

prévoyance



ENSEMBLE
DU PERSONNEL

NOTICE D'INFORMATION

CONTRAT COLLECTIF DE PRÉVOYANCE À ADHÉSION OBLIGATOIRE

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



EDITION 2016

PRÉAMBULE

Conformément aux avenants n° 332 du 4 mars 2015 et 335 du 4 décembre 2015 à la Convention collective Nationale de travail du 15 mars 1966, votre entreprise a souscrit un contrat collectif à adhésion obligatoire au bénéfice de l'ensemble des salariés :

- Cadres, c'est-à-dire le personnel relevant des articles 4 et 4 bis de la CCN de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947,
- Non cadres, c'est-à-dire le personnel ne relevant pas des articles 4 et 4 bis de la CCN de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947, auprès de l'un des organismes assureurs cités ci-dessous :

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

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

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

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

■ **Soit MUTEX**,
Société Anonyme à directoire et conseil de surveillance au capital de 37 302 300 euros, inscrite au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le numéro 529219040, entreprise régie par le Code des assurances.
Siège social : 125, avenue de Paris - 92327 CHÂTILLON CEDEX;
La gestion étant confiée à la Mutuelle Chorum, 4-8, Rue Gambetta – 92240 MALAKOFF;

■ **L'OCIRP (Organisme commun des institutions de rentes et de prévoyance)**,

Union d'Institutions de prévoyance relevant du Code de la Sécurité sociale,
Siège social : 17, rue de Marignan – 75008 PARIS.
Assureur des garanties rente éducation, rente de conjoint substitutive et rente handicap.

Vous êtes affilié au contrat dès lors que vous appartenez à la catégorie au profit de laquelle le contrat a été souscrit, et que vous êtes sous contrat de travail et affilié au régime général de la Sécurité sociale.

La présente notice vous permet de connaître les garanties et les prestations auxquelles vous pouvez prétendre au titre du contrat de prévoyance ainsi mis en place, les conditions de leur application, les formalités à accomplir et les justificatifs à fournir.

Ce document indique également le contenu des clauses édictant les nullités, les exclusions ou les limitations des garanties ainsi que les délais de prescription.

La présente notice d'information vous est obligatoirement remise par votre employeur. Lorsque des modifications sont apportées à vos droits et obligations, votre entreprise est tenu de vous en informer en vous remettant une nouvelle notice mise à jour ou un additif établi à cet effet par votre organisme assureur.

Vous devez compléter et remettre à votre entreprise l'attestation se trouvant en dernière page ; cette attestation est destinée à certifier que vous avez bien reçu la présente notice.

Sommaire

PRÉAMBULE	3
I. TABLEAU DES GARANTIES ET PRESTATIONS	6
II. DISPOSITIONS GÉNÉRALES	8
CHAPITRE I. QUELLE EST LA DURÉE DES GARANTIES ?	8
Quand les garanties prennent-elles effet ?	8
Quand cessent-elles ?	8
Quand sont-elles suspendues ?	8
Dans quels cas les garanties sont-elles maintenues ?	8
CHAPITRE II. LES COTISATIONS	10
Quelle est l'assiette des cotisations ?	10
Dans quels cas y-a-t-il exonération du paiement des cotisations ?	10
CHAPITRE III. LES PRESTATIONS	10
Quelle est l'assiette des prestations ?	10
Quel est le montant maximum des prestations incapacité et invalidité ?	10
Comment les prestations sont-elles revalorisées ?	11
Quels sont les risques exclus et les causes de déchéance ?	11
CHAPITRE IV. DISPOSITIONS DIVERSES	11
Contrôles	11
Litiges Médicaux	11
Réclamations et litiges	12
Organisme de contrôle	12
Loi informatique et libertés	12
Prescription	13
Fausse déclaration	13
Subrogation	13
Territorialité	13
III. CONDITIONS GÉNÉRALES PAR GARANTIE	14
CHAPITRE V. DÉFINITIONS	14
Enfants à charge	14
Conjoint	14
Concubin	14
Partenaire de Pacs	14

CHAPITRE VI. GARANTIE CAPITAL DÉCÈS OU INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE	14
Quel est l'objet de la garantie ?	14
Qui sont les bénéficiaires des capitaux ?	14
Quels sont les montants des capitaux ?	15
Quelles sont les conditions de règlement des capitaux ?	15
CHAPITRE VII. GARANTIE RENTE ÉDUCATION	15
Quel est l'objet de la garantie ?	15
Quels sont les montants des prestations ?	15
Quelles sont les conditions de règlement des rentes ?	15
Quand cesse le versement des rentes ?	15
CHAPITRE VIII. GARANTIE RENTE HANDICAP	15
Quel est l'objet de la garantie ?	15
Quel est le montant de la rente ?	16
Quelles sont les modalités de reconnaissance de l'état de handicap ?	16
Quelles sont les conditions de règlement des rentes ?	16
Quand cesse le versement des rentes ?	16
CHAPITRE IX. GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE	16
Quel est l'objet de la garantie ?	16
Quel est le point de départ de l'indemnisation ?	16
Quels est le montant de la prestation ?	16
Quand cesse le versement des indemnités journalières complémentaires ?	17
Que se passe-t-il en cas de rechute ?	17
Quelles sont les conditions de règlement des prestations ?	17
CHAPITRE X. GARANTIE INVALIDITÉ - INCAPACITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE	17
Quel est l'objet de la garantie ?	17
Quel est le montant des prestations ?	17
Quel est le point de départ de l'indemnisation ?	18
Quand cesse le versement des rentes ou pensions complémentaires ?	18
Quelles sont les conditions de règlement des prestations ?	18
ANNEXE I. PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR POUR TOUTE DEMANDE DE PRESTATIONS	19
ANNEXE II. MAINTIEN FACULTATIF DES GARANTIES DÉCÈS EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL NON INDEMNISÉE	20
ANNEXE III. ATTESTATION DE RÉCEPTION	21

I. TABLEAU DES GARANTIES ET PRESTATIONS

PERSONNEL CADRE

NATURE DES GARANTIES	MONTANTS DES PRESTATIONS		
CAPITAUX DÉCÈS – INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE (IAD)			
EN POURCENTAGE DU SALAIRE DE RÉFÉRENCE			
Capital Décès toutes causes	Tranche A	Tranche B	Tranche C
Tout assuré	250 %	250 %	250 %
Capital IAD toutes causes	Tranche A	Tranche B	Tranche C
Tout assuré	300 %	300 %	300 %
Capital Double effet	Tranche A	Tranche B	Tranche C
Marié, concubin ou partenaire de Pacs avec un enfant à charge	250 %	250 %	250 %
RENTE ÉDUCATION			
EN POURCENTAGE DU SALAIRE DE RÉFÉRENCE			
Rente éducation	Tranche A	Tranche B	Tranche C
Jusqu'à la date du 19 ^e anniversaire de l'enfant	15 %	15 %	15 %
Du 19 ^e anniversaire à la date du 26 ^e anniversaire de l'enfant	20 %	20 %	20 %
Le montant de la rente servie par enfant à charge ne peut être inférieure à 200 € par mois.			
Rente temporaire substitutive de conjoint	Tranche A	Tranche B	Tranche C
Marié, concubin ou partenaire de Pacs sans enfant à charge	5 %	5 %	5 %
RENTE HANDICAP			
EN EUROS			
Montant au premier janvier 2016	580 euros		
INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL			
EN POURCENTAGE DU SALAIRE DE RÉFÉRENCE			
Franchise discontinuée	Tranche A	Tranche B	Tranche C
90 jours d'arrêt de travail continu ou discontinu	97 %	97 %	97 %
Cette prestation s'entend y compris les prestations nettes de CSG/CRDS versées par la Sécurité sociale au titre de cette incapacité. En tout état de cause, le total des prestations perçues ne saurait excéder 100 % de votre salaire net d'activité, conformément aux conditions définies au paragraphe « Quel est le montant maximum des prestations incapacité et invalidité ? » du Chapitre III.			
INVALIDITÉ			
EN POURCENTAGE DU SALAIRE DE RÉFÉRENCE			
Catégorie d'invalidité	Tranche A	Tranche B	Tranche C
3 ^e catégorie Sécurité sociale	97 %	97 %	97 %
2 ^e catégorie Sécurité sociale	97 %	97 %	97 %
1 ^{re} catégorie Sécurité sociale :			
Si l'assuré n'exerce pas une activité professionnelle	58 %	58 %	58 %
Si l'assuré exerce une activité professionnelle	60 %	60 %	60 %
Cette prestation s'entend y compris les prestations nettes de CSG/CRDS versées par la Sécurité sociale au titre de l'invalidité, et hors majoration pour tierce personne. En tout état de cause, le total des prestations perçues ne saurait excéder 100 % de votre salaire net d'activité, conformément aux conditions définies au paragraphe « Quel est le montant maximum des prestations incapacité et invalidité ? » du Chapitre III.			
INCAPACITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE (IPP)			
EN POURCENTAGE DU SALAIRE DE RÉFÉRENCE			
Taux d'IPP égal ou supérieur à 66 %	Tranche A	Tranche B	Tranche C
Taux égal ou supérieur à 66 %	97 %	97 %	97 %
Taux d'IPP compris entre 33 et moins de 66 %	3 N/2 x R		

«N» étant le taux d'incapacité permanente professionnelle

«R» étant égal à :

97 % du salaire net de référence TA, TB et TC si le salarié n'exerce pas d'activité professionnelle

100 % du salaire net de référence TA, TB et TC si le salarié exerce une activité professionnelle

Cette prestation s'entend y compris les prestations nettes versées par la Sécurité sociale au titre de l'incapacité, et hors prestation complémentaire pour recours à tierce personne. En tout état de cause, le total des prestations perçues ne saurait excéder 100 % de votre salaire net d'activité, conformément aux conditions définies au paragraphe « Quel est le montant maximum des prestations incapacité et invalidité ? » du Chapitre III.

PERSONNEL NON CADRE

NATURE DES GARANTIES	MONTANTS DES PRESTATIONS	
CAPITAUX DÉCÈS – INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE (IAD)	EN POURCENTAGE DU SALAIRE DE RÉFÉRENCE	
Capital Décès toutes causes	Tranche A	Tranche B
Tout assuré	250 %	250 %
Capital IAD toutes causes	Tranche A	Tranche B
Tout assuré	300 %	300 %
Capital Double effet	Tranche A	Tranche B
Marié, concubin ou partenaire de Pacs avec un enfant à charge	250 %	250 %
RENTE ÉDUCATION	EN POURCENTAGE DU SALAIRE DE RÉFÉRENCE	
Rente éducation	Tranche A	Tranche B
Jusqu'à la date du 19 ^e anniversaire de l'enfant	15 %	15 %
Du 19 ^e anniversaire à la date du 26 ^e anniversaire de l'enfant	20 %	20 %
Le montant de la rente servie par enfant à charge ne peut être inférieur à 200 € par mois.		
Rente temporaire substitutive de conjoint	Tranche A	Tranche B
Marié, concubin ou partenaire de Pacs sans enfant à charge	5 %	5 %
RENTE HANDICAP	EN EUROS	
Montant au premier janvier 2016	580 euros	
INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL	EN POURCENTAGE DU SALAIRE DE RÉFÉRENCE	
Franchise discontinuée	Tranche A	Tranche B
90 jours d'arrêt de travail continu ou discontinu	97 %	97 %
Cette prestation s'entend y compris les prestations nettes de CSG/CRDS versées par la Sécurité sociale au titre de cette incapacité. En tout état de cause, le total des prestations perçues ne saurait excéder 100 % de votre salaire net d'activité, conformément aux conditions définies au paragraphe « Quel est le montant maximum des prestations incapacité et invalidité ? » du Chapitre III.		
INVALIDITÉ	EN POURCENTAGE DU SALAIRE DE RÉFÉRENCE	
Catégorie d'invalidité	Tranche A	Tranche B
3 ^e catégorie Sécurité sociale	97 %	97 %
2 ^e catégorie Sécurité sociale	97 %	97 %
1 ^{re} catégorie Sécurité sociale :		
Si l'assuré n'exerce pas une activité professionnelle	58 %	58 %
Si l'assuré exerce une activité professionnelle	60 %	60 %
Cette prestation s'entend y compris les prestations nettes de CSG/CRDS versées par la Sécurité sociale au titre de l'invalidité, et hors majoration pour tierce personne. En tout état de cause, le total des prestations perçues ne saurait excéder 100 % de votre salaire net d'activité, conformément aux conditions définies au paragraphe « Quel est le montant maximum des prestations incapacité et invalidité ? » du Chapitre III.		
INCAPACITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE (IPP)	EN POURCENTAGE DU SALAIRE DE RÉFÉRENCE	
Taux d'IPP égal ou supérieur à 66 %	Tranche A	Tranche B
Taux égal ou supérieur à 66 %	97 %	97 %
Taux d'IPP compris entre 33 et moins de 66 %	3 N/2 x R	

«N» étant le taux d'incapacité permanente professionnelle

«R» étant égal à :

97 % du salaire net de référence TA et TB si le salarié n'exerce pas d'activité professionnelle

100 % du salaire net de référence TA et TB si le salarié exerce une activité professionnelle

Cette prestation s'entend y compris les prestations nettes versées par la Sécurité sociale au titre de l'incapacité, et hors prestation complémentaire pour recours à tierce personne. En tout état de cause, le total des prestations perçues ne saurait excéder 100 % de votre salaire net d'activité, conformément aux conditions définies au paragraphe « Quel est le montant maximum des prestations incapacité et invalidité ? » du Chapitre III.

II. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

CHAPITRE I – QUELLE EST LA DURÉE DES GARANTIES ?

QUAND LES GARANTIES PRENNENT-ELLES EFFET ?

Les garanties prennent effet à la date de votre affiliation au contrat. Vous avez été automatiquement affilié au contrat dès lors que vous étiez déjà salarié sous contrat de travail et affilié au régime général de la Sécurité sociale à la date de prise d'effet du contrat.

Si vous avez été embauché ultérieurement, votre affiliation prend effet à la date de votre embauche, sous réserve que la déclaration par votre employeur ait été réalisée dans le mois suivant votre prise de fonction.

Au-delà de ce délai, votre affiliation ne prend effet qu'à partir de la réception par l'organisme assureur de la déclaration effectuée par votre employeur.

Dès lors que vous êtes affilié au contrat, vous êtes appelé « assuré ».

QUAND CESSENT-ELLES ?

Les garanties cessent :

- à la date de votre sortie de la catégorie de personnel assuré,
- à la date d'effet de la liquidation de votre pension vieillesse de la Sécurité sociale, sauf si vous vous trouvez en situation de cumul emploi retraite, telle que définie par la législation en vigueur,
- à la date d'effet de la cessation de votre contrat de travail (notamment démission, licenciement, survenance du terme d'un contrat à durée déterminée) sauf si vous pouvez prétendre au maintien des garanties en tant qu'ancien salarié indemnisé au titre du régime d'assurance chômage tel que prévu ci-après [cf. « Maintien des garanties dans le cadre de la portabilité des droits »],
- et en tout état de cause, à la date de résiliation du contrat, sauf dispositions prévues à l'article « en cas de résiliation du contrat » ci-après.

QUAND SONT-ELLES SUSPENDUES ?

Les garanties sont suspendues de plein droit dans les cas de suspension de votre contrat de travail, en dehors des cas visés au paragraphe ci-dessous « *En cas de suspension du contrat de travail indemnisée* ».

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

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

Pendant la période de suspension des garanties, aucune cotisation n'est due et les décès ou les arrêts de travail survenant durant cette période ne peuvent donner lieu à prise en charge au titre du contrat. A compter du deuxième mois de suspension de votre contrat de travail [en dehors des cas visés à l'article « *En cas de suspension du contrat de travail indemnisée* »], vous pouvez à titre facultatif

demander le maintien des garanties décès, IAD, rente éducation, rente substitutive de conjoint et rente handicap durant la période de suspension de votre contrat de travail dans les conditions définies en annexe n° 2.

DANS QUELS CAS LES GARANTIES SONT-ELLES MAINTENUES ?

EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL INDEMNISÉE

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

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

les garanties sont maintenues pendant toute la période de suspension de votre contrat de travail indemnisée sous réserve du paiement de la cotisation correspondante dans les conditions applicables aux salariés actifs relevant de la même catégorie, sauf en cas d'exonération du paiement de la cotisation telle que prévue au chapitre II.

Si votre contrat de travail est suspendu suite à l'exercice du droit de grève ou si vous bénéficiez d'un congé non rémunéré de toute nature, d'une durée maximale d'un mois consécutif, vos garanties seront maintenues dans les conditions indiquées ci-dessus.

EN CAS DE CESSATION DU CONTRAT DE TRAVAIL

À la date d'effet de la cessation de votre contrat de travail, si vous êtes en arrêt de travail pour maladie, accident, invalidité ou incapacité, vous restez garanti pendant toute la durée de votre indemnisation dans les conditions contractuelles en vigueur au jour de la cessation de votre contrat de travail, dès lors que vous bénéficiez à ce titre des prestations au titre du contrat ou que vos droits à prestation sont nés antérieurement à la date d'effet de la cessation de votre contrat de travail.

EN CAS DE RÉSILIATION DU PRÉSENT CONTRAT

Le bénéfice des garanties en cas de décès est maintenu si vous bénéficiez de prestations incapacité ou invalidité au titre du présent contrat, tant que se poursuit l'arrêt de travail ou le classement en invalidité ou incapacité permanente professionnelle en cause et ce, au niveau des prestations en vigueur au jour de la résiliation du contrat.

Les prestations périodiques en cours de service, ou résultant d'un événement garanti survenu antérieurement à la date de la résiliation du présent contrat, sont maintenues à la date d'effet de la résiliation jusqu'à l'extinction des droits, dans les conditions définies au chapitre III [cf. « Comment les prestations sont-elles revalorisées ? »].

L'organisme assureur garantira les prestations en cas de passage en invalidité/IPP dans les conditions prévues à la présente Notice d'Information des assurés indemnisés au titre de la garantie Incapacité

temporaire à la date de résiliation.

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

DANS LE CADRE DE LA PORTABILITÉ DES DROITS

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

■ Bénéficiaires de la portabilité

Bénéficiaire du maintien des garanties, les anciens salariés :

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

■ 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 de votre contrat de travail.

Durée

Vous gardez le bénéfice 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, arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois de couverture.

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

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

■ Cessation du maintien

Le maintien des garanties cesse :

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

- au jour de la survenance de votre décès.

■ Obligation de l'ancien salarié

Vous devez justifier auprès de l'organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions énoncées au paragraphe « Bénéficiaires de la portabilité » ci-avant, et notamment de votre indemnisation par le régime d'assurance chômage, si vous souhaitez bénéficier du maintien des garanties.

Vous vous engagez à cet égard à informer l'organisme assureur de toute modification de votre situation et notamment de la reprise d'une activité professionnelle et/ou de cessation d'indemnisation par l'assurance chômage.

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

■ Financement du maintien des garanties

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

■ Garanties et prestations maintenues

Les garanties et prestations maintenues sont identiques à celles en vigueur pour la catégorie des salariés à laquelle vous apparteniez avant la cessation de votre 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 chapitre III (cf. « Quelle est l'assiette des prestations ? »), précédant la date de cessation de votre contrat de travail hors sommes de toute nature liées à la cessation de votre contrat de travail.

- Montant des prestations

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

- Cumul des prestations

En tout état de cause, **les droits garantis par le contrat au titre de l'incapacité temporaire ne pourront pas vous conduire 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 (notamment modification des garanties et des conditions de règlement), pendant la période de maintien des droits, seront opposables dans les mêmes conditions aux bénéficiaires de la portabilité.

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

- au maintien des garanties décès aux anciens salariés en arrêt de travail à la date de résiliation,
- au versement au niveau atteint à la date de résiliation des prestations en cours de service sauf mention contraire figurant au chapitre III (cf. « Comment les prestations sont-elles revalorisées ? »),
- à la proposition d'une couverture de prévoyance dans le cadre d'un contrat à adhésion individuelle.

■ Obligations de votre employeur

Votre employeur doit remplir les obligations suivantes :

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

CHAPITRE II – LES COTISATIONS

QUELLE EST L'ASSIETTE DES COTISATIONS ?

Le salaire de référence a pour base de calcul le salaire annuel brut total soumis à cotisation Sécurité sociale dans la limite des tranches A, B et C.

On entend par :

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

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

DANS QUELS CAS Y-A-T-IL EXONÉRATION DU PAIEMENT DES COTISATIONS ?

Il y a exonération du paiement de la cotisation due au titre du contrat (tant patronale que salariale) dès lors que vous êtes bénéficiaire d'indemnités journalières, d'une rente ou d'une pension complémentaire servies par le contrat au titre de l'incapacité temporaire de travail, de l'invalidité, de l'incapacité permanente professionnelle, ou en congé légal de maternité, et que vous ne percevez plus aucune rémunération.

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

CHAPITRE III – LES PRESTATIONS

Les prestations sont exprimées en pourcentage du salaire de référence dans les limites des tranches de salaire ayant donné lieu à cotisation.

QUELLE EST L'ASSIETTE DES PRESTATIONS ?

Les prestations sont exprimées en pourcentage du salaire de référence dans les limites des tranches de salaire fixées au tableau des garanties et prestations figurant au titre I de la présente notice.

- Salaire servant de base au calcul des prestations décès et rentes éducation/substitutives de conjoint/rente handicap.

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

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

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

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

- Salaire servant de base au calcul des prestations incapacité temporaire de travail – invalidité/incapacité permanente professionnelle

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

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

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

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

QUEL EST LE MONTANT MAXIMUM DES PRESTATIONS INCAPACITÉ ET INVALIDITÉ ?

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

On entend par « salaire d'activité » :

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

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

COMMENT LES PRESTATIONS SONT-ELLES REVALORISÉES ? REVALORISATION DU SALAIRE DE RÉFÉRENCE SERVANT DE BASE AU CALCUL DES PRESTATIONS

En cours de vie du contrat, le salaire de référence est revalorisé pour le calcul des prestations invalidité, incapacité permanente professionnelle et décès, lorsque vous justifiez d'un arrêt de travail indemnisé par la Sécurité sociale ou non (exclusivement dans ce dernier cas au profit des salariés ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits en espèces de la Sécurité sociale et indemnisés par le contrat) d'une durée égale ou supérieure à 180 jours continus, à la date de mise en invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle ou à celle de la survenance de votre décès.

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

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

REVALORISATION DES PRESTATIONS PÉRIODIQUES EN COURS DE SERVICE

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

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

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

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

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

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

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

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

REVALORISATION DES ARRÉRAGES DE RENTES ENTRE LE DÉCÈS

OUVRANT DROIT AUX PRESTATIONS ET LA DATE DE RÉCEPTION DES PIÈCES NÉCESSAIRES AU PAIEMENT DES PRESTATIONS.

Les arrérages de rentes échus entre la date du décès ouvrant droit à prestations et la date de réception de la totalité des pièces nécessaires au paiement des prestations font l'objet d'une revalorisation, conformément à l'article L. 132-5 du Code des assurances. Durant la période se situant entre la date du décès ouvrant droit à prestations et la date d'échéance de l'arrérage, les modalités de revalorisation sont celles définies ci-avant. A compter de la date d'échéance de l'arrérage et jusqu'à la date de réception de la totalité des pièces nécessaires au paiement des prestations, l'arrérage est revalorisé par application d'un taux annuel égal au taux le moins élevé des deux taux visés au 2^e de l'article R. 132-3-1 du Code des assurances.

QUELS SONT LES RISQUES EXCLUS ET LES CAUSES DE DÉCHÉANCE ?

Ne sont pas pris en charge les sinistres résultant :

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

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

CHAPITRE IV – DISPOSITIONS DIVERSES

CONTRÔLES

Les organismes assureurs peuvent à tout moment :

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

Le service des prestations peut être refusé ou suspendu si vous refusez ces contrôles ou refusez de fournir les pièces justificatives demandées par les organismes assureurs.

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

LITIGES MÉDICAUX

En cas de contestation médicale, celle-ci est appréciée en dernier ressort par un médecin arbitre désigné d'un commun accord

par le médecin conseil ou contrôleur des organismes assureurs et votre médecin traitant.

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

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

Les honoraires du médecin conseil ou contrôleur ou du médecin expert choisi par les organismes assureurs pour les représenter lors de l'arbitrage restent à la charge des organismes assureurs ainsi que les honoraires et les frais de nomination du médecin arbitre.

Toutefois, dans l'hypothèse où le tiers expert confirmerait la décision prise à votre égard, les honoraires et les frais de nomination du médecin arbitre seraient à votre charge.

RÉCLAMATIONS ET LITIGES

Pour toute réclamation, ou tout litige, vous pouvez, ainsi que votre employeur vous adresser au médiateur de l'organisme assureur de votre contrat, parmi les suivants :

- **Pour AG2R RÉUNICA PRÉVOYANCE** : Direction de la Qualité – 104-110, Boulevard Haussmann – 75379 PARIS CEDEX 8.

- **Pour APICIL PRÉVOYANCE** : au service Relations Clients - Groupe APICIL - 38 rue François Peissel – 69300 CALUIRE et CUIRE,

- **Pour HUMANIS PRÉVOYANCE** : à HUMANIS Prévoyance - Satisfaction Clients – 303, rue Gabriel Debacq – 45777 SARAN Cedex - Tél. : 0969 39 08 33 (appel non surtaxé).

- **Pour MALAKOFF MÉDÉRIC PRÉVOYANCE** : Service Réclamations Entreprises/Particuliers – 21 rue Laffitte – 75009 Paris (ou par e-mail : reclamation-entreprise@malakoffmederic.com / reclamation-particulier@malakoffmederic.com),

- **Pour MUTEX** : à la mutuelle Chorum.

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

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

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

- **Pour AG2R RÉUNICA PRÉVOYANCE** : au conciliateur du groupe AG2R MONDIALE – 32 avenue Emile Zola – Mons-en Barœul – 59896 LILLE CEDEX 09.

- **Pour APICIL PRÉVOYANCE** : au médiateur du CTIP – 10 rue Cambacérès – 75008 Paris, Ou par e-mail : mediateur@ctip.asso.fr

- **Pour HUMANIS PRÉVOYANCE** : au médiateur du CTIP – 10 rue Cambacérès – 75008 PARIS, Tél. : 01 42 66 68 49 www.ctip.asso.fr mediateur@ctip.asso.fr

- **Pour MALAKOFF MÉDÉRIC PRÉVOYANCE** : au médiateur du CTIP.

- **Pour MUTEX** : En cas de litige, Mutex, membre du GEMA (Groupement des entreprises mutuelles d'assurance) met à la disposition de ses assurés et leurs ayants-droit la procédure de recours gracieux de la Médiation de l'assurance.

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

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

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

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

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

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

En cas de désaccord persistant après épuisement des procédures de réclamations et recours interne, votre employeur, vous-même, vos bénéficiaires et/ou ayants droit peuvent s'adresser au médiateur du Centre Technique des Institutions de Prévoyance (CTIP) en cas de litige portant sur les garanties rente éducation, rente de conjoint substitutive et rente handicap assurée par l'OCIRP dans le cadre du présent contrat. Cette faculté est limitée à deux saisines par an.

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

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

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

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

ORGANISME DE CONTRÔLE

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

LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

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

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

Vous disposez, ainsi que votre employeur, d'un droit d'accès et de rectification des informations nominatives vous concernant qui

figureraient sur tout fichier à l'usage des organismes assureurs. Ce droit d'accès et de rectification peut s'exercer auprès du siège de votre organisme assureur.

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

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

Conformément à la loi informatique et libertés, tout traitement dont la finalité évoluerait et ne correspondrait plus à la gestion ou l'exécution du contrat devra, le cas échéant, faire l'objet de démarches auprès de la CNIL. Par ailleurs, des démarches auprès des assurés devront aussi être réalisées. Elles comprennent notamment le recueil de votre consentement ainsi que l'obligation d'information (finalité poursuivie par le traitement auquel les données sont destinées, les destinataires ou catégories de destinataires des données notamment).

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

PRESCRIPTION

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

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où les organismes assureurs en ont eu connaissance ;
- en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

Quand votre action contre les organismes assureurs a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre vous-même ou a été indemnisé par ce dernier.

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

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

FAUSSE DÉCLARATION

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

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

SUBROGATION

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

TERRITORIALITÉ

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

III. CONDITIONS GÉNÉRALES PAR GARANTIE

CHAPITRE V – DÉFINITIONS

ENFANTS À CHARGE

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

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

Sont également considérés comme à charge :

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

CONJOINT

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

CONCUBIN

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

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

PARTENAIRE DE PACS

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

CHAPITRE VI – GARANTIE CAPITAL DÉCÈS OU INVALIDITÉ ABSOLUE DÉFINITIVE

QUEL EST L'OBJET DE LA GARANTIE ?

CAPITAL DÉCÈS OU INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE TOUTES CAUSES (IAD)

Cette garantie a pour objet d'assurer le versement, dans l'hypothèse de votre décès ou invalidité absolue et définitive, quelle qu'en soit la cause, d'un capital au profit d'un ou plusieurs bénéficiaires tels que définis ci-après.

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

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

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

CAPITAL DOUBLE EFFET

Cette garantie a pour objet d'assurer le versement, en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive de votre conjoint, concubin ou partenaire de Pacs postérieurement ou antérieurement au vôtre, d'un capital au profit des enfants restant à charge, réparti par parts égales entre eux.

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

QUI SONT LES BÉNÉFICIAIRES DES CAPITAUX ?

BÉNÉFICIAIRES DU CAPITAL EN CAS DE DÉCÈS TOUTES CAUSES

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

Lorsqu'un bénéficiaire est nommément désigné, ses coordonnées peuvent être portées au dit formulaire de désignation de bénéficiaires et seront utilisées par l'organisme assureur dans l'hypothèse de la survenance de votre décès.

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

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

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

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

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

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

BÉNÉFICIAIRES DU CAPITAL EN CAS D'INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE TOUTES CAUSES

En cas d'invalidité absolue et définitive, vous êtes le bénéficiaire des capitaux.

BÉNÉFICIAIRES DU CAPITAL DOUBLE EFFET

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

QUELS SONT LES MONTANTS DES CAPITAUX ?

Les montants des capitaux sont définis au titre I de la présente notice d'information.

QUELLES SONT LES CONDITIONS DE RÈGLEMENT DES CAPITAUX ?

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

CHAPITRE VII – GARANTIE RENTE ÉDUCATION

QUEL EST L'OBJET DE LA GARANTIE ?

RENTE ÉDUCATION

Cette garantie a pour objet d'assurer le versement, dans l'hypothèse de votre décès ou invalidité absolue et définitive, quelle qu'en soit la

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

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

Le versement des rentes éducation par anticipation en cas d'invalidité absolue et définitive met fin à la garantie.

RENTE TEMPORAIRE SUBSTITUTIVE DE CONJOINT

Lorsque vous n'avez pas d'enfant à charge, il est versé à votre conjoint, concubin ou partenaire de Pacs, ayant cette qualité au jour de votre décès ou invalidité absolue et définitive, une rente temporaire de conjoint, en lieu et place de la rente éducation.

Le versement des rentes substitutives de conjoint par anticipation en cas d'invalidité absolue et définitive met fin à la garantie.

QUELS SONT LES MONTANTS DES PRESTATIONS ?

Les montants des prestations sont définis au titre I de la présente notice d'information.

QUELLES SONT LES CONDITIONS DE RÈGLEMENT DES RENTES ?

La rente éducation et la rente temporaire substitutive de conjoint prennent effet au 1^{er} jour du mois suivant la date de votre décès ou de la constatation de votre invalidité absolue et définitive.

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

Elles sont versées trimestriellement à terme avance et sur production de l'ensemble des pièces justificatives figurant en annexe ; le premier paiement comprenant, le cas échéant, un prorata au titre de la période écoulée entre la date d'effet de la rente et la fin du trimestre écoulé.

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

QUAND CESSE LE VERSEMENT DES RENTES ?

Le service des rentes éducation prend fin à dater du dernier jour du trimestre civil où l'enfant cesse d'être à charge et en tout état de cause, à compter du 1^{er} jour suivant la date de son décès.

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

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

Les fractions de prestations indûment versées pourront être réclamées.

CHAPITRE VIII – GARANTIE RENTE HANDICAP

QUEL EST L'OBJET DE LA GARANTIE ?

Cette garantie a pour objet d'assurer, dans l'hypothèse de votre décès ou invalidité absolue et définitive, quelle qu'en soit

la cause, le versement d'une rente viagère handicap au bénéficiaire de chaque enfant handicapé à charge atteint d'une infirmité physique et/ou mentale qui l'empêche :

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

Le versement des rentes handicap par anticipation en cas d'invalidité absolue et définitive met fin à la garantie.

QUEL EST LE MONTANT DE LA RENTE ?

Le montant annuel de la rente handicap est exprimé en euros et est défini au titre I de la présente notice d'information.

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

QUELLES SONT LES MODALITÉS DE RECONNAISSANCE DE L'ÉTAT DE HANDICAP ?

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

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

- un justificatif du taux d'incapacité de 80 % reconnue par la CDAPH (commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées),
- un justificatif d'un taux d'incapacité compris entre 50 % et 80 %, si la CDAPH a reconnu l'impossibilité de travailler,
- la preuve du bénéfice d'une mesure relevant de la loi n° 2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées du 11 février 2005,
- un certificat d'admission en établissement spécialisé.

QUELLES SONT LES CONDITIONS DE RÈGLEMENT DES RENTES ?

Les rentes prennent effet au lendemain de la date de la survenance de votre décès ou de la constatation de votre invalidité absolue et définitive.

Elles sont versées par quart trimestriellement et à terme avance.

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

QUAND CESSE LE VERSEMENT DES RENTES ?

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

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

CHAPITRE IX – GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE

QUEL EST L'OBJET DE LA GARANTIE ?

Cette garantie a pour objet de vous faire bénéficier, d'indemnités journalières complémentaires à celles versées par la Sécurité sociale au titre de l'assurance maladie ou de la législation sur les accidents du travail et maladies professionnelles, lorsque vous vous trouvez dans l'obligation de cesser votre activité professionnelle (absence médicalement constatée) à la suite d'un accident ou d'une maladie. Toutefois, en l'absence d'intervention de la Sécurité sociale, lorsque vous ne remplissez pas les conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison d'une durée d'activité salariée ou d'un montant cotisé insuffisant, des indemnités journalières complémentaires sont versées en reconstituant de manière théorique l'intervention de la Sécurité sociale.

QUEL EST LE POINT DE DÉPART DE L'INDEMNISATION ?

Les indemnités journalières sont servies à l'issue d'une franchise définie au titre I de la présente notice d'information.

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

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

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

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

QUELS EST LE MONTANT DE LA PRESTATION ?

CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE

Lorsque vous êtes en incapacité temporaire de travail, il vous est versé à l'issue de la période de franchise une prestation complémentaire à celle versée par la Sécurité sociale, d'un montant défini au titre I de la présente notice.

Cette prestation s'entend y compris les prestations nettes de CSG/CRDS versées par la Sécurité sociale au titre de cette incapacité.

En l'absence d'intervention de la Sécurité sociale, lorsque vous ne remplissez pas les conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison d'une durée d'activité salariée ou d'un montant cotisé insuffisant, la prestation complémentaire est versée en déduisant les indemnités journalières, reconstituées de manière théorique, que la Sécurité sociale aurait versées si vous remplissiez les conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale.

En tout état de cause, le total des prestations perçues ne saurait excéder 100 % de votre salaire net d'activité, conformément aux conditions définies au paragraphe « Quel est le montant maximum des prestations incapacité et invalidité ? » du Chapitre III.

LIMITES

Les indemnités journalières complémentaires sont versées sous réserve de la réception de l'ensemble des pièces justificatives figurant en annexe et, le cas échéant, du contrôle médical prévu au chapitre IV.

En cas de reprise d'une activité à temps partiel thérapeutique, l'organisme assureur accorde des prestations complémentaires réduites dans les limites fixées au chapitre III (cf. « Quel est le montant maximum des prestations incapacité et invalidité ? »).

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

Dans l'hypothèse où les indemnités journalières perçues de la Sécurité sociale seraient réduites ou suspendues (notamment en cas d'envoi à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de l'avis d'interruption de travail ou de prolongation d'arrêt de travail au-delà des délais prévus), celles-ci seront réputées avoir été versées à leur taux normal pour le calcul des prestations servies par le contrat.

QUAND CESSE LE VERSEMENT DES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES COMPLÉMENTAIRES ?

Le service des indemnités journalières prend fin à dater soit :

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

QUE SE PASSE-T-IL EN CAS DE RECHUTE ?

La rechute constatée par la Sécurité sociale ou la rechute d'une maladie entrant dans la catégorie des affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse (articles L322-3, 3^e, 4^e et L324-1 du Code de la Sécurité sociale) est considérée comme une rechute sous réserve que l'arrêt de travail initial ait fait l'objet d'une indemnisation au titre du contrat.

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

QUELLES SONT LES CONDITIONS DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS ?

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

Les indemnités journalières sont versées au fur et à mesure de la présentation des décomptes de prestations en espèces émanant de la Sécurité sociale, directement à votre employeur, à charge pour lui de vous les reverser après précompte des charges sociales, et en cas de cessation de votre contrat de travail, à vous-même.

En l'absence d'intervention de la Sécurité sociale, si vous ne satisfaites pas aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison d'une durée d'activité salariée ou d'un montant cotisé insuffisant, la prestation complémentaire est versée en déduisant les indemnités journalières, reconstituées de manière théorique, que la Sécurité sociale vous aurait versées si vous aviez satisfait aux conditions d'ouverture des

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

CHAPITRE X – GARANTIE INVALIDITÉ - INCAPACITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE

QUEL EST L'OBJET DE LA GARANTIE ?

GARANTIE INVALIDITÉ

Cette garantie a pour objet de vous faire bénéficier, dès la reconnaissance par la Sécurité sociale de votre état d'invalidité au titre d'une maladie ou d'un accident de la vie courante, d'une prestation complémentaire à celle versée le cas échéant par la Sécurité sociale.

Par invalidité, il faut entendre la réduction d'au moins 2/3 de la capacité de travail ou de gain reconnue par la Sécurité sociale et entraînant le classement dans l'une des catégories d'invalides visées à l'article L.341-4 du Code de la Sécurité sociale : « En vue de la détermination du montant de la pension, les invalides sont classés comme suit :

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

Toutefois, en l'absence d'intervention de la Sécurité sociale, lorsque vous ne remplissez pas les conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison d'une durée d'activité salariée ou d'un montant cotisé insuffisant, l'organisme assureur peut accepter, après décision médicale selon les modalités définies ci-après, de vous indemniser en reconstituant de manière théorique l'intervention de la Sécurité sociale.

GARANTIE INCAPACITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE

Cette garantie a pour objet de vous faire bénéficier, dès la reconnaissance par la Sécurité sociale de votre état d'incapacité permanente professionnelle (IPP) d'un taux égal ou supérieur à 33 % au titre d'une maladie ou d'un accident professionnel, d'une prestation complémentaire à celle versée le cas échéant par la Sécurité sociale.

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

QUEL EST LE MONTANT DES PRESTATIONS ?

GARANTIE INVALIDITÉ

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

GARANTIE INCAPACITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE

Le montant de la prestation défini au titre I de la présente notice d'information s'entend y compris les prestations nettes servies par la Sécurité sociale au titre de l'incapacité, et hors prestation complémentaire pour recours à tierce personne.

En tout état de cause, le total des prestations perçues ne saurait excéder 100 % de votre salaire net d'activité, conformément aux conditions définies au paragraphe « Quel est le montant maximum des prestations incapacité et invalidité ? » du Chapitre III.

QUEL EST LE POINT DE DÉPART DE L'INDEMNISATION ?

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

QUAND CESSE LE VERSEMENT DES RENTES OU PENSIONS COMPLÉMENTAIRES ?

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

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

QUELLES SONT LES CONDITIONS DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS ?

MODALITÉS DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

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

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

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

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

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

Les décisions vous sont notifiées et elles s'imposent à vous si vous ne les contestez pas en apportant des éléments contradictoires.

En cas de désaccord, une procédure de conciliation sera engagée par l'intermédiaire de votre médecin traitant, dans les conditions définies au chapitre IV (cf. « Litiges médicaux »).

Vous ne pouvez pas vous soustraire au contrôle du médecin conseil ou contrôleur de l'organisme assureur ; votre droit à prestation sera suspendu tant que le contrôle n'aura pu avoir lieu (sauf cas de force majeure dont vous devrez apporter la preuve).

ANNEXE I

PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR POUR TOUTE DEMANDE DE PRESTATIONS

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

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



ANNEXE II

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

En cas de suspension de votre contrat de travail non indemnisé, vous pouvez demander à bénéficier, à compter du 2^e mois de suspension de votre contrat de travail non rémunéré, du maintien des garanties décès/IAD, rente éducation, rente de conjoint substitutive et rente handicap pendant toute la durée de la suspension de votre contrat de travail, dans les conditions définies ci-après.

La preuve de la remise de l'information sur ce maintien facultatif incombe à votre employeur.

CONDITION DE MISE EN OEUVRE

Votre demande doit être formulée par écrit et adressée à votre organisme assureur par l'intermédiaire de votre employeur au plus tard la veille de la date d'effet de la suspension de votre contrat de travail.

Au-delà de ce délai, vous ne pourrez plus prétendre au bénéfice de ce maintien.

DURÉE ET MODALITÉS DU MAINTIEN DES GARANTIES

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

Le maintien des garanties décès cesse :

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

PRESTATIONS

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

Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations est le salaire tel que défini à la notice d'information (cf. « Quelle est l'assiette des prestations ? » du chapitre III), et qui précède la date du début de suspension de votre contrat de travail.

COTISATIONS

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

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

Le montant total des cotisations individuelles doit être réglé à votre employeur pour la période correspondant à la durée totale de suspension de votre contrat de travail.

Votre employeur reverse ensuite le montant intégral des cotisations aux organismes assureurs.

A défaut de paiement des cotisations, vous êtes radié et ne pouvez plus bénéficier du maintien des garanties.



ANNEXE III

ATTESTATION DE RÉCEPTION DE LA NOTICE D'INFORMATION

ATTESTATION DE RÉCEPTION À DÉCOUPER ET À REMETTRE À VOTRE EMPLOYEUR

Je soussigné,

reconnais avoir reçu la notice d'information « Edition 2016 » du régime de prévoyance de la convention collective nationale de travail du 15 mars 1966 au bénéfice de l'ensemble des salariés :

- Cadres, c'est-à-dire le personnel relevant des articles 4 et 4 bis de la CCN de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947,
- Non cadres, c'est à dire le personnel ne relevant pas des articles 4 et 4 bis de la CCN de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947.

À Le

Signature:



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

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

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

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

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

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