



AG2R LA MONDIALE

CONTRAT D'ASSURANCE NATIONAL

**Régime de prévoyance des personnels
enseignants et de documentation rémunérés par l'Etat
(Convention du 28 juin 2012)**

Contrat conclu entre :

- **d'une part**, l'organisme assureur; AG2R Prévoyance, membre du Groupe AG2R LA MONDIALE – Institution de prévoyance régie par le code de la Sécurité sociale – Membre du GIE AG2R, dont le Siège Social est situé 35, boulevard B rune 75014 PARIS
- **d'autre part**, les organisations signataires de la Convention relative au régime de prévoyance des personnels enseignants et de documentation rémunérés par l'Etat du 28 juin 2012

Collège adhérents	Collège participants
EPLC	FEP CFDT
FFNEAP	FNEC FP-FO
FNOGEC	Snec-CFTC
SGEC	SNEIP-CGT
SNCEEL	SPELC
SYNADEC	SYNEP CFE-CGC
Synadic	
UNEAP	
UNETP	

SOMMAIRE

TITRE I - DISPOSITIONS GENERALES	4
Article I.1 – OBJET DU CONTRAT	4
Article I.2 – ADHESION DE L'ETABLISSEMENT AU PRESENT CONTRAT	5
Article I.3 – DUREE, REVISION ET RESILIATION	5
Article I.4 – PRISE EN CHARGE DES SINISTRES EN COURS	6
Article I.5 – REDRESSEMENT – SAUVEGARDE - LIQUIDATION JUDICIAIRE	7
Article I.6 – CESSATION DES GARANTIES	7
Article I.7 – MAINTIEN DES GARANTIES	8
Article I.8 – COTISATIONS	10
Article I.9 – ASSIETTE DES COTISATIONS	10
Article I.10 – PAIEMENT DES COTISATIONS	10
Article I.11 – NON PAIEMENT DES COTISATIONS	10
Article I.12 – BORDEREAU NOMINATIF ANNUEL - FORMALITES	11
Article I.13 – PRESTATIONS	11
Article I.14 – PRESCRIPTION	11
Article I.15 – ASSIETTE DES PRESTATIONS INCAPACITE DE TRAVAIL - INVALIDITE ET DECES	11
Article I.16 – EXCLUSIONS - RISQUES NON GARANTIS	12
Article I.17 – NOTICE D'INFORMATION	13
Article I.18 – FONDS SOCIAL	13
Article I.19 – ÉLECTION DE DOMICILE	13
Article I.20 – LEGISLATION RELATIVE AU TRAITEMENT DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL	13
Article I.21 – RECOURS CONTRE TIERS RESPONSABLE	13
Article I.22 – CONTRÔLE DE L'ORGANISME ASSUREUR	14
Article I.23 – FAUSSE DECLARATION	14
Article I.24 – MEDIATION	14
TITRE II – GARANTIES DES PARTICIPANTS RELEVANT DU REGIME SPECIAL DES FONCTIONNAIRES	15
CHAPITRE I - GARANTIE DECES – INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE (IAD)	15
Article II.1 – OBJET DE LA GARANTIE	15
Article II.2 – MONTANT DE LA GARANTIE	15
Article II.3 – BENEFICIAIRES	16
Article II.4 – DEFINITIONS	17
Article II.5 – DUREE ET PAIEMENT DE LA RENTE ÉDUCATION	18
Article II.6 – REVALORISATION DES RENTES ÉDUCATION	18
Article II.7 – PIECES A FOURNIR EN CAS DE SINISTRE	19
CHAPITRE II – GARANTIE INCAPACITE DE TRAVAIL – INVALIDITE PERMANENTE	20
Article II.8 – ADMISSION AU TITRE DE LA GARANTIE	20
SECTION I INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL	20
Article II.9 – OBJET DE LA GARANTIE	20
Article II.10 – INDEMNITES JOURNALIERES COMPLEMENTAIRES	20
Article II.11 – PAIEMENT ET DUREE DES INDEMNITES JOURNALIERES COMPLEMENTAIRES	22
SECTION II INVALIDITE	22
Article II.12 – OBJET DE LA GARANTIE	22
Article II.13 – PAIEMENT ET DUREE DES RENTES D'INVALIDITE	23
Article II.14 – DISPOSITIONS APPLICABLES EN CAS D'ACCIDENT DE SERVICE OU DE MALADIE IMPUTABLE AU SERVICE	23
SECTION III DISPOSITIONS COMMUNES	24
Article II.15 – DECLARATION DES ARRETS DE TRAVAIL	24
Article II.16 – REVALORISATION DES PRESTATIONS	24
TITRE III – GARANTIES DES ENSEIGNANTS RELEVANT DU RÉGIME GÉNÉRAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE OU DE LA MUTUALITÉ SOCIALE AGRICOLE	25
CHAPITRE I - GARANTIE DECES – INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE (IAD)	25
Article III.1 – OBJET DE LA GARANTIE	25
Article III.2 – MONTANT DE LA GARANTIE	25
Article III.3 – BENEFICIAIRES	26
Article III.4 – DEFINITIONS	27
Article III.5 – DUREE ET PAIEMENT DE LA RENTE ÉDUCATION	28
Article III.6 – REVALORISATION DES RENTES ÉDUCATION	28

Article III.7 -- PIECES A FOURNIR EN CAS DE SINISTRE	29
CHAPITRE II - GARANTIE INCAPACITE DE TRAVAIL – INVALIDITE PERMANENTE	30
Article III.8 – ADMISSION AU TITRE DE LA GARANTIE	30
Article III.9 – CONDITION DE TRAVAIL, EFFECTIF ET D'ANCIENNETE	30
SECTION I INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL	30
Article III.10 – OBJET DE LA GARANTIE	30
Article III.11 – INDEMNITES JOURNALIERES COMPLEMENTAIRES	31
Article III.12 – PAIEMENT ET DUREE DES INDEMNITES JOURNALIERES COMPLEMENTAIRES	32
SECTION II INVALIDITE PERMANENTE	33
Article III.13 – INVALIDITE PERMANENTE	33
Article III.14 – PAIEMENT ET DUREE DES RENTES D'INVALIDITE	34
Article III.15 – DISPOSITIONS APPLICABLES EN CAS D'ACCIDENT DE TRAVAIL OU DE MALADIE PROFESSIONNELLE	34
SECTION III DISPOSITIONS COMMUNES	34
Article III.16 – DECLARATION DES ARRETS DE TRAVAIL	34
Article III.17 – REVALORISATION DES PRESTATIONS	35

TITRE I - DISPOSITIONS GENERALES

Article I.1 – OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat d'assurance national a pour objet la mise en œuvre de garanties de prévoyance au profit des personnels enseignants et de documentation rémunérés par l'Etat des établissements d'enseignement privé entrant dans le champ d'application de la Convention relative au régime de prévoyance des personnels enseignants et de documentation rémunérés par l'Etat du 28 juin 2012, sous contrat à la date d'effet de l'adhésion ainsi que ceux recrutés ultérieurement.

Ce contrat prend place dans le cadre d'un dispositif global composé :

- de la Convention relative au régime de prévoyance des personnels enseignants et de documentation rémunérés par l'Etat du 28 juin 2012, ci-après désignée la « convention » ;
- du présent contrat d'assurance national, souscrit auprès de chacun des organismes assureurs désignés en annexe de la convention ;
- du bulletin d'adhésion signé par l'adhérent et l'organisme assureur ;
- d'un système, mis en place avec l'accord et sous le contrôle des signataires de la convention, de réassurance, de rétrocession de réassurance et de protocoles de gestion techniques et administratives, organisant la mutualisation professionnelle de la couverture et la gestion du régime entre l'ensemble des organismes désignés en annexe de la convention.

Les organismes assureurs désignés se sont engagés à proposer l'adhésion à ce contrat à l'ensemble des établissements entrant dans le champ d'application de la convention sur la base d'un modèle unique, à l'exception des nécessaires adaptations résultant des différences entre les codes de la mutualité et de la sécurité sociale. Il en ira de même des procédures d'adhésion et des différents documents contractuels.

Les établissements relevant de la convention relative au régime de prévoyance des personnels enseignants et de documentation rémunérés par l'Etat du 28 juin 2012 doivent obligatoirement adhérer à effet du 1^{er} janvier 2012 au présent contrat.

Il fait suite et se substitue à celui précédemment souscrit par l'établissement pour l'application de la convention auprès du même assureur. La signature du bulletin d'adhésion au présent contrat par chaque établissement vaut, d'un commun accord des parties, résiliation du contrat précédent.

Le maintien des garanties aux participants en incapacité ou en invalidité dont le contrat n'est pas rompu et des prestations dues au titre du contrat précédent sera organisé dans le cadre du présent contrat comme il est dit à l'article I.4 dudit contrat.

Le présent contrat ne pourra être modifié sans l'accord préalable de la Commission Nationale de Suivi de Prévoyance (CNSP).

Pour l'application du présent contrat :

- le mot « organisme assureur » désigne la mutuelle ou l'institution de prévoyance garantissant les prestations ;
- le mot « adhérent » désigne l'établissement, personne morale, adhérente au présent contrat ;
- le mot « souscripteur » désigne les signataires de la convention et du présent contrat,
- le mot « participant » désigne les assurés (personnels enseignants et de documentation rémunérés par l'Etat) ;
- le mot « bénéficiaire » désigne la personne qui perçoit les prestations détaillées dans le présent contrat.

En application des dispositions de l'article 32 de la loi n°2006-11 du 5 janvier 2006, les cotisations acquittées au régime de prévoyance complémentaire mentionné au présent article sont soumises aux régimes fiscal et social prévus par l'article 83 du code général des impôts et par l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale.

Le contrat est régi par la loi française. Tout document en découlant est établi en langue française.

Article 1.2 – ADHESION DE L'ETABLISSEMENT AU PRESENT CONTRAT

Pour adhérer au présent contrat, l'adhérent remplit et signe un bulletin d'adhésion établi selon un modèle national.

L'engagement réciproque de l'adhérent et de l'organisme assureur résulte de la signature du bulletin d'adhésion par les deux parties.

L'organisme assureur met à disposition de l'adhérent ses statuts afin notamment de l'informer des modalités de la participation de l'adhérent et des participants à la gouvernance de l'organisme assureur. Si l'organisme assureur est mutualiste, il transmet ses statuts à l'adhérent pour diffusion auprès des participants.

Les éventuelles modifications apportées au contrat dans les conditions de l'article 1.3.2 ou sa résiliation seront portées à la connaissance de l'adhérent par l'organisme assureur.

Article 1.3 – DUREE, REVISION ET RESILIATION

Article 1.3-1 DUREE

Ce contrat est conclu pour une durée déterminée d'un an à compter du 1^{er} janvier 2012 et se termine le 31 décembre de la même année. Il se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année civile.

Article 1.3-2 REVISION

Les parties au présent contrat ont la faculté de le réviser d'un commun accord.

L'interprétation de la convention du 28 juin 2012 est de la compétence de la Commission Nationale de Suivi de Prévoyance (CNSP). Elle pourra donner lieu à la rédaction d'avenants au présent contrat.

Si une décision législative ou réglementaire ou statutaire ou bien une modification de la convention venait à modifier les conditions préexistantes de l'assurance ou la portée des engagements de l'organisme assureur, les parties réviseront, à la date d'effet des modifications en cause, le présent contrat.

Article 1.3-3 RESILIATION DU CONTRAT D'ASSURANCE NATIONAL

La dénonciation de la convention implique la résiliation du présent contrat d'assurance à la même date d'effet. Les organisations signataires de la Convention du 28 juin 2012 informeront dans les meilleurs délais les organismes assureurs de cette dénonciation. .

Les parties au présent contrat peuvent le résilier. La résiliation est notifiée aux autres parties par lettre recommandée avec avis de réception au moins deux mois avant l'échéance annuelle du contrat, soit le 31 octobre de l'année en cours.

L'organisme assureur adressera la lettre recommandée avec avis de réception au Président de la Commission Nationale de Suivi de Prévoyance (CNSP) qui en communiquera la teneur aux autres parties signataires de la convention.

Les souscripteurs notifieront la résiliation du contrat par lettre recommandée avec avis de réception auprès de l'organisme assureur via un mandat donné aux membres composant le bureau de la Commission Nationale de Suivi de Prévoyance (CNSP).

Chaque organisation signataire représentant des adhérents peut résilier le présent contrat pour ce qui concerne l'adhésion de ses ressortissants.

Dans cette hypothèse, les établissements ressortissants de cette organisation, devront adhérer au contrat de l'un des assureurs restant désignés par cette organisation.

L'organisation signataire de la convention représentant les adhérents ayant résilié un contrat devra se rapprocher d'un ou plusieurs autres organismes assureurs désignés pour que ces derniers prennent en charge la poursuite des garanties desdits ressortissants conformément aux dispositions du présent contrat et de la Convention. Elle en informe parallèlement les adhérents.

La résiliation entraîne à sa date d'effet la cessation des garanties, sous réserve des dispositions concernant le maintien des garanties des participants en incapacité ou en invalidité à la date de résiliation. En tout état de cause, l'adhésion cesse à la date d'effet de la dénonciation de la convention fondant le présent contrat ou à la date d'effet à laquelle l'organisme assureur n'est plus désigné.

En cas de résiliation ou de dénonciation du présent contrat, les rentes et prestations périodiques en cours sont maintenues jusqu'à leur échéance normale au niveau atteint à la date de résiliation et sans revalorisation ultérieure.

Les signataires de la convention pourront demander le transfert des provisions mathématiques des rentes et prestations périodiques en cours de service et dont le fait générateur s'est produit pendant l'application du présent contrat auprès de l'un ou de plusieurs organismes assureurs désignés, sur la base des prestations au niveau atteint à la date de résiliation et des paramètres techniques réglementaires en vigueur à cette date.

Article I.3-4 RESILIATION DE L'ADHESION

L'adhérent peut dénoncer son adhésion auprès de l'organisme assureur par lettre recommandée avec accusé de réception, au moins deux mois avant l'échéance de l'adhésion, soit le 31 octobre de l'année en cours, sous réserve d'adhérer à l'un des autres organismes assureurs désignés.

L'adhésion est suspendue lorsqu'il n'y a plus de participant entrant dans le champ d'application du présent contrat. La suspension entraîne à sa date d'effet la suspension des garanties, sauf maintien des prestations dans les conditions de l'article I.4 « prise en charge des risques en cours ».

L'adhésion au présent contrat est remise en vigueur dans les mêmes conditions que celles de l'article I.2 du présent contrat, dès lors qu'un participant cotise au régime.

Article I.4 – PRISE EN CHARGE DES SINISTRES EN COURS

Sont considérés comme sinistres en cours, les sinistres concernant les personnes se trouvant dans l'une des situations suivantes à la prise d'effet du contrat :

- les participants et anciens participants se trouvant en incapacité temporaire de travail, en temps partiel thérapeutique, en invalidité ou incapacité permanente et étant indemnisés à ce titre au 31 décembre 2011 ;
- les bénéficiaires de rentes éducation percevant une prestation au 31 décembre 2011.

Les parties conviennent d'organiser, en application de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (dite loi EVIN), de la loi n° 94-678 du 8 août 1994 relative à la protection complémentaire, de la loi n° 2001-624 du 17 juillet 2001 et de la loi n°2010-1330 du 9 novembre 2010, la prise en charge des sinistres en cours par les Organismes Assureurs désignés, dans les conditions suivantes :

Pour le personnel en arrêt de travail précédemment garanti par un contrat de prévoyance au titre de l'accord du 16 septembre 2005 auprès d'un des Organismes Assureurs désignés:

- les Organismes Assureurs désignés garantissent le maintien des garanties Incapacité-invalidité et décès aux assurés en arrêt de travail dont les droits à prestations sont nés antérieurement au 31 décembre 2011, et ce, pendant toute la durée de leur indemnisation ainsi que les revalorisations annuelles futures de l'assiette de calcul des prestations en cas de décès,
- les Organismes Assureurs désignés garantissent aussi le maintien et la revalorisation annuelle des prestations périodiques en cours de service au 31 décembre 2011,
- les Organismes Assureurs désignés prennent en charge également le différentiel éventuel des garanties décès pour les participants définis ci-dessus dont le contrat n'est pas rompu au 1^{er} janvier 2012.

Pour le personnel en arrêt de travail précédemment garanti par un contrat de prévoyance auprès d'un Organisme Assureur non désigné :

- les Organismes Assureurs désignés garantissent la revalorisation annuelle future des prestations périodiques en cours de service à la date d'adhésion au présent contrat,
- les Organismes Assureurs désignés prennent en charge également le différentiel éventuel des garanties incapacité-invalidité et décès pour les participants définis ci-dessus dont le contrat n'est pas rompu à la date d'adhésion au présent contrat.

Pour le personnel en arrêt de travail non précédemment garanti par un contrat de prévoyance antérieur :

- les Organismes Assureurs désignés garantissent la prise en charge et la revalorisation annuelle des prestations périodiques des personnes qui sont en arrêt de travail à la date d'adhésion au présent contrat.

Article I.5 – REDRESSEMENT – SAUVEGARDE - LIQUIDATION JUDICIAIRE

La garantie subsiste en cas de redressement, sauvegarde ou de liquidation judiciaire de l'adhérent. L'Organisme assureur ne peut pas suspendre les garanties ou résilier l'adhésion pour non paiement des cotisations, y compris en cas de procédure judiciaire. L'administrateur ou le débiteur autorisé par le Juge-Commissaire ou le liquidateur, selon le cas, et l'organisme assureur conservent le droit de résilier l'adhésion pendant un délai de trois mois à compter de la date du jugement de redressement, de sauvegarde ou de liquidation judiciaire. Le liquidateur s'engage à payer les cotisations relatives au maintien des garanties prévu pendant cette période de trois mois, la portion de cotisation afférente au temps pendant lequel l'organisme assureur ne couvre plus le risque étant restituée au débiteur.

Article 1.6 – CESSATION DES GARANTIES

Les participants cessent d'être garantis lors de la survenance de l'un des événements suivants :

- résiliation du présent contrat national d'assurance ou de l'adhésion ;
- rupture du contrat du participant, **sauf** :
 - chômage indemnisé par l'Etat ou tout organisme substitué ;
 - maintien du demi-traitement ou d'une indemnisation;
- sortie du participant du champ d'application du présent contrat ;
- liquidation de la retraite des fonctionnaires ou de la Sécurité sociale, sauf cumul emploi-retraite dans les établissements visés dans la Convention.

Article 1.7 – MAINTIEN DES GARANTIES

Après les périodes de gratuité définies aux articles 1.7-1 et 1.7-2, la contribution volontaire à la charge du participant est égale à 0,30% du traitement de référence visé à l'article 1.9 à la date du congé.

Cette contribution volontaire peut évoluer en fonction du taux d'appel déterminé annuellement en application des dispositions de la convention du 28 juin 2012.

Article 1.7-1 – Maintien des garanties pour les participants relevant du régime spécial des fonctionnaires (RSF)

Les participants bénéficiant d'un congé parental ou d'un congé non rémunéré peuvent demander le maintien des garanties prévues au présent contrat.

Congé parental

Le participant en congé parental pour élever un enfant de moins de trois ans bénéficie du maintien de la garantie «décès et invalidité absolue et définitive (IAD)» sur la base du traitement de référence à la date du congé, sans paiement d'une quelconque cotisation, pendant une durée maximum de deux mois de date à date à compter du jour de départ en congé.

À l'issue de cette période de deux mois, le participant peut contribuer volontairement à la garantie « décès et invalidité absolue et définitive (IAD)» pour la durée du congé parental sur la base du traitement de référence à la date du congé.

La demande écrite de maintien de cette garantie au-delà des deux mois de gratuité doit parvenir à l'organisme assureur avant l'expiration du deuxième mois de gratuité.

La cotisation afférente à la garantie précitée est réglée intégralement et directement par le participant auprès de l'organisme assureur.

Disponibilité et congés non rémunérés (sauf d'office pour raisons de santé)

Les participants qui bénéficient à leur demande d'une disponibilité de droit (sauf disponibilité pour mandat d'élu local) ou d'un congé sans traitement ont droit au maintien des garanties « décès et invalidité absolue et définitive (IAD)» du présent contrat, sans paiement d'une quelconque cotisation, pendant une durée maximum de deux mois de date à date à compter de leur date de départ en disponibilité ou congé non rémunéré.

À l'issue de cette période de deux mois, le participant peut contribuer volontairement à la garantie «décès et invalidité absolue et définitive (IAD)» du présent contrat, dans la limite d'un an à compter de la date de départ en congé ou de disponibilité.

La demande écrite de maintien de cette garantie au-delà des deux mois de gratuité doit parvenir à l'organisme assureur avant l'expiration du deuxième mois de gratuité.

La cotisation afférente à la garantie précitée est réglée intégralement et directement par le participant auprès de l'organisme assureur.

Les enseignants qui bénéficient, à leur demande, d'une disponibilité pour exercer un mandat d'élu local, pour études ou recherches, convenance personnelle ou création d'entreprise peuvent bénéficier du maintien de la garantie « décès et invalidité absolue et définitive (IAD) » du présent contrat.

En contrepartie, le participant verse dès le premier jour du congé ou de la disponibilité une cotisation volontaire.

Cette garantie est limitée à un an à compter de la date de départ en congé ou en disponibilité.

Congé pour accompagnement d'une personne en fin de vie et congé de présence parentale

Les participants qui bénéficient à leur demande d'un congé pour accompagner une personne en fin de vie ou d'un congé de présence parentale bénéficient du maintien de la garantie « décès et invalidité absolue et définitive (IAD) » du présent contrat sans paiement d'une quelconque cotisation, pendant toute la durée du congé.

Perte d'emploi

Pendant une période de 12 mois à compter de la fin du contrat ou de l'agrément, les garanties « décès et invalidité absolue et définitive (IAD) » par le présent contrat restent acquises à tout participant en chômage indemnisé par l'Etat ou par tout organisme substitué sans paiement d'une quelconque cotisation.

Article 1.7-2 – Maintien des garanties pour les participants relevant du Régime Général de la Sécurité sociale (RGSS) ou de la Mutualité Sociale Agricole (MSA)

Congé parental

Le participant en congé parental pour élever un enfant de moins de trois ans bénéficie du maintien de la garantie « décès et invalidité absolue et définitive (IAD) » sur la base du traitement brut antérieur, sans paiement d'une quelconque cotisation, pendant une durée maximum de deux mois de date à date à compter du jour de départ en congé.

À l'issue de cette période de deux mois, le participant peut cotiser volontairement aux garanties « décès et invalidité absolue et définitive (IAD) » précitées pour la durée du congé parental sur la base du traitement annuel brut correspondant aux douze derniers mois d'activité.

La demande de maintien de ces garanties au-delà des deux mois de gratuité doit être faite par écrit à l'organisme assureur avant l'expiration du deuxième mois de gratuité.

La cotisation afférente aux garanties précitées est réglée intégralement et directement par le participant auprès de l'organisme assureur.

Congés non rémunérés pour raisons de famille ou convenances personnelles

Les participants qui bénéficient, à leur demande, d'un congé pour élever un enfant de moins de huit ans ou pour donner des soins à un enfant à charge, au conjoint et assimilé tel que défini aux articles II.4 et III.4, à un ascendant à la suite d'un accident ou d'une maladie grave ou atteint d'un handicap nécessitant la présence d'une tierce personne ou d'un congé pour suivre son conjoint et assimilé tel que défini aux articles II.4 et III.4 ont droit au maintien des garanties « décès et invalidité absolue et définitive (IAD) » du présent contrat, sans paiement d'une quelconque cotisation, pendant une durée maximum de deux mois de date à date à compter de leur date de départ en congé.

A l'issue de cette période de deux mois, le participant peut contribuer volontairement aux garanties «décès et invalidité absolue et définitive (IAD)» du présent contrat, dans la limite d'un an à compter de la date de départ en congé. La demande doit en être faite par écrit à l'organisme assureur avant l'expiration du deuxième mois de gratuité.

La cotisation afférente aux garanties précitées est réglée intégralement et directement par le participant auprès de l'organisme assureur.

Cas particuliers :

- les participants qui bénéficient à leur demande d'un congé pour convenances personnelles ou d'un congé pour la création d'une entreprise ou d'une absence pour obligation légale (membre du gouvernement, mandat parlementaire) peuvent bénéficier du maintien des garanties « décès et invalidité absolue et définitive (IAD) » du présent contrat. En contrepartie, Le participant règle intégralement et directement dès le premier jour du congé la cotisation.
- **cette garantie est limitée à un an à compter de la date de départ en congé.**
- les enseignants qui bénéficient à leur demande d'un congé d'accompagnement d'une personne en fin de vie ou d'un congé de présence parentale ou pour raisons de famille (sous nécessité de service, limité à 15 jours par an) ou d'un congé pour se rendre dans les Départements d'Outre Mer (DOM), les Territoires d'Outre Mer (TOM), les Collectivités d'Outre Mer (COM) ou à l'étranger en vue d'une adoption bénéficient du maintien des garanties « décès et invalidité absolue et définitive (IAD) » du présent contrat sans paiement d'une quelconque cotisation, pendant toute la durée du congé.
- lorsque la fin de leur délégation rectorale intervient lors d'un congé maternité ou d'adoption, les délégués auxiliaires bénéficient d'indemnités journalières complémentaires jusqu'au terme de leur congé de maternité ou d'adoption. Ils bénéficient pendant cette même période de la garantie « décès et invalidité absolue et définitive (IAD) ».

Perte d'emploi

Pendant une période de 12 mois à compter de la fin de l'engagement par l'État, la garantie « décès et invalidité absolue et définitive (IAD)» reste acquise à tout participant en chômage indemnisé par l'État ou par tout organisme substitué sans paiement d'une quelconque cotisation.

Article 1.8 – COTISATIONS

Les taux et la répartition de la cotisation sont fixés dans la convention. Ils sont rappelés dans le bulletin d'adhésion.

Article 1.9 – ASSIETTE DES COTISATIONS

L'assiette des cotisations est le traitement servi par l'Etat : traitement indiciaire brut + indemnités + supplément familial + parts fixe et modulable de l'indemnité de suivi et d'orientation des élèves (ISOE) sous réserve des dispositions spécifiques prévues dans le présent contrat.

Article 1.10 – PAIEMENT DES COTISATIONS

Les contributions de l'adhérent sont payables trimestriellement à terme échu, sur la base des appels de cotisation émanant de l'organisme assureur .

L'adhérent est seul responsable du paiement de ses contributions y compris en cas de résiliation du présent contrat. A ce titre, il procède lui-même à leur calcul et à leur versement.

Aucune cotisation de prévoyance n'est due à l'organisme assureur sur les prestations du régime, liquidées et versées par ses soins pendant toute la période de versement desdites prestations aux participants.

Article I.11 – NON PAIEMENT DES COTISATIONS

A défaut de paiement des cotisations dans les 10 jours suivant leur échéance, l'adhérent défaillant est mis en demeure par lettre recommandée d'effectuer son règlement.

Celui-ci est toujours redevable de la cotisation auprès de l'organisme assureur ayant recueilli son adhésion.

Cette cotisation sera majorée d'une pénalité de 2% par mois ou par fraction de mois de retard. Les frais de recouvrement sont mis à la charge de l'adhérent.

Lors de la présentation des comptes, l'organisme assureur informera la Commission Nationale de Suivi de Prévoyance (CNSP) des incidents de paiement.

Les participants restent affiliés au régime et continuent à bénéficier des garanties, lesquelles sont financées dans le cadre de la mutualisation.

Article I.12 – BORDEREAU NOMINATIF ANNUEL - FORMALITÉS

Il peut être demandé chaque année les renseignements concernant les nouveaux participants et les participants radiés, notamment les dates d'entrée et de sortie.

L'adhérent informera l'organisme assureur de toute transformation intervenant dans sa situation juridique ou économique dans les meilleurs délais.

Article I.13 – PRESTATIONS

Le montant et les modalités de service des prestations sont définis aux Titres II et III - GARANTIES.

Article I.14 – PRESCRIPTION

Toute action dérivant du présent contrat ou de l'adhésion se prescrit par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

Lorsque l'action de l'adhérent ou du participant contre l'organisme assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'adhérent ou le participant ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée :

- à cinq ans en ce qui concerne le risque incapacité de travail si l'organisme assureur est une institution de prévoyance ;
- à 10 ans concernant le risque décès

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription définies aux articles 2240 et suivants du code civil. Celle-ci peut en outre résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception.

Article I.15 – ASSIETTE DES PRESTATIONS INCAPACITE DE TRAVAIL – INVALIDITE ET DECES

L'assiette de calcul des prestations est égale au traitement de référence au jour du fait générateur.

Le fait générateur est :

- pour les garanties incapacité et invalidité : le 1^{er} jour d'arrêt de travail ;
- pour la garantie « décès et IAD » : le jour du décès ou de la reconnaissance de l'IAD.

Le traitement de référence est égal à la somme du traitement indiciaire brut + des indemnités + du supplément familial + des parts fixe et modulable ISOE.

Il est calculé sur la base d'un temps plein pour tous les enseignants à temps plein ou partiel.

Pour les participants en temps partiel pour retraite progressive (Régime général de la Sécurité Sociale et Mutualité Sociale Agricole) le traitement de référence est proratisé selon le temps de travail.

Pour les participants à temps incomplet, le traitement de référence est proratisé selon le temps de travail. Lorsqu'un enseignant exerce à temps incomplet et effectue des heures supplémentaires, ces dernières seront intégrées dans le traitement de référence dans la limite du traitement indiciaire correspondant à un temps complet.

Par exception à l'alinéa précédent, il n'y a pas de proratisation pour les participants à temps incomplet qui étaient à temps complet ou partiel l'année scolaire précédant l'arrêt maladie sauf s'ils exercent un autre emploi en complément.

Cette assiette est revalorisée, dans la limite des ressources du fonds de révalorisation, en fonction de la valeur du point :

- de la Fonction Publique entre la date d'arrêt de travail et la date de la nouvelle situation (passage en invalidité, décès - Invalidité de 3^{ème} catégorie, passage en demi-traitement durant le congé longue maladie ou congé longue durée) si cette dernière est antérieure au 1er janvier 2012 ;
- ARRCO entre la date d'arrêt de travail et la date de la nouvelle situation, si cette dernière est postérieure au 31 décembre 2011.

Cette assiette est réévaluée en fonction :

- de l'avancement dans l'échelle de rémunération du participant, ou celle qui lui est substituée en cas de disparition de celle-ci ;
- ou à défaut, de l'ancienneté.

Pour les prestations versées au 1^{er} janvier 2012 :

- en cas de changement de catégories ou d'échelon, l'assiette de prestations est réévaluée sur la base de la nouvelle rémunération (avec déduction du demi-traitement éventuel correspondant) ;
- en cas de prime ponctuelle, d'indemnité, de rappel de salaire, son montant ne viendra pas en déduction des indemnités d'assurance versées.

Lors de la demande de prestations, l'adhérent atteste que le participant appartenait bien à la catégorie de personnel garantie à la date de l'événement ouvrant droit aux prestations, et déclare ses éléments de salaires bruts et nets perçus formant le traitement de base.

L'organisme assureur peut demander les justifications nécessaires et se réserve le droit de vérifier l'exactitude des déclarations de salaires sur pièces.

Article I.16 – EXCLUSIONS - RISQUES NON GARANTIS

Les garanties décès s'appliquent sans restriction territoriale, quelle qu'en soit la cause.

Toutefois, en cas de guerre ou de transmutation de l'atome, 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 ou en cas de transmutation de l'atome.

Enfin, en cas de meurtre du participant par un bénéficiaire celui-ci est déchu de ses droits.

Article I.17 – NOTICE D'INFORMATION

L'organisme assureur remet à l'adhérent une notice d'information relative à son adhésion laquelle définit les garanties souscrites ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque. La notice précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garantie ainsi que les délais de prescription.

L'adhérent est tenu de remettre cette notice à chaque participant. L'organisme assureur remet à l'adhérent le nombre d'exemplaires correspondant au nombre de participants.

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des participants, l'adhérent est également tenu d'informer chaque participant concerné en lui remettant une notice ou l'addenda modificatif de ladite notice établie à cet effet par l'organisme assureur.

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

Chaque organisme assureur indiquera les modalités de ses actions sociales ou de ses aides accessibles aux participants en annexe de cette notice.

Article I.18 – FONDS SOCIAL

Les participants auront accès au fonds social constitué par le régime, prévu dans la Convention du 28 Juin 2012 et le règlement intérieur de la CNSP ou tout document le détaillant.

Article I.19 – ÉLECTION DE DOMICILE

Pour la souscription et l'exécution des adhésions établies en vue de l'application de la Convention, les adhérents doivent faire obligatoirement élection de domicile en France ou dans un pays membre de l'Union Européenne.

Si l'adhérent a son siège social en dehors du territoire Français, il doit désigner dans ce territoire un correspondant qui se porte garant de l'exécution du contrat notamment en ce qui concerne le paiement des cotisations.

Article I.20 – LEGISLATION RELATIVE AU TRAITEMENT DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

L'adhérent s'engage à communiquer à l'organisme assureur les informations concernant les participants dans le strict respect de la législation relative au traitement des données à caractère personnel en vigueur. Ces informations pourront être communiquées au réassureur, aux organismes professionnels habilités, ainsi qu'à tous ceux intervenant dans la gestion et l'exécution de l'adhésion.

En retour, les participants ont un libre accès aux informations les concernant, conformément à la législation précitée en vigueur. Pour les consulter, s'y opposer, ou demander leur rectification, il leur suffit de prendre contact avec l'organisme assureur.

Article I.21 – RECOURS CONTRE TIERS RESPONSABLE

En cas d'accident, l'organisme assureur est subrogé de plein droit dans les actions à entreprendre contre le tiers responsable dans la limite des prestations à caractère indemnitaire qu'il a versées à un participant ou à un ayant droit.

Article I.22 – CONTRÔLE DE L'ORGANISME ASSUREUR

L'organisme assureur est soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel (A.C.P.) située au 61 rue Taitbout - 75009 PARIS.

Article I.23 – FAUSSE DECLARATION

Les déclarations faites tant par l'adhérent et le cas échéant par une personne habilitée que par le participant servent de base à la garantie. A ce titre, elles constituent un élément essentiel de l'adhésion, aussi, l'organisme assureur se réserve la possibilité de vérifier les données communiquées.

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de l'adhérent, l'organisme assureur pourra demander l'annulation de l'adhésion. En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle du participant, la garantie accordée à celui-ci est nulle.

Dans ces deux cas, les cotisations payées demeurent acquises à l'organisme assureur.

Article I.24 – MEDIATION

Toutes les réclamations d'un participant et d'un adhérent relatives à l'exécution du contrat devront être envoyées à l'organisme assureur.

Si un désaccord persistait après la réponse donnée par l'organisme assureur et après épuisement des procédures internes de réclamations, les adhérents, les participants, bénéficiaires et ayants droit pourront s'adresser au médiateur du CTIP pour les organismes relevant du Code de la Sécurité Sociale et au médiateur de la FNMF pour les organismes relevant du Code de la Mutualité, sans préjudice d'une action devant le tribunal compétent

Médiateur du CTIP 10 rue Cambacérès – 75008 PARIS Tél : 01 42 66 68 49 www.ctip.asso.fr	Médiateur Fédéral de la Mutualité Française. Fnmf Service fédéral de médiation 255 rue Vaugirard 75719 PARIS CEDEX 15 mediation@mutualite.fr
--	--

TITRE II – GARANTIES DES PARTICIPANTS RELEVANT DU REGIME SPECIAL DES FONCTIONNAIRES

CHAPITRE I - GARANTIE DECES – INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE (IAD)

Article II.1 – OBJET DE LA GARANTIE

La garantie DECES a pour objet, si un participant décède ou est atteint, pendant la durée de l'assurance, d'une invalidité totale et définitive reconnue par la commission de réforme ouvrant droit à majoration pour tierce personne (qualifiée invalidité absolue et définitive (IAD) dans les présentes), sous réserve des exclusions visées à l'article I.16 du présent contrat, le versement, aux bénéficiaires :

- d'un capital de base en cas de décès du participant ;
- de majoration pour personne à charge en cas de décès du participant,
- du capital décès de base, versé par anticipation au participant, en cas d'invalidité absolue et définitive de ce dernier ;
- d'un second capital au profit de chaque enfant à charge en cas de décès postérieur ou simultané du conjoint et assimilé tel que défini à l'article II. 4.

En cas d'enfant à charge, la majoration pour personne à charge pourra, sur demande de chaque enfant ou de son représentant légal, être substituée par le service d'une rente éducation.

Le choix est alors effectué, au moment du décès du participant, par tout enfant bénéficiaire de la majoration pour enfant à charge. Lorsque celui-ci ne bénéficie pas de la capacité juridique, le choix est effectué par son représentant légal.

Article II.2 – MONTANT DE LA GARANTIE

• DECES DU PARTICIPANT

Le montant du capital décès de base garanti défini en pourcentage de l'assiette des prestations définie à l'article I.15 du présent contrat est égal à **300 % déduction faite du capital-décès versé, à ce titre par l'Etat, au conjoint et assimilé tel que défini à l'article II.4.**

Ce capital est majoré de **150 %** de l'assiette des prestations définie à l'article I.15 du présent contrat, par personne à charge.

En cas d'enfant à charge, la majoration pour personne à charge pourra, sur demande de chaque enfant ou de son représentant légal, être substituée par le service d'une rente éducation dont le montant est fixé en pourcentage de l'assiette des prestations définie à l'article I.15 du présent contrat, comme suit :

- | | |
|---|------|
| - de moins de 6 ans : | 6 % |
| - de 6 ans à moins de 16 ans : | 9 % |
| - de 16 ans jusqu'au 23 ^{ème} anniversaire : | 15 % |

Ces montants sont appliqués pour toutes les rentes versées à compter du 1^{er} janvier 2012 y compris celles en cours de service.

- **INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE (IAD)**

En cas d'invalidité absolue et définitive, le capital décès de base prévu ci-dessus est versé par anticipation au participant ou à son représentant légal.

En cas de décès ultérieur du participant, il n'est alors plus versé de capital décès de base. Seules les éventuelles majorations pour personnes à charge sont calculées et versées au moment du décès du participant en fonction de la situation de famille à cette date et dans les conditions définies à l'article II.4 du présent chapitre.

- **DECES POSTERIEUR OU SIMULTANE DU CONJOINT**

En cas de décès postérieur ou simultané du conjoint et assimilé défini à l'article II-4, chaque enfant bénéficiaire reçoit un second capital égal à la majoration pour enfant à charge versé au moment du décès du participant.

Le conjoint et assimilé ainsi que les enfants bénéficiaires sont ceux définis à l'article II.4 ci-après.

Article II.3 – BENEFICIAIRES

- **DECES DU PARTICIPANT**

Désignation type

En cas de décès d'un participant, et dans la mesure où il n'a fait aucune désignation particulière, le capital décès est versé par priorité :

- à son conjoint et assimilé survivant tel que défini à l'article II. 4 ;
- à défaut, par parts égales, à ses enfants (légitimes, reconnus ou adoptifs) vivants ou représentés, nés ou à naître ;
- à défaut, à ses parents, par parts égales, et en cas de décès de l'un d'eux, au survivant pour la totalité ;
- à défaut, à ses autres ascendants vivants, par parts égales ;
- à défaut à ses héritiers, selon la dévolution successorale.

En tout état de cause, la part de capital correspondant aux majorations pour personne à charge doit rester dévolue à ceux-ci pour la part qui leur revient.

Désignation particulière

Le participant peut désigner un ou plusieurs bénéficiaires de son choix.

Le participant doit informer l'organisme assureur de sa désignation particulière par écrit. Elle peut prendre la forme d'un acte sous seing privé ou d'un acte authentique.

Si plusieurs bénéficiaires sont désignés, en cas de prédécès de l'un d'entre eux, la part lui revenant sera versée à ses enfants vivants ou représentés par parts égales et à défaut à ses héritiers au sens de la dévolution successorale.

En tout état de cause, la désignation type des bénéficiaires s'applique dans les cas suivants :

- si tous les bénéficiaires désignés décèdent avant le participant.
- ou si le participant et tous les bénéficiaires désignés décèdent ensemble au cours d'un même événement sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès. Dans ce cas, le participant est présumé avoir survécu.

Lorsque l'organisme assureur est informé du décès, il avise le bénéficiaire, si ses coordonnées ont été portées à sa connaissance lors de la désignation.

- **DECES POSTERIEUR OU SIMULTANE DU CONJOINT**

Le second capital est versé à chaque enfant bénéficiaire tel que défini à l'article II.4 ci-après s'il jouit de la capacité juridique ou à son représentant légal, dans le cas contraire.

Article II.4 – DEFINITIONS

- **CONJOINT ET ASSIMILE**

Est considéré comme conjoint :

- le conjoint (époux ou épouse du participant non divorcé ni séparé judiciairement) ;
- le partenaire avec lequel le participant était lié par un pacte civil de solidarité au moment du décès ;
- la personne vivant en concubinage depuis au moins deux ans avec le participant, ou sans condition de durée de vie commune lorsqu'au moins un enfant est né de cette union et sous réserve que le concubin et le participant soient tous les deux libres de tout engagement, que le concubinage ait été établi de façon notoire et que les concubins partagent le même domicile.

- **PERSONNES A CHARGE**

Sont considérées comme personnes à charge :

- le conjoint (époux ou épouse du participant non divorcé ni séparé judiciairement) à charge reconnu comme tel par le code de la sécurité sociale.
- le partenaire avec lequel le participant était lié par un pacte civil de solidarité au moment du décès (dans les conditions prévues aux articles L. 515-1 et suivants du Code Civil) à charge reconnu comme tel par le code de la sécurité sociale.
- la personne vivant en concubinage depuis au moins deux ans avec le participant, ou sans condition de durée de vie commune lorsqu'au moins un enfant est né de cette union et sous réserve que :
 - le concubin et le participant soient tous les deux libres de tout engagement,
 - le concubinage ait été établi de façon notoire et que les concubins partagent le même domicile.
 - le concubin soit à charge reconnu comme tel par le code la sécurité sociale
- les enfants du participant, qu'ils soient légitimes, reconnus, ou adoptifs, sous réserve de remplir les conditions cumulatives suivantes :
 - être âgés de moins de vingt-trois ans ;
 - vivre au foyer ou entrer en ligne de compte pour la détermination du nombre de parts en vue du calcul de l'impôt sur le revenu ;
 - ne pas avoir commencé à exercer une activité professionnelle rémunérée continue à temps plein depuis plus de trois mois (les enfants effectuant des stages de formation professionnelle ou sous contrat d'apprentissage ne sont pas considérés comme exerçant une activité rémunérée).

Toutefois, les enfants du participant, qu'ils soient légitimes, reconnus ou adoptifs sont considérés comme à charge sans limitation de durée tant qu'ils bénéficient de l'allocation d'adulte handicapé et qu'ils sont titulaires de la carte d'invalidé civil ou en cas d'invalidité avant le 21^{ème} anniversaire, équivalente à l'invalidité de 2^{ème} catégorie ou 3^{ème} catégorie de la Sécurité sociale.

Les enfants nés ou à naître dans les 300 jours suivant le décès du participant sont considérés comme à charge.

La situation de famille à retenir est celle existant au moment du décès.

• **INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE**

L'invalidité Absolue et Définitive est assimilée au décès si l'état du participant le conduit à remplir les conditions cumulatives suivantes :

- se produire au cours de la période des garanties,
- donner lieu à reconnaissance par la commission de réforme d'une invalidité totale et absolue l'obligeant à recourir sa vie durant à l'aide d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie.

• **DÉCÈS POSTÉRIEUR OU SIMULTANÉ DU CONJOINT**

Cette garantie s'applique en complément de la garantie CAPITAL DÉCÈS décrite à l'article II.2 du présent contrat, en cas de décès du conjoint et assimilé défini à l'article II-4, que le décès du conjoint et assimilé soit simultané ou postérieur au décès du participant, et alors qu'il reste des enfants à charge.

Par décès simultané, il faut entendre le décès des deux conjoints au cours d'un même événement sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès.

Par décès postérieur, il faut entendre le décès du conjoint dans les douze mois qui suivent le décès du participant.

Les bénéficiaires sont les enfants encore à charge du conjoint ou assimilé dans la mesure où ils étaient déjà à charge du participant lors de son décès. Chaque enfant bénéficiaire reçoit un second capital égal à la majoration pour enfant à charge versé au moment du décès du participant.

Cette garantie cesse pour l'ensemble des enfants en cas de résiliation de l'adhésion entre le décès du participant et celui du conjoint survivant.

Article II.5 – DUREE ET PAIEMENT DE LA RENTE ÉDUCATION

Le montant de la rente est progressif avec l'âge de l'enfant. L'augmentation du montant de la rente intervient le 1^{er} jour du mois civil qui suit l'anniversaire de l'enfant, selon les tranches d'âge définies à l'article II.2 ci-dessus.

La rente est payable trimestriellement, à terme échu, sous condition de vie.

La rente prend effet au jour du décès du participant. Elle cesse le jour précédant la date à laquelle l'enfant cesse d'être bénéficiaire.

Chaque rente est versée à l'enfant bénéficiaire s'il a la capacité juridique ou à son représentant légal dans le cas contraire.

La justification de l'existence et des droits des enfants bénéficiaires pourra être demandée par l'organisme assureur lors de chaque paiement.

Article II.6 – REVALORISATION DES RENTES ÉDUCATION

Les rentes sont revalorisées en fonction de l'évolution de la valeur du point ARRCO entre la date du décès et la date d'échéance trimestrielle de la prestation correspondante, dans la limite du fonds de revalorisation.

Les conséquences de la résiliation d'adhésion sur la présente garantie sont précisées à l'article I.3 du présent contrat.

Article II.7 – PIÈCES A FOURNIR EN CAS DE SINISTRE

L'adhérent constitue, pour chaque sinistre, un dossier de demande de prestations en utilisant l'imprimé mis à sa disposition par l'organisme assureur.

Ce dossier doit être accompagné de pièces justificatives.

I - En cas de décès

1. Extrait d'acte de décès original,
2. Cople intégrale du ou des livret(s) de famille,
3. Copie de l'acte de naissance, comportant les mentions marginales et datant de moins de trois mois, du participant décédé et du ou des bénéficiaires,
4. Photocopie du bulletin de paie correspondant au mois précédent l'arrêt si l'arrêt précède le décès et la photocopie du bulletin de salaire du mois précédent le décès.

Dès réception de ces documents, un acompte sur le capital décès correspondant à un minimum de 3 mois de traitement est versé dans un délai de 8 jours ouvrés.

En complément, suivant la situation :

5. Copie du paiement du capital décès versé par l'État,
6. S'il existe des personnes à charge (au sens du contrat d'adhésion) : En tout état de cause, photocopie de la dernière feuille d'imposition ou une attestation du centre d'imposition,
7. En cas de versement d'une rente éducation, sera demandé chaque année soit un certificat de scolarité, soit une attestation d'inscription à pôle emploi, et à défaut une attestation sur l'honneur d'absence d'activité à temps plein rémunérée depuis trois mois,
8. Si le bénéficiaire est mineur : Ordonnance du juge des tutelles autorisant le règlement sous la responsabilité de l'administrateur légal et un RiB de compte bloqué ouvert au nom de l'enfant mineur,
9. Si le participant est célibataire, veuf ou divorcé : acte de notoriété ou certificat d'hérédité ;
10. En cas de disparition du participant : Document fourni par le Tribunal compétent entérinant les faits,
11. Photocopie de la carte nationale d'identité des bénéficiaires s'ils sont différents du conjoint et/ou des enfants à charge,
12. En cas de divorce et si le participant n'avait pas la garde des enfants, copie du jugement de divorce,
13. Photocopie du Pacte civil de solidarité délivré par le greffe du Tribunal d'instance,
14. Si l'arrêt est non indemnisé par l'organisme assureur : les copies des arrêtés du rectorat ou de l'académie justifiant du traitement appliqué entre la date de l'arrêt et la date du décès.

II - En cas d'invalidité absolue et définitive (IAD) :

1. Copie certifiée conforme du livret de famille,
2. Le cas échéant, les pièces justificatives prévues en cas de décès du participant énumérées aux points 2 et 4 du paragraphe ci-dessus,
3. Notification d'attribution de l'invalidité du 3^{ème} groupe ou de la majoration pour tierce personne.

En tout état de cause, l'organisme assureur pourra demander toutes pièces utiles à l'instruction du dossier.

CHAPITRE II – GARANTIE INCAPACITE DE TRAVAIL – INVALIDITE PERMANENTE

Article II.8 – ADMISSION AU TITRE DE LA GARANTIE

L'admission au titre de la garantie INCAPACITE DE TRAVAIL - INVALIDITE PERMANENTE concerne :

- le participant présent au travail au jour de la prise d'effet de l'adhésion ;
- le participant en arrêt de travail à cette date dans les conditions prévues à l'article I.4 du présent contrat.

SECTION I INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL

Article II.9 – OBJET DE LA GARANTIE

L'incapacité temporaire de travail occasionnée par la maladie, l'accident de service ou de la vie privée, ouvre droit au maintien de salaire à plein ou demi-traitement ou en cas de disponibilité d'office aux prestations espèces versées par l'état.

Après cessation du maintien du salaire assuré par l'administration et en complément du demi-traitement ou des prestations espèces, l'organisme de prévoyance verse une prestation complémentaire.

La prestation complémentaire de prévoyance est acquise jour par jour et payable mensuellement à terme échu.

L'indemnité complémentaire de prévoyance n'est jamais due pendant la période du congé de maternité ou d'adoption.

Article II.10 – INDEMNITES JOURNALIERES COMPLEMENTAIRES

La prestation complémentaire de prévoyance est égale à la différence entre la garantie brute de revenus telle que déterminée ci-après (avant précompte des prélèvements obligatoires) et les autres allocations, indemnités et rémunérations brutes versées par l'Etat au titre de la même incapacité.

La garantie de revenus est égale au pourcentage du traitement de référence défini à l'article I. 15. Elle est calculée de telle sorte qu'après déduction de tous les prélèvements sociaux et fiscaux qu'il aurait supportés s'il avait travaillé, le participant perçoive effectivement :

- **92% du traitement net** afférant au traitement de référence revalorisé ;
- **94% du traitement net** afférant au traitement de référence revalorisé en cas de congé pour longue maladie (CLM) et congé longue durée (CLD) ou disponibilité d'office.

Le cumul net perçu :

- du demi-traitement net versé par l'état ou des prestations en espèces versées par l'état,
- de la prestation versée par l'organisme de prévoyance,

ne doit à aucun moment excéder 92% du traitement net de référence revalorisé (94% pour les CLM ou CLD). En cas de dépassement, les prestations versées au participant au titre du présent contrat sont réduites à due concurrence.

La limite fixée ci-dessus à 94% du traitement de référence revalorisé s'appliquera lors du passage à demi-traitement pour les congés CLM et CLD dès lors que le passage prend effet après le 31/12/2011. Ces prestations seront alors revalorisées au titre du Point ARRCO.

Les prestations incapacité pour les périodes d'indemnisation versées postérieurement au 31/12/2011, pour les participants relevant de la Convention du 28 juin 2012, ne seront pas minorées en cas de versement de primes, rappels de traitement, augmentations de traitement sur activité partielle ou augmentations des prestations versées par l'Administration.

Dans tous les cas, le participant ne pourra percevoir plus de 100 % du traitement net de référence afférent à la période indemnisée. Ce plafond comprend également les traitements et indemnités versés par l'Administration nets de charges sur les revenus de remplacement (CSG et CRDS) et autres organismes assureurs. En revanche, l'allocation temporaire d'invalidité (ATI), les primes, les rappels de traitement, les augmentations de traitement ou augmentations des prestations versées par l'Administration ne seront pas pris en compte dans le calcul de ce plafond.

Cas particulier du participant ayant repris ou poursuivi son activité dans le cadre d'un temps partiel pour raison de santé :

Lorsque le participant a recours à une activité à temps partiel pour raison de santé l'organisme de prévoyance verse une indemnité égale à **100%** du traitement net de référence (revalorisé dans les conditions de l'article I-15) sous déduction des allocations, indemnités et rémunérations nettes versées par l'Etat et de la rémunération perçue au titre de l'activité partielle.

Cette indemnité est versée à condition que l'impossibilité de reprendre ou de poursuivre son activité exercée au moment du sinistre sur la même quotité horaire soit attestée par certificat médical.

Pour une première demande en cours d'année scolaire celui-ci devra être renouvelé autant de fois que nécessaire pour couvrir l'année scolaire. Le certificat médical détermine la quotité de travail à effectuer. En l'absence de renouvellement de certificat médical et en cas d'impossibilité administrative de reprise à temps complet, l'organisme de prévoyance indemnise le participant jusqu'à la fin de l'année scolaire.

Pour une première demande ou un renouvellement pour une année scolaire complète, celle-ci devra être accompagnée d'un certificat médical d'un médecin agréé au sens du décret n°86-442 du 14 mars 1986. Ce médecin préconise la quotité de travail à effectuer quelle que soit la quotité de travail sollicitée par le participant.

Elle permettra de calculer le montant de l'indemnité qui pourra ainsi être inférieure à 100% du traitement de référence sous déduction de la rémunération perçue au titre de l'activité partielle.

Dans tous les cas, le participant ne pourra percevoir plus de 100 % du traitement net de référence afférent à la période indemnisée. Ce plafond comprend également les traitements et indemnités versés par l'Administration nets de charges sur les revenus de remplacement (CSG et CRDS) et autres organismes assureurs. En revanche, l'allocation temporaire d'invalidité (ATI), les primes, les rappels de traitement, les augmentations de traitement sur activité partielle ou augmentations des prestations versées par l'Administration ne seront pas pris en compte dans le calcul de ce plafond.

Cas particulier du participant en situation de handicap :

Le participant, en situation de handicap physique, rendant impossible le maintien ou la reprise d'activité sur la même quotité horaire perçoit une indemnité égale à **100%** du traitement net de référence éventuellement proratisé en cas de temps partiel ou incomplet, sauf temps partiel pour raison de santé (revalorisé dans les conditions de l'article I-15) sous déduction de la rémunération perçue au titre de l'activité partielle et des autres allocations, ou indemnités versées pour raison médicale par l'Etat (à l'exception de l'ATI) et en application du présent contrat.

Cette indemnité est versée aux participants à temps partiel à condition que :

- la qualité de travailleur handicapé soit reconnue par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) postérieurement à son entrée en service dans un des établissements relevant du champ d'application de la Convention du 28 juin 2012 ;
- le participant bénéficie d'un contrat d'au moins un mi-temps ;
- l'impossibilité de reprendre ou de poursuivre son activité exercée au moment du sinistre sur la même quotité de travail soit analysée par un médecin agréé au sens du décret n°86-442 du 14 mars 1986.

Ce médecin préconise la quotité de travail à effectuer quelle que soit la quotité de travail sollicitée par le participant.

Elle permettra de calculer le montant de l'indemnité qui pourra ainsi être inférieure à 100% du traitement de référence sous déduction de la rémunération perçue au titre de l'activité partielle.

Article II.11 – PAIEMENT ET DUREE DES INDEMNITES JOURNALIERES COMPLEMENTAIRES

Les indemnités journalières de l'organisme assureur sont servies sur présentation des attestations de prise en charge à demi-traitement de l'Administration.

Elles cessent :

- à la reprise du travail,
- à la liquidation des droits à la retraite au titre de l'assurance vieillesse de la sécurité sociale et des régimes complémentaires ou des avantages de retraite du RETREP ou de l'ATCA, ou équivalent pour les fonctionnaires.

Les conséquences au regard du service des indemnités journalières de l'organisme assureur d'une résiliation de l'adhésion de l'adhérent sont exposées à l'article I.3 du présent contrat.

SECTION II INVALIDITE

Article II.12 – OBJET DE LA GARANTIE

En cas d'invalidité reconnue comme telle par l'administration et dès le classement par la commission de réforme ou de tout comité médical ayant le même objet, il est versé mensuellement une prestation complémentaire de prévoyance d'un montant brut forfaitaire garantissant au participant une indemnisation nette, correspondant à **94%** du traitement net afférant au traitement de référence revalorisé déduction faite de l'allocation temporaire de retraite (RETREP ou ATCA) ou équivalent pour les fonctionnaires.

Cette disposition s'applique également aux rentes d'invalidité relevant de l'accord du 16 septembre 2005 et en cours de versement au 1er janvier 2012.

La majoration spéciale au titre de l'assistance d'une tierce personne, la rente viagère d'invalidité (RVI) et/ou de l'ATI ne sont pas déduites.

En cas de classement en invalidité, donnant lieu au versement d'une majoration pour tierce personne, la rente versée par l'organisme assureur sera complétée d'une indemnité forfaitaire égale à 50 % de la majoration pour tierce personne.

Cette rente est calculée de telle sorte qu'après déduction de tous les prélèvements sociaux et fiscaux qu'il aurait supportés s'il avait travaillé, le participant perçoit effectivement 94% du traitement net afférant au traitement de référence revalorisé (hors majoration pour tierce personne).

Les prestations invalidité pour les périodes d'indemnisation versées postérieurement au 31/12/2011, pour les participants relevant de la convention du 28 juin 2012, ne seront pas minorées en cas de versement de primes, rappels de traitement, augmentations de traitement sur activité partielle ou augmentations des prestations versées par l'Administration.

La limite fixée ci-dessus à 94% du traitement de référence revalorisé s'appliquera lors du passage en invalidité dès lors que ledit passage prend effet après le 31/12/2011. Ces prestations seront alors revalorisées au titre du Point ARRCO.

Cas particulier du participant ayant une activité professionnelle

Lorsque le participant exerce une activité professionnelle, l'organisme de prévoyance verse une indemnité égale à 100% du traitement de référence (revalorisé dans les conditions de l'article I-15) déduction faite de toute pension d'invalidité (RGSS ou MSA), de l'allocation temporaire de retraite (RETREP ou ATCA) ou équivalent pour les fonctionnaires et de la rémunération perçue au titre de toute activité professionnelle.

Cette indemnité est versée à condition que l'impossibilité de reprendre ou de poursuivre son activité sur la quotité horaire antérieure soit attestée par certificat médical.

Dans tous les cas, le participant ne peut percevoir un montant total, tous salaires et prestations confondus (à l'exclusion de la majoration pour tierce personne), supérieur à son traitement net d'activité revalorisé (hors évolutions et primes perçues ultérieurement au titre du temps travaillé) reconstitué sur la base du temps d'activité déclaré au moment du fait générateur.

Article II.13 – PAIEMENT ET DUREE DES RENTES D'INVALIDITE

Les rentes complémentaires d'invalidité sont servies sur présentation des décomptes de paiement au titre de l'invalidité (les avantages de retraite du RETREP ou de l'Allocation temporaire de cessation d'activité – ATCA- ou équivalent pour les fonctionnaires), mensuellement, à terme échu, le premier et le dernier termes pouvant ne comprendre qu'un prorata de rente.

Elles cessent :

- à la reprise du travail,
- au jour du décès du participant,
- à la liquidation des droits à la retraite au titre de l'assurance vieillesse de la Sécurité sociale et des régimes complémentaires ou des avantages du RETREP ou de l'ATCA ou équivalent pour les fonctionnaires.

Article II.14 – DISPOSITIONS APPLICABLES EN CAS D'ACCIDENT DE SERVICE OU DE MALADIE IMPUTABLE AU SERVICE

En cas d'incapacité permanente reconnue et indemniée comme telle par l'administration, il est versé mensuellement une prestation complémentaire de prévoyance d'un montant brut forfaitaire garantissant au participant une indemnisation nette, correspondant à 94% du traitement net afférant au traitement de référence revalorisé, sous déduction de l'allocation d'incapacité permanente (les avantages de retraite du RETREP ou de l'ATCA) ou équivalent pour les fonctionnaires.

Cette disposition s'applique également aux prestations relevant de l'accord du 16 septembre 2005 et en cours de versement au 1^{er} janvier 2012.

Dans tous les cas, le participant ne peut percevoir un montant total, tous salaires et prestations confondus (à l'exclusion de la majoration pour tierce personne), supérieur à son traitement net d'activité revalorisé (hors évolutions et primes perçues ultérieurement au titre du temps travaillé) reconstitué sur la base du temps d'activité déclaré au moment du fait générateur.

Le paiement de cette prestation cesse en tout état de cause :

- à la date à laquelle cesse le versement de l'allocation d'incapacité permanente (les avantages de retraite du RETREP ou de l'ATCA) ou équivalent pour les fonctionnaires ;
- à la liquidation des droits à la retraite au titre de l'assurance vieillesse de la Sécurité sociale et des régimes complémentaires ou des avantages de RETREP ou de l'ATCA ou équivalent pour les fonctionnaires.

SECTION III DISPOSITIONS COMMUNES

Article II.15 – DECLARATION DES ARRETS DE TRAVAIL

Tout accident ou maladie entraînant un arrêt de travail doit être déclaré par écrit par l'adhérent à l'organisme assureur, au moyen du formulaire mis à sa disposition. Cette déclaration précisant la date d'arrêt de travail doit être faite dans les **trois mois** suivant la date de l'arrêt de travail.

En tout état de cause aucune déclaration présentée au-delà du délai de prescription prévu à l'article I.14 du présent contrat après l'arrêt de travail ne pourra être prise en considération.

L'adhérent devra remettre à l'organisme assureur toutes pièces utiles à l'instruction du dossier et notamment :

- la demande de prestations,
- les attestations de paiement et notification.

Article II.16 – REVALORISATION DES PRESTATIONS

Les prestations sont revalorisées pour le participant :

- dont la date d'incapacité de travail ou d'invalidité ou la date de la nouvelle situation (passage en invalidité, décès - IAD, passage en demi traitement durant le CLD ou le CLM, passage en disponibilité d'office) est antérieure au 1^{er} janvier 2012 : en fonction de la valeur du point de la Fonction Publique entre la date d'arrêt de travail et la date d'échéance de la prestation correspondante ;
- dont la date d'incapacité de travail ou d'invalidité ou la date de la nouvelle situation (passage en invalidité, décès - IAD, passage en demi traitement durant le CLD ou le CLM, passage en disponibilité d'office) est postérieure au 31 décembre 2011 : en fonction de la valeur du point ARRCO entre la date d'arrêt de travail et la date d'échéance de la prestation correspondante.

Les revalorisations sont financées par le fonds de revalorisation, alimenté notamment par une partie des cotisations qui lui est spécialement affectée.

Les conséquences de la résiliation de l'adhésion sont précisées à l'article I.3 du présent contrat.

TITRE III– GARANTIES DES ENSEIGNANTS RELEVANT DU RÉGIME GÉNÉRAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE OU DE LA MUTUALITE SOCIALE AGRICOLE

CHAPITRE I - GARANTIE DECES – INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE (IAD)

Article III.1 – OBJET DE LA GARANTIE

La garantie DECES a pour objet, si un participant décède ou est atteint, pendant la durée de l'assurance, d'une invalidité absolue et définitive (définie à l'article III-4 ci-après), sous réserve des exclusions visées à l'article I.16 du présent contrat, le versement, aux bénéficiaires :

- d'un capital de base en cas de décès du participant,
- de majoration pour personne à charge en cas de décès du participant,
- du capital décès de base, versé par anticipation au participant, en cas d'invalidité absolue et définitive de ce dernier
- d'un second capital au profit de chaque enfant à charge en cas de décès postérieur ou simultané du conjoint et assimilé tel que défini à l'article III. 4.

En cas d'enfant à charge, la majoration pour personne à charge pourra, sur demande de chaque enfant ou de son représentant légal, être substituée par le service d'une rente éducation.

Le choix est alors effectué, au moment du décès du participant, par tout enfant bénéficiaire de la majoration pour enfant à charge. Lorsque celui-ci ne bénéficie pas de la capacité juridique, le choix est effectué par son représentant légal.

Article III.2 – MONTANT DE LA GARANTIE

• DECES DU PARTICIPANT

Le montant du capital décès de base garanti défini en pourcentage de l'assiette des prestations définie à l'article I.15 du présent contrat est égal à **300 %**.

Ce capital est majoré de **150 %** de l'assiette des prestations définie à l'article I.15 du présent contrat, par personne à charge.

En cas d'enfant à charge, la majoration pour personne à charge pourra, sur demande de chaque enfant ou de son représentant légal, être substituée par le service d'une rente éducation dont le montant est fixé en pourcentage de l'assiette des prestations définie à l'article I.15 du présent contrat, comme suit :

- | | |
|---|------|
| - de moins de 6 ans : | 6 % |
| - de 6 ans à moins de 16 ans : | 9 % |
| - de 16 ans jusqu'au 23 ^{ème} anniversaire : | 15 % |

Ces montants sont appliqués pour toutes les rentes versées à compter du 1^{er} janvier 2012 y compris celles en cours de service.

- **INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE (IAD)**

En cas d'invalidité absolue et définitive (définie à l'Article III.4 ci-après) le capital décès de base prévu ci-dessus est versé par anticipation au participant ou à son représentant légal.

En cas de décès ultérieur du participant, il n'est alors plus versé de capital décès de base. Seules les éventuelles majorations pour personnes à charge sont calculées et versées au moment du décès du participant en fonction de la situation de famille à cette date et dans les conditions définies à l'article III.4 du présent chapitre.

- **DECES POSTERIEUR OU SIMULTANE DU CONJOINT**

En cas de décès postérieur ou simultané du conjoint et assimilé défini à l'article III-4, chaque enfant bénéficiaire reçoit un second capital égal à la majoration pour enfant à charge versé au moment du décès du participant.

Le conjoint et assimilé ainsi que les enfants bénéficiaires sont ceux définis à l'Article III.4 ci-après

Article III.3 – BENEFCIAIRES

- **DECES DU PARTICIPANT**

Désignation type

En cas de décès d'un participant, et dans la mesure où il n'a fait aucune désignation particulière, le capital décès est versé par priorité :

- à son conjoint et assimilé survivant tel que défini à l'article III. 4 ;
- à défaut, par parts égales, à ses enfants (légitimes, reconnus ou adoptifs) vivants ou représentés, nés ou à naître ;
- à défaut, à ses parents, par parts égales, et en cas de décès de l'un d'eux, au survivant pour la totalité ;
- à défaut, à ses autres ascendants vivants, par parts égales ;
- à défaut à ses héritiers, selon la dévolution successorale.

En tout état de cause, la part de capital correspondant aux majorations pour personne à charge doit rester dévolue à ceux-ci pour la part qui leur revient.

Désignation particulière

Le participant peut désigner un ou plusieurs bénéficiaires de son choix.

Le participant doit informer l'organisme assureur de sa désignation particulière par écrit. Elle peut prendre la forme d'un acte sous seing privé ou d'un acte authentique.

Si plusieurs bénéficiaires sont désignés, en cas de prédécès de l'un d'entre eux, la part lui revenant sera versée à ses enfants vivants ou représentés par parts égales et à défaut à ses héritiers au sens de la dévolution successorale.

En tout état de cause, la désignation type des bénéficiaires s'applique dans les cas suivants :

- si tous les bénéficiaires désignés décèdent avant le participant.
- ou si le participant et tous les bénéficiaires désignés décèdent ensemble au cours d'un même événement sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès. Dans ce cas, le participant est présumé avoir survécu.

Lorsque l'organisme assureur est informé du décès, il avise le bénéficiaire, si ses coordonnées ont été portées à sa connaissance lors de la désignation.

- **DECES POSTERIEUR OU SIMULTANE DU CONJOINT**

Le second capital est versé à chaque enfant bénéficiaire tel que défini à l'article III.4 ci-après s'il jouit de la capacité juridique ou à son représentant légal, dans le cas contraire.

Article III.4 – DEFINITIONS

- **CONJOINT ET ASSIMILE**

Est considéré comme conjoint :

- le conjoint (époux ou épouse du participant non divorcé ni séparé judiciairement) ;
- le partenaire avec lequel le participant était lié par un pacte civil de solidarité au moment du décès ;
- la personne vivant en concubinage depuis au moins deux ans avec le participant, ou sans condition de durée de vie commune lorsqu'au moins un enfant est né de cette union et sous réserve que le concubin et le participant soient tous les deux libres de tout engagement, que le concubinage ait été établi de façon notoire et que les concubins partagent le même domicile.

- **PERSONNES A CHARGE**

Sont considérées comme personnes à charge :

- le conjoint (époux ou épouse du participant non divorcé ni séparé judiciairement) à charge reconnu comme tel par le code de la sécurité sociale ;
- le partenaire avec lequel le participant était lié par un pacte civil de solidarité au moment du décès (dans les conditions prévues aux articles L. 515-1 et suivants du Code Civil) à charge reconnu comme tel par le code de la sécurité sociale ;
- la personne vivant en concubinage depuis au moins deux ans avec le participant, ou sans condition de durée de vie commune lorsqu'au moins un enfant est né de cette union et sous réserve que :
 - le concubin et le participant soient tous les deux libres de tout engagement,
 - le concubinage ait été établi de façon notoire et que les concubins partagent le même domicile.
 - le concubin soit à charge reconnu comme tel par le code la sécurité sociale
- les enfants du participant, qu'ils soient légitimes, reconnus, ou adoptifs, sous réserve de remplir les conditions cumulatives suivantes :
 - être âgés de moins de vingt-trois ans ;
 - vivre au foyer ou entrer en ligne de compte pour la détermination du nombre de parts en vue du calcul de l'impôt sur le revenu ;
 - ne pas avoir commencé à exercer une activité professionnelle rémunérée continue à temps plein depuis plus de trois mois (les enfants effectuant des stages de formation professionnelle ou sous contrat d'apprentissage ne sont pas considérés comme exerçant une activité rémunérée).

Toutefois, les enfants du participant, qu'ils soient légitimes, reconnus ou adoptifs sont considérés comme à charge sans limitation de durée tant qu'ils bénéficient de l'allocation d'adulte handicapé et qu'ils sont titulaires de la carte d'invalidé civil ou en cas d'invalidité avant le 21^{ème} anniversaire, équivalente à l'invalidité de 2^{ème} catégorie ou 3^{ème} catégorie de la Sécurité sociale.

Les enfants nés ou à naître dans les 300 jours suivant le décès du participant sont considérés comme à charge.

La situation de famille à retenir est celle existant au moment du décès.

- **INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE**

L'Invalidité Absolue et Définitive est assimilée au décès si l'état du participant le conduit à remplir les conditions cumulatives suivantes :

- se produire au cours de la période des garanties,
- donner lieu à reconnaissance par la Sécurité sociale ou la Mutualité Sociale Agricole d'une invalidité de troisième catégorie ou d'une pension d'incapacité permanente supérieure ou égale à 80% au titre de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles l'obligeant à recourir sa vie durant à l'aide d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie.

- **DECES POSTERIEUR OU SIMULTANE DU CONJOINT**

Cette garantie s'applique en complément de la garantie CAPITAL DÉCÈS décrite à l'article III.2 du présent contrat, en cas de décès du conjoint et assimilé défini à l'article III-4, que le décès du conjoint et assimilé soit simultané ou postérieur au décès du participant, et alors qu'il reste des enfants à charge.

Par décès simultané, il faut entendre le décès des deux conjoints au cours d'un même événement sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès.

Par décès postérieur, il faut entendre le décès du conjoint dans les douze mois qui suivent le décès du participant.

Les bénéficiaires sont les enfants encore à charge du conjoint ou assimilé dans la mesure où ils étaient déjà à charge du participant lors de son décès. Chaque enfant bénéficiaire reçoit un second capital égal à la majoration pour enfant à charge versé au moment du décès du participant.

Cette garantie cesse pour l'ensemble des enfants en cas de résiliation de l'adhésion entre le décès du participant et celui du conjoint survivant.

Article III.5 – DUREE ET PAIEMENT DE LA RENTE ÉDUCATION

Le montant de la rente est progressif avec l'âge de l'enfant. L'augmentation du montant de la rente intervient le 1er jour du mois civil qui suit l'anniversaire de l'enfant, selon les tranches d'âge définies à l'article III.2 ci-dessus.

La rente est payable trimestriellement, à terme échu, sous condition de vie.

La rente prend effet au jour du décès du participant. Elle cesse le jour précédant la date à laquelle l'enfant cesse d'être bénéficiaire.

Chaque rente est versée à l'enfant bénéficiaire s'il a la capacité juridique ou à son représentant légal dans le cas contraire.

La justification de l'existence et des droits des enfants bénéficiaires pourra être demandée par l'organisme assureur lors de chaque paiement.

Article III.6 – REVALORISATION DES RENTES ÉDUCATION

Les rentes sont revalorisées en fonction de l'évolution de la valeur du point ARRCO entre la date du décès et la date d'échéance trimestrielle de la prestation correspondante, dans la limite du fonds de revalorisation.

Les conséquences de la résiliation d'adhésion sur la présente garantie sont précisées à l'article I.3 du présent contrat.

Article III.7 – PIÈCES A FOURNIR EN CAS DE SINISTRE

L'adhérent constitue, pour chaque sinistre, un dossier de demande de prestations en utilisant l'imprimé mis à sa disposition par l'organisme assureur.

Ce dossier doit être accompagné de pièces justificatives.

I - En cas de décès

1. Extrait d'acte de décès original,
2. Copie intégrale du ou des livret(s) de famille,
3. Copie de l'acte de naissance, comportant les mentions marginales et datant de moins de trois mois, du participant décédé et du ou des bénéficiaires,
4. Photocopie du bulletin de paie correspondant au mois précédent l'arrêt si l'arrêt précède le décès et la photocopie du bulletin de salaire du mois précédent le décès.

Dès réception de ces documents, un acompte sur le capital décès correspondant à un minimum de 3 mois de traitement est versé dans un délai de 8 jours ouvrés.

En complément, suivant la situation :

5. S'il existe des personnes à charge (au sens du contrat d'adhésion) : En tout état de cause, photocopie de la dernière feuille d'imposition ou une attestation du centre d'imposition,
6. En cas de versement d'une rente éducation, sera demandé chaque année soit un certificat de scolarité, soit une attestation d'inscription à pôle emploi, et à défaut une attestation sur l'honneur d'absence d'activité à temps plein rémunérée depuis trois mois,
7. Si le bénéficiaire est mineur : Ordonnance du Juge des tutelles autorisant le règlement sous la responsabilité de l'administrateur légal et un RIB de compte bloqué ouvert au nom de l'enfant mineur,
8. Si le participant est célibataire, veuf ou divorcé : acte de notoriété ou certificat d'hérédité ;
9. En cas de disparition du participant : Document fourni par le Tribunal compétent entérinant les faits,
10. Photocopie de la carte nationale d'identité des bénéficiaires s'ils sont différents du conjoint et/ou des enfants à charge,
11. En cas de divorce et si le participant n'avait pas la garde des enfants, copie du jugement de divorce,
12. Photocopie du Pacte civil de solidarité délivré par le greffe du Tribunal d'Instance,
13. Si l'arrêt est non indemnisé par l'organisme assureur : les copies des arrêtés du rectorat ou de l'académie justifiant du traitement appliqué entre la date de l'arrêt et la date du décès.

II - En cas d'invalidité absolue et définitive :

1. Copie certifiée conforme du livret de famille,
2. Le cas échéant, les pièces justificatives prévues en cas de décès du participant énumérées aux points 2 et 4 du paragraphe ci-dessus,
3. Notification d'attribution de la Sécurité Sociale d'une rente de 3^{ème} catégorie d'invalidité ou d'une rente dont le taux d'incapacité permanente est supérieur ou égal à 80% et faisant apparaître l'allocation pour tierce personne.

En tout état de cause, l'organisme assureur pourra demander toutes pièces utiles à l'instruction du dossier.

CHAPITRE II - GARANTIE INCAPACITE DE TRAVAIL – INVALIDITE PERMANENTE

Article III.8 – ADMISSION AU TITRE DE LA GARANTIE

L'admission au titre de la garantie INCAPACITE DE TRAVAIL - INVALIDITE PERMANENTE concerne :

- le participant présent au travail au jour de la prise d'effet de l'adhésion,
- le participant en arrêt de travail à cette date dans les conditions prévues à l'article 1.4 du présent contrat.

Les participants qui ne rempliraient pas en cas d'arrêt de travail pour cause de maladie ou d'accident, les conditions de durée d'activité nécessaires à l'ouverture du droit aux prestations en espèces de la Sécurité Sociale, tout en remplissant les conditions requises ci-dessous percevront néanmoins de l'organisme assureur les prestations incapacité de travail et invalidité permanente prévues au présent chapitre. Celles-ci seront calculées sous déduction d'une prestation Sécurité Sociale reconstituée.

Article III.9 – CONDITION DE TRAVAIL EFFECTIF ET D'ANCIENNETE

Pour bénéficier des garanties incapacite temporaire de travail - invalidite permanente, le participant devra, à la date d'arrêt de travail, justifier d'un mois au moins de travail effectif au cours des 18 derniers mois dans un ou plusieurs établissements relevant du champ d'application de la Convention du 28 juin 2012.

Sont assimilées à des périodes de travail effectif, les périodes ayant donné lieu au versement de prestations en application dudit contrat ainsi que toutes les périodes assimilées à du temps de travail effectif par la loi.

Ces conditions ne s'appliquent pas si :

- l'état d'incapacité ou d'invalidité résulte d'un accident du travail survenu après l'embauche dans l'établissement ou d'une maladie professionnelle contractée dans l'établissement,
- le participant justifie d'un an d'ancienneté continue ou discontinue dans un ou plusieurs établissements relevant de la Convention du 28 juin 2012.

SECTION I INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL

Article III.10 – OBJET DE LA GARANTIE

L'incapacité temporaire de travail occasionnée par la maladie, l'accident de travail ou de la vie privée, ouvre droit au maintien de salaire à plein ou demi-traitement et aux indemnités journalières de la sécurité sociale.

Lorsque l'enseignant bénéficie de prestations de la Sécurité sociale ou de la MSA, l'organisme de prévoyance verse une prestation complémentaire, après cessation du maintien du plein traitement assuré par l'administration.

La prestation complémentaire de prévoyance est acquise jour par jour et payable mensuellement à terme échu.

Elle n'est jamais due pendant la période du congé de maternité ou d'adoption sauf dispositions prévues ci-après.

Article III.11 – INDEMNITES JOURNALIERES COMPLEMENTAIRES

La prestation complémentaire de prévoyance est égale à la différence entre la garantie brute de revenus telle que déterminée ci-après (avant précompte des prélèvements obligatoires) et les allocations, indemnités et rémunérations brutes versées par l'Etat et/ou les prestations versées par le régime de Sécurité sociale ou MSA au titre de la même incapacité.

La garantie de revenus est égale au pourcentage du traitement de référence défini à l'article I. 15. Elle est calculée de telle sorte qu'après déduction de tous les prélèvements sociaux et fiscaux qu'il aurait supportés s'il avait travaillé, le participant perçoive effectivement :

- **92 %** du traitement net afférant au traitement de référence revalorisé ;
- **94 %** du traitement net afférant au traitement de référence revalorisé en cas de congé de grave maladie.

Le cumul net perçu :

- du demi-traitement net versé par l'état et des prestations versées par la Sécurité sociale ou la MSA ;
- de la prestation versée par l'organisme de prévoyance,

ne doit à aucun moment excéder 92% du traitement de référence revalorisé (94% du traitement net de référence revalorisé pour les congés de grave maladie). En cas de dépassement, les prestations versées au participant au titre du présent contrat sont réduites à due concurrence.

La limite fixée ci-dessus à 94% du traitement net de référence revalorisé s'appliquera lors du passage à demi traitement pour les congés de grave maladie dès lors que le passage prend effet après le 31/12/2011. Ces prestations seront alors revalorisées au titre du point ARRCO.

Les prestations incapacité pour les périodes d'indemnisation versées postérieurement au 31/12/2011, pour les participants relevant de la Convention du 28 juin 2012, ne seront pas minorées en cas de versement de primes, rappels de traitement, augmentations de traitement sur activité partielle ou augmentations des prestations versées par l'Administration ou le régime général de la Sécurité sociale ou la MSA.

Dans tous les cas, le participant ne pourra percevoir plus de 100 % du traitement net de référence afférent à la période indemnisée. Ce plafond comprend également les traitements et indemnités versés par l'Administration ou le régime général de la Sécurité sociale ou la MSA nets de charges sur les revenus de remplacement (CSG et CRDS) et autres organismes assureurs. En revanche, la majoration pour tierce personne versée par la Sécurité sociale ou la rente incapacité et/ou invalidité perçues pour indemniser le préjudice subi en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, les primes, les rappels de traitement, les augmentations de traitement ou augmentations des prestations versées par l'Administration ne seront pas pris en compte dans le calcul de ce plafond.

Cas particulier du participant ayant repris ou poursuivi son activité dans le cadre d'un temps partiel pour raison de santé :

Lorsque le participant a recours à une activité à temps partiel pour raison de santé l'organisme de prévoyance verse une indemnité égale à **100%** du traitement net de référence (revalorisé dans les conditions de l'article I-15) sous déduction des allocations, indemnités et rémunérations nettes versées par l'Etat et/ou des prestations versées par le régime de Sécurité sociale ou MSA et de la rémunération perçue au titre de l'activité partielle.

Cette indemnité est versée à condition que l'impossibilité de reprendre ou de poursuivre son activité exercée au moment du sinistre sur la même quotité horaire soit attestée par certificat médical.

Pour une première demande en cours d'année scolaire celui-ci devra être renouvelé autant de fois que nécessaire pour couvrir l'année scolaire. Le certificat médical détermine la quotité de travail à effectuer. En l'absence de renouvellement de certificat médical et en cas d'impossibilité administrative de reprise à temps complet, l'organisme de prévoyance indemnise le participant jusqu'à la fin de l'année scolaire.

Pour une première demande ou un renouvellement pour une année scolaire complète, celle-ci devra être accompagnée d'un certificat médical d'un médecin agréé au sens du décret n°86-442 du 14 mars 1986. Ce médecin préconise la quotité de travail à effectuer quelle que soit la quotité de travail sollicitée par le participant.

Elle permettra de calculer le montant de l'indemnité qui pourra ainsi être inférieure à 100% du traitement de référence sous déduction de la rémunération perçue au titre de l'activité partielle.

Dans tous les cas, le participant ne pourra percevoir plus de 100 % du traitement net de référence afférent à la période indemnisée. Ce plafond comprend également les traitements et indemnités versés par l'Administration ou le régime général de la Sécurité sociale ou la MSA nets de charges sur les revenus de remplacement (CSG et CRDS) et autres organismes assureurs. En revanche, la majoration pour tierce personne versée par la Sécurité sociale ou la rente incapacité et/ou invalidité perçues pour indemniser le préjudice subi en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, les primes, les rappels de traitement, les augmentations de traitement sur activité partielle ou augmentations des prestations versées par l'Administration ne seront pas pris en compte dans le calcul de ce plafond.

Cas particulier du participant en situation de handicap :

Le participant, en situation de handicap physique, rendant impossible le maintien ou la reprise d'activité sur la même quotité horaire perçoit une indemnité égale à 100% du traitement net de référence éventuellement proratisé en cas de temps partiel ou incomplet, sauf temps partiel pour raison de santé (revalorisé dans les conditions de l'article I-15) sous déduction de la rémunération perçue au titre de l'activité partielle et des autres allocations, ou indemnités versées pour raison médicale par le régime de Sécurité sociale ou MSA ou par l'Etat et en application du présent contrat.

Cette indemnité est versée aux participants à temps partiel à condition que :

- la qualité de travailleur handicapé soit reconnue par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) postérieurement à son entrée en service dans un des établissements relevant du champ d'application de la Convention du 28 juin 2012 ;
- le participant bénéficie d'un contrat d'au moins un mi-temps ;
- l'impossibilité de reprendre ou de poursuivre son activité sur la quotité de travail antérieure soit analysée par un médecin agréé au sens du décret n°86-442 du 14 mars 1986.

Ce médecin préconise la quotité de travail à effectuer quelle que soit la quotité de travail sollicitée par le participant.

Elle permettra de calculer le montant de l'indemnité qui pourra ainsi être inférieure à 100% du traitement de référence sous déduction de la rémunération perçue au titre de l'activité partielle.

Article III.12 – PAIEMENT ET DUREE DES INDEMNITES JOURNALIERES COMPLEMENTAIRES

Les Indemnités journalières de l'organisme assureur sont servies sur présentation des décomptes de la Sécurité sociale ou de la MSA et des attestations de prise en charge à demi-traitement de l'Administration.

Elles cessent :

- à la reprise du travail ;
- à la liquidation des droits à la retraite au titre de l'assurance vieillesse de la sécurité sociale et des régimes complémentaires

Les conséquences au regard du service des indemnités journalières de l'organisme assureur d'une résiliation de l'adhésion de l'adhérent sont exposées à l'article I.3 du présent contrat.

SECTION II INVALIDITE PERMANENTE

Article III.13 – INVALIDITE PERMANENTE

Tout participant classé en invalidité à la suite d'une maladie ou d'un accident survenu pendant la période d'affiliation et bénéficiant à ce titre d'une pension de 1^{ère}, 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie versée au titre de l'article L341-1 du Code de la Sécurité sociale bénéficie d'une rente complémentaire d'invalidité.

En vue de la détermination du montant de la pension, les participants sont classés dans l'une des catégories d'invalidité visées à l'article L 341-4 du Code de la Sécurité sociale :

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

Le montant annuel de la rente, versé au participant, est fixé à 94 % du traitement net défini à l'article I.15 du présent contrat sous déduction des prestations versées au même titre par la Sécurité sociale ou la MSA nettes de charges sur les revenus de remplacement (CSG et CRDS) et éventuellement du traitement net perçu, dans la limite de la règle de cumul visée ci-dessous.

La majoration spéciale au titre de l'assistance d'une tierce personne la rente incapacité et/ou invalidité (perçues pour indemniser le préjudice subi en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle) ne sont pas déduites.

Cette disposition s'applique également aux rentes d'invalidité relevant de l'accord du 16 septembre 2005 et en cours de versement au 1er janvier 2012.

En cas de classement en invalidité 3^{ème} catégorie, la rente versée par l'organisme assureur sera complétée d'une indemnité forfaitaire égale à 50 % de la majoration pour tierce personne versée par la Sécurité sociale.

Les prestations invalidité pour les périodes d'indemnisation versées postérieurement au 31/12/2011, pour les salariés relevant de la Convention du 28 juin 2012, ne seront pas minorées en cas de versement de primes, rappels de traitement, augmentations de traitements sur activité partielle ou augmentations des indemnités versées par la sécurité sociale.

La limite fixée ci-dessus à 94% du traitement de référence revalorisé s'appliquera lors du passage en invalidité dès lors que le passage prend effet après le 31 décembre 2011. Ces prestations seront alors revalorisées au titre du Point ARRCO (hors majoration pour tierce personne).

Cas particulier du participant ayant une activité professionnelle

Lorsque le participant exerce une activité professionnelle, l'organisme de prévoyance verse une indemnité égale à 100% du traitement de référence (revalorisé dans les conditions de l'article I-15) déduction faite de toute pension d'invalidité et de la rémunération perçue au titre de toute activité professionnelle.

Cette indemnité est versée à condition que l'impossibilité de reprendre ou de poursuivre son activité sur la quotité horaire antérieure soit attestée par certificat médical.

Dans tous les cas, le participant ne peut percevoir un montant total, tous salaires et prestations confondus (à l'exclusion de la majoration pour tierce personne versée par la Sécurité sociale ou la rente incapacité et/ou invalidité perçues pour indemniser le préjudice subi en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle), supérieur à son traitement net d'activité revalorisé (hors évolutions et primes perçues ultérieurement au titre du temps travaillé) reconstitué sur la base du temps d'activité déclaré au moment du fait générateur.

Article III.14 – PAIEMENT ET DUREE DES RENTES D'INVALIDITE

Les rentes complémentaires d'invalidité sont servies sur présentation des décomptes de la Sécurité sociale ou de la MSA, mensuellement, à terme échu, le premier et le dernier termes pouvant ne comprendre qu'un prorata de rente.

Elles sont servies tant que dure l'invalidité et que le participant perçoit une pension d'invalidité de la Sécurité sociale ou de la MSA.

Elles cessent :

- au jour où le participant cesse de percevoir la pension d'invalidité de la Sécurité Sociale ou de la MSA ;
- au jour du décès du participant ;
- au jour où le participant obtient la liquidation d'une pension de vieillesse de la Sécurité Sociale ou de la MSA y compris au titre de l'incapacité au travail.

Article III.15 – DISPOSITIONS APPLICABLES EN CAS D'ACCIDENT DE TRAVAIL OU DE MALADIE PROFESSIONNELLE

L'incapacité permanente :

- d'un taux supérieur ou égal à 66 % et inférieur à 80 %, est assimilée à l'invalidité 2^{ème} catégorie,
- d'un taux supérieur ou égal à 80 % est assimilée à l'invalidité 3^{ème} catégorie.

Les modalités et durée de paiement de cette prestation sont identiques à celles des rentes invalidité telles que définies aux articles III.13 et III.14 du présent contrat.

Le paiement de cette prestation cesse en tout état de cause :

- au jour où la Sécurité sociale détermine un taux d'incapacité inférieur à 66 % ;
- au jour où le participant obtient la liquidation d'une pension de vieillesse de la Sécurité sociale y compris au titre de l'incapacité au travail.

SECTION III DISPOSITIONS COMMUNES

Article III.16 – DECLARATION DES ARRETS DE TRAVAIL

Tout accident ou maladie entraînant un arrêt de travail doit être déclaré par écrit par l'adhérent à l'organisme assureur, au moyen du formulaire mis à sa disposition. Cette déclaration précisant la date d'arrêt de travail doit être faite dans les trois mois suivant la date de l'arrêt de travail.

En tout état de cause aucune déclaration présentée au-delà du délai de prescription prévu à l'article I.14 du présent contrat après l'arrêt de travail ne pourra être prise en considération.

L'adhérent devra remettre à l'organisme assureur toutes pièces utiles à l'instruction du dossier et notamment :

- la demande de prestations,
- les décomptes et notification de la Sécurité sociale ou de la MSA,

Article III.17 – REVALORISATION DES PRESTATIONS

Les prestations sont revalorisées pour le participant :

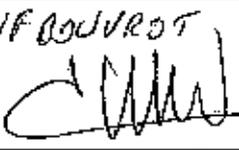
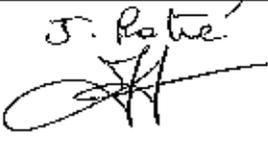
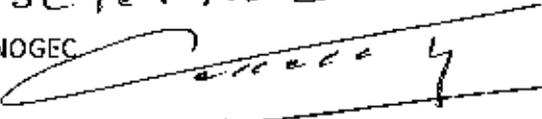
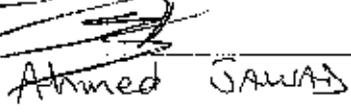
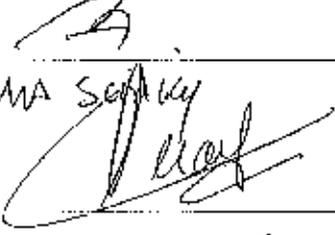
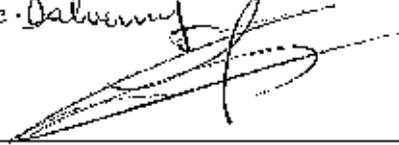
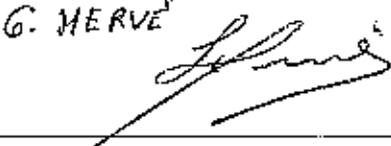
- dont la date d'incapacité de travail ou d'invalidité ou la date de la nouvelle situation (passage en invalidité, décès - IAD, congé de grave maladie, passage en demi traitement durant le congé de grave maladie) est antérieure au 1^{er} janvier 2012 : en fonction de la valeur du point de la Fonction Publique entre la date d'arrêt de travail et la date d'échéance de la prestation correspondante ;
- dont la date d'incapacité de travail ou d'invalidité ou la date de la nouvelle situation (passage en invalidité, décès - IAD, congé de grave maladie, passage en demi traitement durant le congé de grave maladie) est postérieure au 31 décembre 2011 : en fonction de la valeur du point ARRCO entre la date d'arrêt de travail et la date d'échéance de la prestation correspondante.

Les revalorisations sont financées par le fonds de revalorisation, alimenté notamment par une partie des cotisations qui lui est spécialement affectée.

Les conséquences de la résiliation de l'adhésion sont précisées à l'article I.3 du présent contrat.

Contrat d'assurance national fait à Paris, le 7 février 2013 en 2 exemplaires.

Pour les organisations signataires du présent contrat d'assurance national :

Collège contributeurs	Collège participants
EPLC 	FEP CFDT JF BOUVROT 
FFNEAP 	FNEC FP-FO J. Patte 
FNOGEC SC le Neur 	Snec-CFTC F. CASTEAU 
SGEC Y. BARRAL 	SNEIP-CGT Ahmed SAUAD 
SNCEEL L. FILLON 	SPELC MA SERRA 
SYNADEC C. DALVIGNY 	SYNEP CFE-CGC 
Synadic G. HERVE 	
UNEAP 	
UNETP Van Bovenbergh 	

Pour l'Organisme assureur : Philippe DABAT – Directeur général délégué d'AG2R LA MONDIALE.

