, rentes d'éducation ou assimilées) en cours de service et versées au titre d'un précédent contrat de prévoyance collective souscrit par l'Entreprise adhérente, auprès d'un autre organisme assureur,
- l'éventuel différentiel de garanties décès en cas d'indemnisation moindre prévue par un précédent contrat de prévoyance collective conclu par l'Entreprise adhérente, 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,
- le maintien des garanties au profit des anciens salariés, couverts précédemment par un contrat de prévoyance collective, s'ils continuent à remplir les conditions définies à l'article 5.3 des présentes Conditions générales.

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

Les salariés en arrêt de travail sont couverts à compter de la date d'effet du présent Contrat, au sens de l'article 2 de la loi Evin, dès lors qu'ils ont été déclarés par l'Entreprise adhérente lors de la souscription du Contrat, sous réserve d'avoir rempli les formalités d'affiliation lorsqu'elles sont demandées par le co-assureur gestionnaire.

Pour les états pathologiques survenus antérieurement à la souscription du contrat, seules leurs suites et conséquences sont prises en charge à compter de la date d'effet du contrat par les Co-assureurs.

L'Entreprise adhérente s'engage à fournir au co-assureur gestionnaire les garanties et conditions d'application du ou des précédent(s) contrat(s) collectif(s) de prévoyance éventuels.

Suite à l'analyse des risques en cours, les co-assureurs se réservent la possibilité de réviser leurs conditions d'assurance.

En fonction des conclusions des co-assureurs, ceux-ci peuvent :

– accepter l'affiliation du personnel assurable dans les conditions normales du Contrat,
ou

– majorer pour l'ensemble du groupe « participant » les cotisations du Contrat ou demander à l'Entreprise adhérente le règlement d'une surprime (et le cas échéant demander le transfert des provisions par l'organisme assureur précédent en cas de transfert de risque auprès des co-assureurs)

Dans tous les 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 ou une annexe au bulletin d'adhésion.

En cas de sinistres antérieurs à la date d'effet ne figurant pas dans l'annexe ou l'avenant émis par les co-assureurs et non déclarés par l'Entreprise adhérente, les co-assureurs se réservent la possibilité de réviser les conditions d'assurance.

Lorsque l'Entreprise adhérente a résilié un précédent contrat collectif obligatoire garantissant le décès des participants pour souscrire le présent régime auprès de l'organisme assureur, les prestations de l'organisme assureur dues en cas de décès d'un participant sont versées sous déduction de celles dues par un précédent organisme assureur de l'adhérent.

ARTICLE 2.3 - OBLIGATIONS DE L'ENTREPRISE ADHÉRENTE

Les déclarations de l'Entreprise adhérente et le cas échéant, des participants, conditionnent les termes du Contrat.

2.3.1 ENGAGEMENT DE L'ENTREPRISE ADHÉRENTE

L'Entreprise adhérente s'engage :

- ⇒ à affilier et à maintenir au bénéfice de l'assurance la totalité du groupe « participant » tel que défini à l'article 3.1 des présentes Conditions générales selon la réglementation en vigueur,
- ⇒ à fournir un état du personnel à affilier au Contrat mentionnant pour chaque salarié ou ancien salarié :
 - nom, prénoms, sexe, situation de famille, enfants à charge, date de naissance, statut marital et le cas échéant année de naissance du conjoint, nature et statut du contrat de travail (actif, suspendu, rompu),
 - salaire annuel brut de l'année civile précédant la date d'effet du Contrat, tel que déclaré à l'URSSAF,
- ⇒ à remettre aux participants une notice d'information rédigée par les co-assureurs qui définit les garanties souscrites et leurs modalités d'entrée en vigueur, les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque,
- ⇒ à informer par écrit le participant des modifications qui pourraient intervenir dans ses droits et obligations,
- ⇒ à payer les cotisations à leur échéance.

2.3.2 PIÈCES ET RENSEIGNEMENTS A FOURNIR

Lors de la souscription du Contrat, l'Entreprise adhérente doit adresser au co-assureur gestionnaire :

- ⇒ la liste déclarative des risques en cours au moyen de l'annexe remise par le co-assureur, qu'elle renseigne, date et signe, cette annexe portant mention le cas échéant des personnels ou anciens membres du personnel et autres personnes, visés à l'article 2.2.2 ci-dessus ⁽¹⁾. Cette déclaration doit également être effectuée par l'Entreprise adhérente en présence de personnels ou anciens membres du personnel en arrêt de travail même si l'arrêt de travail n'ouvre pas droit à garantie au titre du présent régime. L'Entreprise adhérente s'engage également à déclarer, les anciens membres du personnel qui, à la date d'effet du Contrat, bénéficient d'un maintien de garanties au titre d'un dispositif de portabilité, qu'ils soient en arrêt de travail ou pas.
(1) les personnels ou anciens membres du personnel en temps partiel thérapeutique doivent également être déclarés.
- ⇒ une copie certifiée conforme de tout acte ou extrait du registre officiel constatant sa dénomination, sa forme juridique et son siège social datant de moins de 3 mois,
- ⇒ la copie d'une pièce d'identité en cours de validité de son représentant,
- ⇒ une copie du pouvoir donné par le représentant s'il n'est pas le signataire,
- ⇒ un Relevé d'Identité Bancaire ou Postal pour le versement des prestations d'Incapacité temporaire complète de travail lorsque la prestation est directement versée à l'entreprise,
- ⇒ le cas échéant, lorsqu'ils sont demandés par le co-assureur gestionnaire, les bulletins individuels

d'affiliation du personnel à affilier, dûment complétés, signés et accompagnés des pièces justificatives nécessaires.

En cours de Contrat, l'Entreprise adhérente s'engage à :

- ⇒ communiquer au co-assureur gestionnaire tout élément susceptible d'entraîner une modification de la nature ou de l'importance des garanties,
- ⇒ informer immédiatement le co-assureur gestionnaire de toute modification d'adresse, de raison sociale ou d'opération juridique (fusion, scission...) ou de l'ouverture d'une procédure de redressement ou de liquidation judiciaire à son encontre en communiquant les coordonnées de l'administrateur judiciaire,
- ⇒ informer le co-assureur gestionnaire dans les 15 jours suivant la suspension ou la cessation du contrat de travail au plus tard, en précisant le nom des participants dont le contrat de travail est suspendu/rompu avec indication du motif (licenciement, démission, retraite, décès, congé sans solde, congé parental, arrêt de travail) et de la date de suspension ou de cessation du contrat de travail,
- ⇒ informer le co-assureur gestionnaire du nom des salariés et de la date à laquelle ceux-ci ne répondent plus à la définition de la catégorie de personnel assurée,
- ⇒ informer le co-assureur gestionnaire de tout fait générateur de garantie survenant en cours de contrat dans les délais mentionnés à l'article 4.6.1 des présentes Conditions générales, même si ce dernier ne donne pas droit immédiatement à garantie,
- ⇒ transmettre au co-assureur gestionnaire en cas d'évènement ouvrant droit à prestations, les justificatifs nécessaires selon les garanties concernées.

Les co-assureurs ne se trouvent engagés que par les déclarations et pièces transmises par l'Entreprise adhérente et les participants.

A chaque fin de trimestre, l'Entreprise adhérente s'engage à procéder au paiement des cotisations.

Chacun des paiements doit être accompagné de la déclaration trimestrielle mentionnant :

- ⇒ L'assiette servant de base au calcul de la cotisation pour la période concernée : la masse salariale brute réellement payée durant le trimestre considéré, ventilée en tranches A et B,
- ⇒ le nombre de participants à la fin du trimestre civil correspondant et les mouvements du personnel (licenciement, démission, retraite, décès, congé sans solde, congé parental, arrêt de travail).

A chaque fin d'année, l'Entreprise adhérente s'engage à communiquer un état de régularisation des éléments de la déclaration trimestrielle susvisés (assiette de cotisation et effectifs).

ARTICLE 2.4 - FORMALITES D'AFFILIATION

Les salariés ou anciens salariés doivent remplir un bulletin individuel d'affiliation lorsqu'il est demandé par le co-assureur gestionnaire et le cas échéant, une désignation expresse de bénéficiaire(s).

Le bulletin individuel d'affiliation devra être remis par le participant à l'Entreprise adhérente qui sera chargée de le faire parvenir au co-assureur gestionnaire demandeur.

Si la désignation contractuelle de bénéficiaires prévue sur le bulletin individuel d'affiliation précité ou au Contrat ne convient pas au participant, celui-ci devra remplir un document spécifique afin de préciser sa « Désignation Expresse de Bénéficiaire(s) en cas de décès ».

Ce document disponible auprès de l'Entreprise adhérente ou des co-assureurs devra être directement envoyé par le participant au co-assureur gestionnaire.

ARTICLE 2.5 - FAUSSE DECLARATION

La réticence ou la fausse déclaration de mauvaise foi entraîne **la nullité** du Contrat quand elle change la nature du risque ou en fausse l'appréciation par les co-assureurs, alors même que le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur la réalisation du risque.

Par ailleurs, la nullité est également encourue lorsque le consentement au Contrat a été obtenu à la suite d'une erreur ou d'une tromperie sur ses éléments essentiels.

Dès lors, si à l'occasion d'une demande de paiement des garanties, le participant ou ses bénéficiaires fournissent intentionnellement des documents faux ou dénaturés, ces derniers s'exposent à des poursuites pénales, **à la nullité de leur affiliation** ainsi qu'à la perte de tous droits à Prestations et seront tenus au remboursement des sommes indûment perçues.

ARTICLE 2.6 - MODIFICATION DU CONTRAT PAR LES CO-ASSUREURS

2.6.1 EVOLUTION LEGISLATIVE, REGLEMENTAIRE OU DE L'ACCORD DU 26.04.2005

Le Contrat (et notamment l'étendue des garanties et des cotisations) peut faire l'objet, à l'initiative des co-assureurs, d'une révision en cours d'année dans les cas suivants :

- ⇒ modification du régime de prévoyance institué par l'Accord du 26.04.2005 au profit des entreprises relevant de la Convention Collective Nationale de la Fabrication de l'Ameublement,
- ⇒ modification législative ou réglementaire,
- ⇒ modification des conditions de remboursement des prestations du régime de la Sécurité sociale.

L'Entreprise adhérente est informée de toute modification du Contrat en raison de l'un des trois motifs précédents. Les modifications seront entérinées par voie d'avenant au Contrat.

Ainsi :

- ⇒ En cas de refus de cette modification, l'Entreprise adhérente peut dénoncer le Contrat par l'envoi d'une lettre recommandée ou lettre recommandée électronique avec accusé de réception, dans un délai de 30 jours à compter de la réception de l'avenant, le cachet de la poste ou la preuve de dépôt faisant foi.
Le Contrat sera alors résilié le 1^{er} jour du mois suivant la notification du refus par l'Entreprise adhérente.
- ⇒ En cas d'acceptation ou d'absence de réponse de la part de l'Entreprise adhérente avant la date d'effet des modifications mentionnées dans l'avenant, le changement des taux de cotisations ou éventuellement de garanties, est applicable de plein droit à la date prévue.

Jusqu'à la date de prise d'effet des nouveaux engagements, les prestations demeurent calculées selon les dispositions en vigueur (sauf si les nouvelles dispositions sont d'ordre public et donc d'application immédiate).

2.6.2 AGGRAVATION DU RISQUE OU DE LA SINISTRALITE

En cas d'aggravation du risque ou de la sinistralité (rapport sinistres/primes), constatée au titre des contrats des entreprises adhérant au régime détaillé aux présentes Conditions Générales, les co-assureurs peuvent modifier le Contrat (notamment de l'étendue des garanties et des cotisations). Les modifications seront entérinées par voie d'avenant au Contrat.

Ainsi :

- ⇒ En cas de refus de cette modification, l'Entreprise adhérente peut dénoncer le Contrat par l'envoi d'une lettre recommandée ou lettre recommandée électronique avec accusé de réception, dans un délai de 30 jours à compter de la réception de l'avenant, le cachet de la poste ou la preuve de dépôt faisant foi.
Le Contrat sera alors résilié le 1^{er} jour du mois suivant la notification du refus par l'Entreprise adhérente.

- ⇒ En cas d'acceptation ou d'absence de réponse de l'Entreprise adhérente à l'issue du délai de 30 jours suivant la réception de l'avenant, la modification des taux de cotisations ou éventuellement de garanties est applicable de plein droit à la date prévue.

Jusqu'à la date de prise d'effet des nouveaux engagements, les prestations demeurent calculées selon les dispositions en vigueur.

ARTICLE 2.7 - NOTICE D'INFORMATION

Une notice d'information est établie par les co-assureurs et définit les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir à l'occasion de toute demande de prestations.

Celle-ci sera adressée à l'Entreprise adhérente dès la signature du Contrat. Elle sera rectifiée à l'occasion de toute modification du Contrat. Toutefois, s'il s'agit de modifications mineures, un additif sera établi, et destiné à compléter ou mettre à jour la notice initiale.

Conformément à la réglementation, l'Entreprise adhérente est légalement tenue :

- ⇒ de remettre aux participants la notice d'information établie par les co-assureurs,
- ⇒ d'informer par écrit les participants des modifications qui sont apportées à leurs droits et obligations.

La preuve de la remise de la notice d'information aux participants et de l'information relative aux modifications contractuelles incombe à l'Entreprise adhérente.

ARTICLE 2.8 – ASSIETTE DE COTISATIONS

Les cotisations sont assises sur le traitement de base du participant.

On entend par traitement de base, les appointements bruts du participant servant de base à la déclaration annuelle des traitements et salaires fournies par l'Entreprise adhérente à l'Administration des Contributions Directes, en vue de l'établissement de l'impôt sur le revenu des personnes physiques, dans la limite de 4 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.

Tranche A (TA) : partie du salaire brut limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale.

Tranche B (TB) : partie du salaire brut comprise entre 1 et 4 plafonds annuels de la Sécurité sociale.

ARTICLE 2.9 - COTISATIONS

2.9.1 TAUX DES COTISATIONS

Les taux de cotisations sont fixés au bulletin d'adhésion de l'entreprise sur la base d'un pourcentage des traitements de base du personnel affilié et seront éventuellement modifiés par voie d'avenant au Contrat.

Toute(s) taxe(s) ou contributions légales présente(s) ou future(s) qui viendrait(en)t à s'appliquer au présent Contrat sera(ont) mise(s) à la charge de l'Entreprise adhérente.

2.9.2 PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont payables par l'Entreprise adhérente trimestriellement à terme échu, dans les **15 jours** suivant la fin du trimestre civil auquel elles se rapportent.

L'Entreprise adhérente est seule responsable du paiement des cotisations auprès des co-assureurs.

2.9.3 EXONERATION DU PAIEMENT DES COTISATIONS

2.9.3.1 Objet

En cas d'arrêt de travail entraînant une suspension partielle ou totale du contrat de travail et donnant lieu au paiement d'indemnités journalières ou d'une rente par la Sécurité sociale, l'Entreprise adhérente et le participant sont dispensés du paiement de la cotisation proportionnellement à la perte de salaire subie du participant.

Tant que l'Entreprise adhérente maintient une rémunération pleine ou réduite, les cotisations restent dues sur la part de rémunération versée.

Les cotisations ne sont pas dues sur les indemnités journalières ou rentes perçues au titre de la Sécurité sociale.

De même, **cette exonération ne joue pas, si l'incapacité temporaire complète de travail ou l'invalidité ne donne pas lieu à indemnisation complémentaire au titre du Contrat.**

2.9.3.2 Cessation de l'exonération

L'exonération prend fin :

- en cas de cessation des garanties telle que prévue à l'article 5.1.2 des présentes Conditions générales,
- le jour où le participant ne remplit plus les conditions pour bénéficier de l'exonération prévue ci-avant.

2.9.4 NON-PAIEMENT DES COTISATIONS

A défaut du paiement des cotisations dans les 10 jours qui suivent leur échéance de paiement, l'Entreprise adhérente est invitée par lettre recommandée adressée par les co-assureurs à en acquitter le montant.

Si dans les 30 jours qui suivent la réception de la lettre de mise en demeure, les cotisations ne sont pas versées, les co-assureurs poursuivent le recouvrement par tout moyen de droit et peuvent suspendre les garanties et le paiement des prestations jusqu'à régularisation.

Si dans les 10 jours suivant le délai de 30 jours, aucun paiement n'est intervenu, les co-assureurs peuvent résilier le Contrat sans que la résiliation n'interrompe la poursuite des actions de recouvrement des cotisations impayées.

La mise en demeure adressée à l'Entreprise adhérente donnera lieu à des frais de recouvrement forfaitaires et des majorations de retard à la charge exclusive de l'Entreprise adhérente, fixés par les co-assureurs et signifiés dans la mise en demeure.

Le Contrat non résilié reprend ses effets conformément aux dispositions de l'article L 932-9 du code de la Sécurité sociale.

Dans l'hypothèse où les cotisations précomptées par l'Entreprise adhérente sur le bulletin de paie des salariés ne sont pas libérées entre les mains des co-assureurs, les sanctions suivantes s'appliquent :

Indépendamment des sanctions pénales prévues aux articles L 244-1 à L 244-7 du Code de la Sécurité sociale, les co-assureurs poursuivront directement par tous moyens auprès de l'Entreprise adhérente le remboursement des prestations effectivement servies aux participants, entre la date des événements ouvrant droit à leur versement et la première des dates suivantes :

- soit la date de la régularisation par l'employeur des précomptes pour l'ensemble de son personnel,
- soit la date du choix par l'administrateur judiciaire du maintien des Contrats en cours à l'occasion de l'ouverture d'une procédure collective,
- soit la date du jugement d'ouverture de la liquidation judiciaire.

ARTICLE 2.10 – LITIGES

En cas de difficulté relative à l'application du Contrat, les parties s'engagent, avant d'avoir recours à une procédure contentieuse, à formuler par écrit leur point de vue et à se rencontrer pour tenter de résoudre le litige à l'amiable.

2.10.1 INFORMATIONS SUR LE CONTRAT

Lorsque l'Entreprise adhérente ou les bénéficiaires souhaitent obtenir des précisions sur les clauses et conditions d'application du Contrat, notamment au moment de leur affiliation, ils peuvent s'adresser en priorité à leur interlocuteur habituel chez l'Entreprise adhérente ou à défaut aux co-assureurs.

2.10.2 RECLAMATIONS

Si les réponses apportées ne les satisfont pas, l'Entreprise adhérente ou les bénéficiaires peuvent formuler leur réclamation concernant l'application du Contrat, selon le cas, au co-assureur gestionnaire :

APGIS - Service Réclamation 12 rue Massue - 94684 VINCENNES CEDEX

ou

**AG2R RÉUNICA Prévoyance – Direction de la Qualité 104-110 boulevard Haussmann
– 75379 Paris cedex 08**

et en cas de désaccord sur la réponse donnée, les réclamations peuvent être présentées au Conciliateur du Groupe AG2R LA MONDIALE, 32 avenue Emile Zola- Mons en Baroeul – 59 896 Lille Cedex 9.

Si les réponses apportées ne les satisfont pas, ces derniers disposent d'un recours auprès du Médiateur dont l'adresse est indiquée à l'article 2.10.3 des présentes Conditions générales.

2.10.3 MEDIATION

En cas de désaccord persistant après épuisement des procédures internes de réclamations auprès du co-assureur gestionnaire, l'Entreprise adhérente ou les bénéficiaires peuvent, au plus tard dans un délai d'un an à compter de la réclamation écrite auprès du co-assureur gestionnaire, saisir le médiateur des co-assureurs à l'adresse suivante :

**MEDIATEUR DE LA PROTECTION SOCIALE (CTIP)
10, rue Cambacérés
75008 PARIS**

<https://ctip.asso.fr/saisine-mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/>

Ce recours est gratuit et doit être rédigé en langue française.

L'avis du médiateur, écrit et motivé, intervient dans un délai de 90 jours à compter de la date de réception du dossier complet, notamment de la réception des éléments d'informations de l'Entreprise adhérente ou des bénéficiaires et de la note de synthèse des co-assureurs.

En cas d'échec de ces démarches, l'Entreprise adhérente ou les bénéficiaires conservent l'intégralité de leurs droits à agir en justice.

PARTIE 3/ LES BENEFICIAIRES DU CONTRAT

ARTICLE 3.1 - GROUPE ASSURE

Le Contrat collectif de prévoyance s'applique au personnel « non cadre » de l'Entreprise adhérente, relevant de la catégorie de personnel mentionnée au bulletin d'adhésion et aux anciens salariés visés ci-après.

3.1.1 SALARIES PARTICIPANTS

Doivent obligatoirement être affiliés au Contrat l'**ensemble des salariés « non cadres » présents et futurs de l'Entreprise adhérente**, affilié à un Régime de Sécurité sociale français, inscrits à l'effectif de l'Entreprise adhérente.

3.1.2 AFFILIATION OBLIGATOIRE AU CONTRAT

Les salariés de l'Entreprise adhérente appartenant à la catégorie de personnel définie au bulletin d'adhésion de l'entreprise, doivent obligatoirement être affiliés au Contrat.

3.1.3 ANCIENS SALARIES A LA PRISE D'EFFET DU CONTRAT

Les garanties sont maintenues au profit des anciens salariés de l'Entreprise adhérente, dont les droits à maintien de garanties au titre de la portabilité ont été ouverts auprès du ou des précédent(s) assureur(s), sous réserve qu'ils continuent à remplir les conditions définies à l'article 5.3 des présentes Conditions générales pour la période de droits restant à courir sauf dans le cas où l'assureur précédent maintient la couverture jusqu'à expiration des droits au dispositif.

PARTIE 4/ GARANTIES ET PRESTATIONS

ARTICLE 4.1 – DETAIL DES GARANTIES

GARANTIE DECES

CAPITAL DECES

En cas de décès du participant, il est prévu le versement aux bénéficiaires d'un capital exprimé en pourcentage du traitement de base de l'intéressé, variant en fonction de la situation familiale du participant à son décès comme suit :

Situation de famille du participant	Capital (en % du traitement de base)
Célibataire, Veuf, Divorcé, sans personne à charge	90%
Marié ou Pacsé, sans personne à charge	120%
Célibataire, Marié ou Pacsé, Veuf, Divorcé, avec une personne à charge	150%
Majoration par personne supplémentaire à charge	30%

Sont considérés comme personnes à charge :

- les enfants mineurs nés du participant ou de son conjoint ou de la personne avec laquelle le bénéficiaire est pacsé, ainsi que les enfants adoptés entrant en ligne de compte pour la détermination du nombre de parts en vue du calcul de l'impôt sur le revenu.

Sont assimilés :

- les enfants de moins de 25 ans sous contrat d'apprentissage ou qui poursuivent des études,
- les enfants atteints de maladie chronique ou incurable dans l'impossibilité permanente de se livrer à un travail salarié et qui, à ce titre, ont bénéficié jusqu'à leur 20 ans des avantages de la Sécurité sociale en qualité d'ayants droit du participant.
- les ascendants du participant ou de son conjoint, ou de la personne avec laquelle il est pacsé, effectivement à charge du participant au sens de l'article 196 du code général des impôts.

On entend par :

- conjoint, l'époux ou l'épouse du participant, non séparé de droit ou de fait,
- partenaire lié par un PACS, la personne liée au participant par un pacte civil de solidarité tel que défini aux articles 515.1 et suivants du Code civil.

Sont assimilées au décès les situations d'absence au sens des articles 112 et suivants du code civil et les situations de disparition au sens des articles 88 et suivants du code civil, judiciairement constatées.

MODALITES DE DESIGNATION DES BENEFICIAIRES EN CAS DE DECES

Le participant dispose de deux possibilités :

- choisir la Désignation contractuelle : dans ce cas, le capital décès versé par les co-assureurs sera attribué selon l'ordre prévu par la liste définie ci-dessous.
- effectuer une Désignation Expresse de Bénéficiaire(s) : à l'aide du document prévu à cet effet, le participant doit indiquer la ou les personnes qu'il souhaite désigner en tant que bénéficiaires.

1) Désignation contractuelle :

A défaut de désignation expresse par le participant notifiée au co-assureur gestionnaire, les capitaux garantis en cas de décès du participant sont attribués dans l'ordre de préférence suivant :

- à son conjoint, non séparé de droit ou de fait, ou à son partenaire lié par un PACS,
- à défaut par parts égales entre eux à ses enfants, légitimes, reconnus ou adoptifs,
- à défaut par parts égales entre eux à ses petits-enfants,
- à défaut de descendance directe, par parts égales entre eux à ses parents ou grands-parents survivants,
- à défaut de tous les susnommés, les capitaux reviennent à la succession pour suivre la dévolution légale.

Pour être bénéficiaire du capital décès, le concubin doit faire l'objet d'une Désignation Expresse de Bénéficiaire(s).

2) Désignation Expresse de Bénéficiaire(s) :

A tout moment, hors présence d'un bénéficiaire acceptant, le participant a la faculté de faire une désignation différente de l'ordre ci-dessus au moyen de l'imprimé prévu à cet effet, disponible auprès du co-assureur gestionnaire ou de l'Entreprise adhérente.

Ce choix peut prendre la forme d'un Acte sous seing privé ou d'un Acte authentique.

Dans ce cas, la Désignation Expresse de Bénéficiaire(s) est à envoyer par le participant au co-assureur gestionnaire.

Dès lors qu'un bénéficiaire accepte le bénéfice de l'assurance, sa désignation devient irrévocable.

Pour être valable, l'acceptation doit obligatoirement être faite soit par un avenant signé par les co-assureurs, le participant et le bénéficiaire, soit par un Acte authentique ou sous seing privé signé du participant et du bénéficiaire.

Dans ce cas, elle n'a d'effet à l'égard des co-assureurs que lorsqu'elle leur a été notifiée par écrit.

Lorsque le participant a désigné plusieurs bénéficiaires et que l'un d'eux décède, le capital est versé aux autres bénéficiaires survivants au prorata de leurs parts respectives.

Toutefois, la Désignation Expresse de Bénéficiaire(s) n'est pas appliquée (en conséquence de quoi la Désignation contractuelle s'applique) dans les cas ci-après :

- ⇒ prédécès du bénéficiaire ou de la totalité des bénéficiaires désignés,
- ⇒ décès, au cours d'un même événement et sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès, du participant et du bénéficiaire ou de la totalité des bénéficiaires désignés,
- ⇒ dans les cas de révocation de plein droit prévus par le Code civil,
- ⇒ refus du capital par le(s) bénéficiaire(s) désigné(s).

Dans ce dernier cas, le bénéficiaire devra signifier son refus par lettre recommandée avec accusé de réception à l'adresse suivante :

- pour l'APGIS : Pôle Capitaux et Rentes FABRICATION DE L'AMEUBLEMENT 12 rue massue 94684 Vincennes Cedex.
- pour AG2R RÉUNICA Prévoyance : au centre de gestion dont dépend l'Entreprise adhérente.

3) Clause de réserve :

Par dérogation à ce qui précède, en cas de majoration du capital prenant en compte des statuts particuliers, la majoration de capital correspondante ne saurait profiter qu'aux personnes prises en considération pour le calcul de ces majorations.

Si le bénéficiaire désigné par le participant ou contractuellement, assume effectivement la charge des personnes prises en considération pour le calcul des majorations, le capital est globalement attribué à la personne ainsi désignée à titre de bénéficiaire unique.

Si le bénéficiaire désigné n'assume pas effectivement la charge desdites personnes, le co-assureur verse au bénéficiaire désigné un capital dont le montant est limité au seul capital décès, hors majorations.

Les sommes sont réparties entre les personnes à charge par égales parts entre elles et versées à leur représentant si elles ne jouissent pas de la capacité juridique.

En cas de décès du participant et du ou de plusieurs bénéficiaires désignés au cours d'un même événement sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès, le participant est présumé être décédé le premier pour la détermination des bénéficiaires du capital.

Les désignations de bénéficiaires établies auprès d'un assureur précédent deviennent caduques à la date d'effet du Contrat. Si le participant souhaite déroger à la Désignation contractuelle, prévue ci-dessus, il doit adresser une nouvelle Désignation Expresse de Bénéficiaire(s) selon les modalités précitées.

Le changement de bénéficiaire ne prend effet qu'à la date à laquelle le co-assureur gestionnaire en a reçu la notification.

INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE

L'invalidité absolue et définitive du participant avec classement par la Sécurité sociale en 3^{ème} catégorie d'invalidité, entraîne le versement par anticipation, du capital prévu ci-dessus en cas de décès.

Dans ce cas, le capital lui sera directement versé, ou à son représentant légal s'il ne jouit pas de la capacité juridique.

Ce paiement par anticipation met fin à la garantie Décès.

GARANTIE RENTE EDUCATION

En cas de décès du participant, ou par anticipation d'invalidité absolue et définitive du participant, une rente temporaire d'éducation exprimée en pourcentage du traitement annuel de base de l'intéressé est versée à chaque enfant à charge au moment du sinistre dans les conditions suivantes :

8 % du traitement de base	▶ jusqu'au 30 septembre de l'année civile au cours de laquelle l'enfant à charge atteint son 18 ^{ème} anniversaire
10 % du traitement de base	▶ au-delà et jusqu'au dernier jour du trimestre civil précédent celui au cours duquel l'enfant cesse d'être à charge au sens défini ci-après et, en tout état de cause, au plus tard le 30 septembre de l'année civile au cours de laquelle l'enfant atteint son 25 ^{ème} anniversaire

La notion d'enfant à charge dont il est question pour l'application des présentes dispositions est définie au titre de la garantie Décès ci-dessus.

Est également considéré à charge, l'enfant né du participant divorcé, confié à l'ex-conjoint et pour lequel le participant décédé était astreint, jusqu'à la date du décès ou de la reconnaissance de l'invalidité absolue et définitive, à versement d'une pension alimentaire par décision de justice.

Le total des différentes allocations d'éducation servies simultanément ne peut excéder 100 % du traitement annuel de base. En cas de dépassement, l'allocation servie à chaque enfant serait réduite proportionnellement afin de respecter ce plafond.

Lorsque l'enfant devient orphelin de père et de mère, et peut prétendre à ce titre à la pension d'orphelin du régime de retraite complémentaire, le montant de la rente d'éducation est doublé.

Pour l'application des présentes dispositions, l'invalidité absolue et définitive correspond au classement du participant en 3^{ème} catégorie d'invalidité par la Sécurité sociale. Le service de la rente éducation par anticipation en cas d'invalidité absolue et définitive met fin à la présente Garantie.

Ces allocations d'éducation sont servies par quotité trimestrielle à terme échu, sans prorata d'arrérages au décès ou à la reconnaissance de l'invalidité absolue et définitive du participant.

Le 1^{er} paiement a lieu le dernier jour du trimestre civil au cours duquel le participant est décédé ou reconnu en invalidité absolue et définitive.

Le service de la rente cesse dans les conditions susvisées et en cas de décès du bénéficiaire.

GARANTIE INCAPACITE TEMPORAIRE COMPLETE DE TRAVAIL

L'incapacité de travail est la situation temporaire du salarié garanti qui ne peut exercer son activité professionnelle normale, pour des raisons médicales identifiées, tenant à un état pathologique dû soit à une maladie soit à un accident.

La maladie ou l'accident peut ou non avoir une origine liée à l'activité professionnelle.

L'incapacité totale, garantie au titre du Contrat, concerne le participant se trouvant dans l'impossibilité absolue d'exercer toute activité professionnelle.

DEBUT D'INDEMNISATION

En cas d'incapacité temporaire complète de travail par suite de maladie ou d'accident, d'ordre professionnel ou non, ayant donné lieu à indemnisation par la Sécurité sociale, le participant perçoit des indemnités journalières complémentaires dans les conditions suivantes :

- pour les participants ayant moins d'un an d'ancienneté dans l'entreprise : l'indemnisation s'effectue à compter du **61^{ème} jour d'arrêt de travail continu** ;
- pour les participants ayant plus d'un an d'ancienneté dans l'entreprise : l'indemnisation intervient **après épuisement des droits au Maintien de Salaire** prévus dans la Convention Collective Nationale de la Fabrication de l'Ameublement pour la catégorie de personnel à laquelle il appartient, sous réserve que l'arrêt de travail faisant l'objet de l'indemnisation ait été au minimum **de 60 jours continus**.

Ce délai de franchise est appliqué à l'occasion de tout arrêt, sauf dans le cas où une nouvelle interruption après reprise du travail n'a pas fait l'objet de l'application par la Sécurité sociale de la franchise prévue par le code de la Sécurité sociale.

NIVEAU DES PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES

Lorsque les conditions définies ci-dessus sont remplies :

- en cas d'arrêt de travail par suite de maladie ou d'accident de la vie privée, le participant perçoit une indemnité journalière à concurrence de **78 % de la 365^{ème} partie** du traitement de base annuel, sous déduction des prestations servies par la Sécurité sociale.
- en cas d'arrêt de travail par suite de maladie professionnelle ou d'accident du travail, l'indemnisation est portée à **90 % de la 365^{ème} partie** du traitement de base annuel, sous déduction des prestations servies par la Sécurité sociale.

En tout état de cause, ces garanties ne doivent pas conduire à verser à l'intéressé un montant supérieur à la rémunération nette qu'il aurait effectivement perçue s'il avait continué à travailler.

DUREE DE SERVICE DES PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES

Ces indemnités sont dues tant que la Sécurité sociale maintient le paiement de ses indemnités journalières et **cessent dès la survenance de l'un des événements suivants** :

- à la date de la reprise du travail par l'intéressé,
- au **1095^{ème} jour d'arrêt de travail**,
- à la date de mise en invalidité,
- à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale de l'intéressé (excepté pour les salariés en situation de cumul emploi-retraite remplissant les conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale),
- au décès de l'intéressé.

GARANTIE INVALIDITE

L'invalidité est la situation définitive dans laquelle se trouve le salarié garanti qui ne peut exercer son activité professionnelle normale, pour des raisons médicales identifiées, tenant à un état pathologique dû soit à une maladie soit à un accident.

Est prise en compte au titre du Contrat, l'invalidité dite de 1^{ère}, 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie, par référence au classement effectué par la Sécurité sociale.

NIVEAU DES PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES

Les rentes servies au titre de la présente garantie Invalidité font suite à une reconnaissance de l'état d'invalidité par la Sécurité sociale.

A l'expiration de la période d'incapacité et dès la reconnaissance de l'état d'invalidité par la Sécurité sociale, il est prévu le versement d'une rente dont le montant annuel, variant selon le classement effectué par la Sécurité sociale, est égal à :

1^{ère} catégorie de la Sécurité sociale	20 % du traitement de base
2^{ème} catégorie de la Sécurité sociale	25 % du traitement de base
3^{ème} catégorie de la Sécurité sociale	25 % du traitement de base

Lorsque le participant, victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, perçoit de la Sécurité sociale une rente calculée suivant un taux d'infirmité au moins égal à 66%, il est versé une rente complémentaire égale à la différence entre :

- d'une part, le cumul d'une rente d'invalidité de 2^{ème} catégorie de la Sécurité sociale et la prestation prévue ci-dessus au titre de l'indemnisation complémentaire en cas de classement en 2^{ème} catégorie d'invalidité,
- d'autre part, le cumul du montant de la rente effectivement versée par la Sécurité sociale au titre de la législation sur les Accidents du Travail et éventuellement de la rémunération de l'activité partielle du participant perçue au cours de la période des prestations.

Le total des prestations complémentaires prévues au titre de la présente garantie, des prestations de la Sécurité sociale et du salaire éventuellement perçu par le participant, ne pourra excéder 100% du traitement annuel de base.

Ces prestations sont versées par quotité mensuelle et s'entendent en complément de celles versées par le régime de base Sécurité sociale.

DUREE DE SERVICE DES PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES

Le versement de la prestation s'effectue tant que dure le versement de la pension d'invalidité de la Sécurité sociale ou de la rente d'incapacité permanente de travail de la Sécurité sociale.

Le versement de la rente cesse dès la survenance de l'un des évènements suivants :

- à la date de la reprise du travail de l'intéressé,
- à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale de l'intéressé,
- au décès du salarié.

ARTICLE 4.2 – EXCLUSIONS DE GARANTIES

Sont exclues au titre des garanties Incapacité temporaire complète de travail et Invalidité les conséquences issues :

- **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,**
- **des accidents et maladies dus aux effets directs ou indirects d'explosion, de chaleur ou de radiation 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 (à moins qu'un accident du travail, ou maladie professionnelle, soit reconnu dans les formes légales),**
- **des rixes, sauf en cas de légitime défense,**

- des accidents et maladies résultant de tentatives de suicide ou mutilations volontaires intervenant au cours de la première année de bénéfice de la garantie,
- de guerre civile ou internationale,
- de la pratique par le participant de courses, matchs ou paris (sauf compétition sportives normales), de démonstration ou de compétition aérienne de toute nature à laquelle participe activement le participant,
- d'accidents de la route pour lesquels la responsabilité du participant est seule en cause, s'il est constaté un taux d'alcoolémie supérieur à la législation en vigueur,
- de l'usage de stupéfiant lorsqu'il n'entre pas dans le cadre d'un traitement médical prescrit et sous réserve qu'il soit établi que la cause du sinistre est directement liée à cet usage.

Au titre de la garantie Décès, les risques décès sont garantis sous les réserves ci-après :

- le suicide du participant survenu au cours de la première année d'affiliation conformément aux dispositions de la loi n° 2001-1135 du 3 décembre 2001 n'est pas garanti. Cependant, la garantie est accordée pour tout décès résultant du suicide du participant intervenant à compter de la 2^{ème} année au titre de laquelle le participant bénéficie du régime,
- en cas de guerre civile ou internationale, la garantie n'aura d'effet que dans les conditions qui seront déterminées par la législation à intervenir sur les assurances sur la vie en temps de guerre,
- le risque décès résultant d'un accident d'aviation n'est garanti que si le participant décédé se trouvait à bord d'un appareil pourvu d'un certificat valable de navigabilité et conduit par un pilote possédant un brevet valable, le pilote pouvant être le participant lui-même.

La garantie en cas d'invalidité absolue et définitive n'est pas accordée lorsque l'état d'invalidité résulte d'un des cas où le décès ne serait pas garanti.

Les exclusions visant les garanties en cas de Décès sont applicables au maintien des garanties en cas de résiliation ou de non-renouvellement du Contrat.

ARTICLE 4.3 – BASE DE CALCUL DES PRESTATIONS

Par traitement de base on entend les appointements bruts servant de base à la déclaration annuelle des traitements et salaires en vue de l'établissement de l'impôt sur le revenu des personnes physiques, dans la limite de 4 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.

Le traitement annuel de base est égal à 4 fois le montant du traitement mensuel habituel des 3 mois précédant celui de l'interruption de travail ou le décès, majoré des indemnités et/ou primes servies au cours des 12 mois qui précèdent ladite interruption ou le décès.

Si au moment du sinistre, le salarié ne comptait pas 12 mois de présence, le traitement serait rétabli sur la base annuelle.

Si le décès survient pendant une période d'incapacité ou d'invalidité, le traitement de base sera celui des 12 mois de salaire précédant l'arrêt de travail revalorisé dans la même proportion que l'évolution de la valeur du point de retraite AGIRC-ARRCO.

ARTICLE 4.4 – REVALORISATION DES PRESTATIONS EN COURS DE CONTRAT

Au regard des résultats d'exploitation, les indemnités journalières et rentes d'invalidité complémentaires peuvent être revalorisées au 1^{er} janvier de chaque année selon les coefficients de revalorisation définis par la Sécurité sociale pour ses rentes et pensions.

La rente éducation est revalorisée au 1^{er} janvier de chaque année selon la variation du point de retraite AGIRC-ARRCO.

ARTICLE 4.5 – PAIEMENT DES PRESTATIONS

4.5.1 PIÈCES JUSTIFICATIVES A FOURNIR

DECES

Le versement des Prestations est subordonné à la remise de toutes pièces justificatives comprenant notamment :

- 📁 La déclaration de décès complétée par l'employeur (faisant notamment état des salaires à prendre en considération),
- 📁 L'extrait d'acte de décès du participant et, s'il y a lieu, de son conjoint ou d'un enfant à charge,
- 📁 Le certificat médical indiquant la cause du décès,
- 📁 L'extrait d'acte de naissance du participant et en tant que de besoin, l'extrait d'acte de naissance du conjoint ou des enfants à charge délivré après le décès et comportant les mentions marginales,
- 📁 Une copie de la convention de PACS délivrée par le greffe du tribunal d'instance ou par le notaire ou par la mairie.
- 📁 Les pièces justificatives de la qualité des personnes susceptibles d'être prises en compte pour le calcul de la prestation et notamment :
 - ⇒ la copie de la carte nationale d'identité des Bénéficiaires datée et signée,
 - ⇒ le certificat de scolarité,
 - ⇒ l'attestation de l'affiliation au régime de la Sécurité sociale des étudiants ou un certificat de scolarité pour chaque enfant scolarisé,
 - ⇒ la copie de tout justificatif attestant d'une situation de handicap (carte d'invalidé civil prévue à l'article L241-3 du Code de l'Action sociale et des Familles etc.),
 - ⇒ les pièces justificatives de la qualité et des droits des bénéficiaires du capital décès et notamment, le cas échéant, l'acte notarié,
 - ⇒ le justificatif du nombre et de la qualité de Personne à charge à la date du décès et une photocopie du dernier avis d'imposition.

INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE

Le versement des prestations est subordonné à la remise de toutes pièces justificatives comprenant notamment :

- 📁 Les certificats médicaux,
- 📁 La notification de la décision de la Sécurité sociale,
- 📁 Les pièces justificatives demandées pour le décès, relatives à la qualité des personnes susceptibles d'être prises en considération pour le calcul du capital.

RENTE EDUCATION

S'agissant d'un enfant percevant la rente éducation, le bénéficiaire doit fournir en plus des justificatifs demandés pour le décès:

Pour l'ouverture de la rente :

- 📁 Un extrait d'acte de naissance du ou des enfants à charge,
- 📁 L'attestation de l'affiliation à la Sécurité sociale des étudiants ou un certificat de scolarité pour chaque enfant scolarisé. Cette attestation doit être communiquée de nouveau en cas de changement d'immatriculation,
- 📁 Un Relevé d'Identité Bancaire (RIB),
- 📁 Un avis d'imposition du foyer fiscal auquel est rattaché l'enfant,
- 📁 Un certificat de scolarité pour chaque enfant scolarisé.

Et le 1^{er} octobre de chaque année :

- ☞ Un certificat de scolarité pour chaque enfant scolarisé, ainsi que la copie de l'attestation de la Sécurité sociale des étudiants laissant apparaître les dates d'ouverture des droits pour les enfants âgés de 20 ans et plus,
- ☞ pour les enfants handicapés la copie de tout justificatif attestant d'une situation de handicap (carte d'invalidé civil prévue à l'article L241-3 du Code de l'Action sociale et des Familles etc.),
- ☞ Un avis d'imposition du foyer fiscal auquel est rattaché l'enfant.

Le service des prestations étant subordonné à la fourniture de la preuve de la qualité de bénéficiaire, les co-assureurs se réservent le droit de demander toute autre pièce nécessaire à l'appréciation de la situation du bénéficiaire.

INCAPACITE TEMPORAIRE COMPLETE DE TRAVAIL / INVALIDITE

Le versement des prestations est subordonné à la remise de toutes pièces justificatives comprenant notamment :

- **Incapacité temporaire complète de travail**

- ☞ La déclaration d'arrêt de travail complétée par l'employeur,
- ☞ Les décomptes de paiement de la Sécurité sociale,
- ☞ Un relevé d'identité bancaire (RIB) du bénéficiaire en cas de rupture du contrat de travail du participant,

- **Invalidité**

- ☞ La notification de rente de la Sécurité sociale,
- ☞ Les décomptes de la Sécurité sociale,
- ☞ Un relevé d'identité bancaire (RIB) du bénéficiaire,
- ☞ Le dernier avis d'imposition du participant.

Le co-assureur gestionnaire se réserve le droit de demander toute autre pièce justificative nécessaire à la qualité et à la sécurité des règlements à effectuer.

Les justificatifs sont à adresser à :

- pour l'APGIS :

Garanties capitaux et rentes
APGIS– Pôle Capitaux et Rentes
FABRICATION DE L'AMEUBLEMENT
12 rue Massue 94684 Vincennes Cedex

Garanties arrêt de travail
APGIS– Pôle Incapacité – Invalidité
FABRICATION DE L'AMEUBLEMENT
12 rue Massue 94684 Vincennes Cedex

- pour AG2R RÉUNICA Prévoyance : au centre de gestion dont dépend l'Entreprise adhérente.

Des pièces complémentaires pourront être réclamées lors de la demande de prestations et en cours de règlement des prestations.

4.5.2 MODALITES DE PAIEMENT DES PRESTATIONS

Le versement des prestations est conditionné, sous peine de déchéance des droits à garantie, à l'envoi périodique des pièces justificatives aux co-assureurs dans les délais fixés à l'article 4.6.1 des présentes Conditions générales.

INDEMNITES JOURNALIERES

Pendant toute la durée du contrat de travail, l'indemnité journalière attribuée en cas d'arrêt de travail est versée à l'employeur. Ce dernier sera ensuite chargé de la reverser au salarié concerné, conformément aux dispositions en vigueur dans l'entreprise.

Lorsque le contrat de travail est rompu ou prend fin, le versement des indemnités journalières est effectué directement auprès du participant.

Les indemnités journalières sont versées en fonction des délais de règlement des prestations de Sécurité sociale. Lorsque la Sécurité sociale suspend le versement des indemnités journalières, le versement des indemnités journalières par les co-assureurs est également suspendu.

RENTE D'INVALIDITE

Les prestations d'invalidité sont versées en fonction des délais de règlement des prestations de Sécurité sociale.

DECES / RENTE EDUCATION

Les prestations sont réglées dans un délai d'un mois au plus à compter de la réception de l'ensemble des pièces demandées.

En cours de versement des prestations, les co-assureurs peuvent demander au bénéficiaire de la prestation, un justificatif de sa qualité.

ARTICLE 4.6 – DELAI DECLARATION ET PRESCRIPTION

4.6.1 DECLARATION

Tout événement susceptible d'ouvrir droit aux prestations doit survenir pendant la période d'effet de la garantie concernée et être déclaré dans les délais fixés pour celle-ci.

Le déclarant recevra un imprimé sur lequel sont mentionnées les pièces justificatives à faire parvenir au co-assureur gestionnaire.

L'arrêt de travail doit être porté à la connaissance du co-assureur gestionnaire par l'Entreprise adhérente avant l'expiration du délai de franchise et au plus tard, dans le mois suivant l'expiration de la période de franchise.

Si l'arrêt de travail est déclaré au co-assureur gestionnaire après les délais exprimés ci-dessus, celui-ci sera considéré comme s'étant produit au jour de la déclaration (sauf cas de force majeure).

Les avis de prolongation doivent être adressés au co-assureur gestionnaire au fur et à mesure de leur délivrance en vue de lui permettre d'exercer son droit de contrôle.

Les mises en invalidité doivent être déclarées au co-assureur gestionnaire dès la délivrance de la notification de la rente par la Sécurité sociale.

Le décès et l'état d'invalidité absolue et définitive d'un participant doivent être déclarés dans les plus brefs délais.

4.6.1 DECHEANCE / PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant des opérations mentionnées aux présentes Conditions Générales sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fauss e ou inexacte sur le risque couru, que du jour où le co-assureur en a eu connaissance ;

2° En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignorée jusque-là.

Quand l'action de l'Entreprise adhérente, du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre les co-assureurs a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Entreprise adhérente, le participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à 5 ans en ce qui concerne l'incapacité temporaire complète de travail.

La prescription est portée à 10 ans lorsque, pour les garanties en cas de décès, le bénéficiaire n'est pas le participant et, dans les opérations relatives à la couverture du risque accident, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du participant décédé.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription définies par les articles 2240 et suivants du code civil et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée soit à l'Entreprise adhérente par les co-assureurs en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, soit aux co-assureurs par le participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit en ce qui concerne le règlement de la prestation.

ARTICLE 4.7 - SUBROGATION

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

PARTIE 5/ EFFET, DUREE ET MAINTIEN DE GARANTIES

ARTICLE 5.1 - EFFET ET DUREE DES GARANTIES

5.1.1 DATE D'EFFET DES GARANTIES

Sous réserve que le Contrat soit dûment établi selon les modalités définies à l'article 2.1 des présentes Conditions générales les garanties prennent effet :

- ⇒ dès la date d'effet du Contrat pour les participants inscrits aux effectifs de l'Entreprise adhérente à cette date,
- ⇒ dès la date d'entrée dans les effectifs de l'Entreprise adhérente et/ou dès qu'il répond à la définition du groupe participant, si cette date est postérieure à la date d'effet du Contrat.

5.1.2 CESSATION DES GARANTIES

Le droit à garantie cesse dans les situations suivantes :

- ⇒ **en cas de suspension du contrat de travail du participant (sauf application des dispositions de l'article 5.2 suivant),**
- ⇒ **à la date de rupture de son contrat de travail (sauf application des dispositions prévues à l'article 5.3 suivant),**
- ⇒ **à la date à laquelle il cesse d'appartenir à la catégorie du personnel assurée,**
- ⇒ **le jour de la liquidation normale ou anticipée de sa pension vieillesse de la Sécurité sociale, sauf dans le cas d'un cumul emploi-retraite tel que défini à l'article L161-22 du Code de la Sécurité sociale,**
- ⇒ **en cas de décès du participant,**
- ⇒ **en cas de non-paiement des cotisations dans les conditions prévues à l'article 2.9.4. des présentes Conditions générales,**
- ⇒ **dans tous les cas, à la date d'effet de la résiliation du Contrat collectif de prévoyance (sauf application des dispositions de l'article 5.3.1 suivant).**

ARTICLE 5.2 - SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

Les garanties prévues par le Contrat sont suspendues en cas de suspension du contrat de travail du participant, pour les périodes d'absences non rémunérées.

Toutefois, les garanties sont maintenues, moyennant paiement des cotisations correspondantes (sauf exonération prévue à l'article 2.9.3 des présentes Conditions générales), aux participants dont le contrat de travail est suspendu :

- dès lors que pendant cette période, ils bénéficient d'une rémunération partielle ou totale de l'employeur ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur,
- en cas d'arrêt de travail pour maladie, accident, maternité ou congés de maternité ou paternité tant que l'intéressé perçoit des prestations en espèces de la Sécurité sociale (indemnités journalières, rentes d'invalidité).

Le maintien des garanties est assuré au participant concerné pendant la durée du contrat d'adhésion :

- tant que son contrat de travail n'est pas rompu ;
- en cas de rupture du contrat de travail et quand cette rupture intervient durant l'exécution du Contrat, tant que le participant perçoit des prestations de la Sécurité sociale au titre de la maladie ou de l'accident ou de la maternité ou paternité (indemnités journalières, rentes d'invalidité), sans interruption depuis la date de rupture du contrat de travail.

ARTICLE 5.3 - RUPTURE OU FIN DE CONTRAT DE TRAVAIL OUVRANT DROIT A PORTABILITE

Le présent article a pour objet d'organiser le maintien des garanties du Contrat, en application du dispositif de portabilité visé par l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale (article 1^{er} de la loi n°2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi).

Ainsi les employeurs ont l'obligation de maintenir les garanties collectives de prévoyance à leurs anciens salariés qui, à la date de cessation de leur contrat de travail, bénéficiaient de ces garanties dans l'entreprise.

PARTICIPANTS

Sont garantis dans les conditions définies ci-après, les anciens salariés qui avant la date de rupture ou de fin de leur contrat de travail, appartenaient à la catégorie de personnel « non cadre », bénéficiaire des garanties du Contrat.

Ces anciens salariés bénéficient du maintien de garanties :

- lorsque les droits à couverture complémentaire au titre du Contrat ont été ouverts pendant l'exécution de leur contrat de travail,
- lorsque la rupture ou la fin de leur contrat de travail n'est pas consécutive à une faute lourde et qu'elle ouvre droit à indemnisation du régime obligatoire d'assurance chômage.

GARANTIES

Les participants définis ci-dessus bénéficient des garanties du Contrat, applicables à la catégorie de personnel à laquelle ils appartenaient lors de la rupture ou de la fin de leur contrat de travail.

En cas de modification ou de révision des garanties des salariés en activité, les garanties des participants bénéficiant du dispositif de portabilité seront modifiées ou révisées dans les mêmes conditions.

Salaire de référence

Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations est celui défini au Contrat, étant précisé que la période prise en compte est celle précédant la date de rupture ou de fin du contrat de travail.

Pour la détermination du salaire de référence, sont exclues toutes les sommes liées à la rupture ou à la fin du contrat de travail (indemnités de licenciement, indemnités compensatrices de congés payés et toutes autres sommes versées à titre exceptionnel).

Incapacité temporaire complète de travail

Les indemnités journalières complémentaires sont **versées à compter du 61^{ème} jour** de l'incapacité de travail continue médicalement constatée et ouvrant droit au bénéfice des indemnités journalières de Sécurité sociale, quelle que soit l'ancienneté du salarié à la date de cessation du contrat de travail.

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

Paiement des prestations

L'ancien salarié adresse au centre de gestion du co-assureur les demandes de prestations accompagnées des pièces justificatives définies au Contrat. Devront en outre être produites, si elles ne l'ont pas été auparavant, le justificatif d'ouverture de droit au régime obligatoire d'assurance chômage et le justificatif de versement de l'allocation chômage.

Les prestations seront versées directement au participant, ou au(x) bénéficiaire(s) en cas de décès.

DUREE – LIMITES

Sous réserve d'avoir été régulièrement déclaré par l'Entreprise adhérente selon les formalités définies par le présent article, le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail du participant et 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, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, **sans pouvoir excéder douze mois**.

En tout état de cause, le maintien des garanties cesse lorsque le participant reprend un autre emploi, dès qu'il ne peut plus justifier auprès du co-assureur gestionnaire de son statut de demandeur d'emploi indemnisé par le régime obligatoire d'assurance chômage, à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale, en cas de décès du participant ainsi qu'en cas de non renouvellement ou résiliation du Contrat collectif de prévoyance.

La suspension des allocations du régime obligatoire d'assurance chômage, pour cause de maladie ou pour tout autre motif, n'a pas d'incidence sur la durée du maintien des garanties qui n'est pas prolongée d'autant.

Dans le cas d'un licenciement pour motif économique ou en cas de perte d'emploi par suite de cessation d'activité de l'entreprise adhérente, la durée maximale du dispositif de portabilité prévue ci-dessus sera portée à 18 mois pour les garanties décès et invalidité absolue et définitive.

FORMALITES DE DECLARATION

L'Entreprise adhérente doit adresser au co-assureur gestionnaire, dans un délai d'un mois suivant la première date de rupture ou de fin du contrat de travail d'un salarié pour chaque participant concerné, le bulletin individuel d'affiliation au dispositif de portabilité des garanties collectives prévoyance, lorsqu'il est demandé par le co-assureur gestionnaire, dûment complété et signé, accompagné de la copie du ou des derniers contrats de travail justifiant la durée, d'une attestation justifiant son statut de demandeur d'emploi dans l'attente de l'envoi de l'attestation justifiant l'indemnisation par l'Assurance chômage.

L'Entreprise adhérente doit signaler le maintien des garanties visées par le présent article dans le certificat de travail de l'ancien salarié et s'engage à informer le co-assureur gestionnaire pour chaque participant concerné de toute cause entraînant la cessation anticipée de maintien des garanties, dans le mois de survenance de celle-ci.

Sont visées notamment les causes suivantes :

- le participant reprend un autre emploi,
- il ne peut plus justifier auprès de l'Entreprise adhérente de son statut de demandeur d'emploi indemnisé par le régime obligatoire d'assurance chômage,
- en cas de décès du participant,
- la survenance de la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale.

FINANCEMENT

Le financement de la portabilité fait partie intégrante de la cotisation prévue au bulletin d'adhésion.

Changement d'organisme assureur

En cas de changement d'organisme assureur :

- les prestations en cours seront maintenues par le co-assureur,
- les bénéficiaires du dispositif de portabilité relevant des présentes dispositions seront affiliés dans les mêmes conditions que les salariés en activité auprès du nouvel organisme assureur.

ARTICLE 5.4 – MAINTIENS SPECIFIQUES

5.4.1 MAINTIEN DES GARANTIES DECES / RENTE EDUCATION EN CAS DE RESILIATION OU NON-RENOUVELLEMENT DU CONTRAT COLLECTIF

La garantie en cas de décès, telle que définie ci-après, est maintenue en cas de résiliation ou non - renouvellement du Contrat collectif de prévoyance, au participant ou ancien salarié en arrêt de travail pour maladie, accident, invalidité bénéficiant de prestations complémentaires d'incapacité temporaire complète de travail ou d'invalidité du co-assureur, dues ou versées au titre du contrat collectif obligatoire souscrit par l'Entreprise adhérente.

La garantie maintenue en cas de résiliation ou de non renouvellement du Contrat est celle prévue audit contrat en cas de décès du participant (garantie décès et rente d'éducation), sauf exclusions et limitations définies ci-après.

N'entre pas dans le maintien de la garantie décès en cas de résiliation ou de non - renouvellement du Contrat, l'invalidité absolue et définitive du participant ou de l'ancien salarié survenant postérieurement à la date d'effet de la résiliation ou du non renouvellement.

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

Les exclusions de garanties prévues lorsque le Contrat est en vigueur, s'appliquent également à la garantie décès maintenue en cas de résiliation ou de non renouvellement.

La garantie décès, telle que définie ci-dessus, est maintenue jusqu'au terme de la période d'incapacité de travail ou d'invalidité indemnisée au titre du Contrat.

5.4.2 MAINTIEN DES PRESTATIONS EN COURS EN CAS DE RESILIATION DU CONTRAT COLLECTIF

Sans préjudice de l'application des présentes Conditions générales, le co-assureur gestionnaire poursuit le versement des indemnités journalières ou rentes acquises ou nées durant l'exécution du contrat au niveau atteint à la date d'effet de la résiliation ou du non-renouvellement.