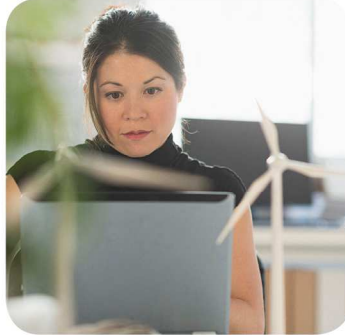


Contrat Collectif à
adhésion
obligatoire
contrats n°T298 -
n°C130 (OCIRP)

PRÉVOYANCE
RÉGIME DE BASE



Personnel des
entreprises relevant de
la Convention Collective
Nationale
d'aérodynamique, thermique
et frigorifique (matériel) :
installation, entretien,
réparation et dépannage
(IDCC 1412)



Personnel cadre
(personnel relevant des
articles 4, 4 bis et 36 de
la CCN du 14 mars
1947) et non cadre
(personnel ne relevant
pas des articles 4, 4 bis
et 36 de la CCN du 14
mars 1947)

KLÉSIA
Prévoyance

Sommaire

DISPOSITIONS GENERALES	3	Titre V – Prestations.....	10
Titre I – Généralités	3	Article 25 – Traitement de base - Base des prestations	10
Article 1 – Cadre juridique	3	Article 26 – Revalorisation	11
Article 2 – Objet du contrat	3	Article 27 – Modification des prestations.....	12
Article 3 – Risques garantis.....	3	Article 28 – Déclaration des sinistres.....	12
Article 4 – Base légale.....	3	Article 29 - Paiement des prestations.....	12
Article 5 – Contrôle de l’Institution	3	Article 30 – Plafonnement des prestations	12
Article 6 – Réclamation et médiation	4	Article 31 – Contrôle médical	13
Article 7 – Protection des données personnelles	4	Article 32 – Exclusions	13
Article 8 – Communication par voie électronique	4	Article 33 – Déchéance	14
Article 9 – Lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.....	5	Article 34 – Subrogation	14
Article 10 – Lutte contre la fraude à l’assurance	5	Article 35– Fausse déclaration.....	14
Titre II – Adhésion de l’entreprise.....	5	Article 36 – Prescription.....	14
Article 11 – Champ d’application.....	5	Titre VI – Garanties.....	15
Article 12 – Date d’effet - Durée - Renouvellement de l’adhésion.....	5	Article 37 – Situation familiale du Participant ..	15
Article 13 – Obligations de l’Adhérente.....	5	GARANTIES DECES	16
Article 14 – Résiliation de l’adhésion.....	6	Article 38 - Garantie décès.....	16
Titre III – Affiliation des Participants	6	GARANTIES RENTES.....	17
Article 15 – Conditions - Modalités d’affiliation des Participants	6	Article 39 - Rentes.....	17
Article 16 - Date d’affiliation et date d’effet des garanties	7	GARANTIES INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL / INVALIDITE / MATERNITE - PATERNITE - ADOPTION	18
Article 17 – Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail ou de rupture du contrat de travail	7	Article 40 – Garantie Incapacité temporaire de travail	18
Article 18 – Cessation de l’affiliation du Participant	7	Article 41 – Garantie Invalidité	20
Article 19 – Maintien des garanties au bénéfice du Participant.....	8	Article 42 – Garantie Maternité – Paternité - Adoption	20
Titre IV – Cotisations.....	9	Titre VII. Documents nécessaires au règlement des prestations	21
Article 20 – Assiette et taux de cotisations.....	9	DISPOSITIONS SPECIFIQUES.....	22
Article 21 - Paiement des cotisations	9	1. CATEGORIE DE PERSONNEL GARANTIE .	22
Article 22 – Défaut de paiement des cotisations	10	2. DATE D’EFFET DU CONTRAT.....	22
Article 23 – Révision des cotisations.....	10	3. TAUX DE COTISATIONS	22
Article 24 – Exonération des cotisations.....	10	4. REPRISE DE SINISTRE ANTERIEURS	22
		5. DETAILS DES GARANTIES.....	23
		Lexique.....	254

DISPOSITIONS GENERALES

Titre I – Généralités

Article 1 – Cadre juridique

Les présentes dispositions constituent les Conditions Générales du contrat d'assurance souscrit par l'entreprise auprès de KLESIA Prévoyance, Institution de Prévoyance située au 4 rue Georges Picquart à Paris (75017), dénommée ci-après « l'Institution », et de l'OCIRP (Organismes Commun des Institutions de Rente et de Prévoyance), union d'institutions de prévoyance situé au 17 rue de Marignan à Paris (75008), organismes régis par le Titre III du Livre IX du Code de la Sécurité sociale.

L'entreprise souscriptrice ci-après dénommée « l'Adhérente ou l'Entreprise Adhérente » devient membre adhérent de KLESIA Prévoyance et de l'OCIRP.

Ses salariés acquièrent dès leur affiliation la qualité de Participants et sont dénommés ci-après « les Participants ».

Le contrat de prévoyance souscrit auprès de l'Institution est composé pour chaque Adhérente :

- Des présentes Dispositions Générales et Dispositions Spécifiques ;
- Du certificat d'adhésion.

La gestion des prestations est déléguée à la société GFP, dont le siège se situe 2 rue Joseph Fourier – le jardin d'entreprise – 28039 CHARTRES CEDEX.

KLESIA Prévoyance est habilitée à gérer les garanties Rente éducation assurées par l'OCIRP.

Le contrat prend effet au 1^{er} janvier 2019. Il se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction le 1^{er} Janvier de chaque année.

Article 2 – Objet du contrat

Le présent contrat a pour objet de mettre en œuvre le régime de prévoyance obligatoire en faveur des salariés des entreprises relevant de la Convention Collective Nationale de l'Aérialique, Thermique et Frigorifique (matériel) : Installation, Entretien, Réparation et Dépannage.

Article 3 – Risques garantis

KLESIA Prévoyance garantit les risques suivants :

- **Le risque Décès et Annexes :**
 - o Décès « toutes causes » ;
 - o Invalidité absolue et définitive ;
 - o Double effet
 - o Frais d'obsèques.
- **Le risque Incapacité de travail**
- **Le risque Invalidité**
- **Le risque Maternité**

L'OCIRP (sous couvert de l'engagement n°C130) garantit intégralement sous forme de rentes :

- o Rente éducation.

Les risques couverts sont décrits aux présentes Dispositions Générales et le niveau des prestations est décrit aux Dispositions Spécifiques.

Article 4 – Base légale

Le contrat collectif de prévoyance est régi par les dispositions du Code de la Sécurité sociale et est exclusivement soumis à la loi française. Tout litige lié au présent contrat est du ressort des tribunaux français.

Article 5 – Contrôle de l'Institution

L'Institution est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située au 4 rue de Budapest, CS 92459 - 75009 PARIS.

Article 6 – Réclamation et médiation

Pour toute réclamation relative à la mise en œuvre du contrat, l'Adhérent, le Participant ou ses ayants droit doivent s'adresser en priorité à l'Institution :

Par courrier :

GFP
2 rue Joseph Fourier
Le jardin d'entreprise
28039 CHARTRES CEDEX

Si un désaccord persistait après épuisement des voies internes de réclamation, et sans préjudice du droit d'agir en justice, l'Adhérente, le Participant, l'ayant droit ou le bénéficiaire peut, afin de trouver une issue amiable au différend l'opposant à l'Institution, saisir par courrier le Médiateur du CTIP, dans le délai d'un an à compter de la réclamation, à l'adresse suivante :

Par courrier :

Médiateur du CTIP
10 rue Cambacérés
75008 Paris

Sur le site internet : <http://www.ctip.asso.fr/>

Article 7 – Protection des données personnelles

Dans le cadre de la relation contractuelle qui lie l'adhérent à l'Institution, KLESIA Prévoyance, entité du Groupe KLESIA, située 4 rue Georges Picquart 75017 Paris est amenée à traiter des données personnelles des assurés et des bénéficiaires du contrat, en tant que responsable de traitement.

A ce titre, KLESIA Prévoyance s'engage à respecter la réglementation en vigueur applicable en matière de protection des données personnelles et notamment à traiter les données personnelles pour les seules finalités qui font l'objet du contrat à savoir :

- la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance,
- la gestion de la relation commerciale,
- la mise en place d'actions de prévention,
- la prospection commerciale,
- la lutte contre la fraude et les impayés,
- la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme,
- la recherche des contrats décès non réglés,

- le respect de dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur.

Les données personnelles des assurés et des bénéficiaires ne sont transmises à aucun autre destinataire que ceux mentionnés dans la notice d'information.

KLESIA Prévoyance traite les données personnelles des assurés et des bénéficiaires en France ou en Europe. Néanmoins, si un transfert de données, vers des pays non reconnus par la Commission Européenne comme ayant un niveau de protection adéquat devait être envisagé, ils en seraient informés spécifiquement en précisant les garanties mises en place permettant la protection de leurs données personnelles.

Sauf précision apportée dans la notice d'information, les données personnelles des assurés et des bénéficiaires sont conservées le temps de la relation commerciale ou contractuelle et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légales ou nécessaires au respect d'une obligation réglementaire.

Les assurés et bénéficiaires disposent de droits (droit d'accès, de rectification, d'effacement dans certains cas, d'opposition, de limitation du traitement, à la portabilité) qu'ils peuvent exercer auprès du Délégué à la Protection des Données (DPO) de KLESIA Prévoyance par courrier électronique : info.cnil@klesia.fr ou par courrier postal à l'adresse KLESIA - SERVICE INFO CNIL- CS 30027- 93108 Montreuil Cedex.

Les assurés et les bénéficiaires disposent également d'une possibilité de formuler une réclamation près de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) à l'adresse suivante : **3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07** ou <http://cnil.fr>

Des informations plus détaillées sur le traitement des données sont fournies par KLESIA Prévoyance aux assurés et aux bénéficiaires dans la notice d'information.

Article 8 – Communication par voie électronique

Conformément aux dispositions des articles 1366 et 1367 du Code civil, les courriels et les documents électroniques échangés entre l'Entreprise/les Participants et l'Institution et le délégataire de gestion sont considérés comme étant équivalents à des documents écrits. L'ensemble des parties

reconnait la valeur probante des courriels et des documents électroniques. Cette disposition ne fait pas obstacle à la fourniture par l'assuré des documents originaux éventuellement nécessaires à l'Institution pour le paiement des prestations, ainsi qu'au respect des dispositions de l'article R932-1-6 du Code de la Sécurité sociale relatives aux modalités de résiliation du contrat.

Article 9 – Lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme

Dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux, pour tous les versements effectués, l'Adhérente atteste que ces versements n'ont pas une origine provenant d'opérations constitutives d'une infraction à la loi. L'Institution se réserve le droit de demander tout justificatif sur l'origine des versements conformément aux articles L 561-1 et suivants du code monétaire et financier.

Article 10 – Lutte contre la fraude à l'assurance

L'Institution peut utiliser les données personnelles du Participant à des fins de lutte contre la fraude à l'assurance. Ce traitement peut entraîner une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

Titre II – Adhésion de l'entreprise

Article 11 – Champ d'application

Peuvent adhérer au présent contrat l'ensemble des entreprises relevant de la Convention Collective Nationale de l'Aérialique, Thermique et Frigorifique (matériel) : Installation, Entretien, Réparation et Dépannage.

Article 12 – Date d'effet - Durée - Renouvellement de l'adhésion

L'adhésion prend effet à la date indiquée sur le certificat d'adhésion et se termine au 31 décembre de l'année en cours.

Elle se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction le 1^{er} Janvier de chaque année, sauf résiliation à l'initiative de l'Adhérente ou de l'Institution, notifiée par lettre recommandée, moyennant le respect d'un délai de préavis d'au

moins deux mois avant la date d'échéance du contrat.

Article 13 – Obligations de l'Adhérente

13.1. Obligation d'affiliation

Dans le cadre d'un contrat collectif de prévoyance à adhésion obligatoire, l'Adhérente doit affilier l'ensemble de ses salariés.

L'Adhérente s'engage également à y affilier obligatoirement tous les salariés qu'elle embauchera postérieurement à la date d'effet du contrat.

13.2. Informations à fournir à l'Institution

13.2.1. Lors de l'adhésion

Lors de l'adhésion au contrat, l'Adhérente doit fournir à l'Institution :

- un bulletin d'adhésion au présent contrat dûment signé par un représentant habilité ;
- la liste de l'ensemble du personnel bénéficiaire du contrat (nom et prénom, date de naissance, adresse, salaire annuel, situation familiale) ;
- la liste du personnel en incapacité ou invalidité, indemnisé ou non au titre de l'assurance maladie obligatoire, ainsi que les salariés en mi-temps thérapeutique afin que l'Institution évalue les conséquences de la prise en charge des états pathologiques antérieurs à l'adhésion ;
- la liste des anciens salariés bénéficiant du maintien des garanties au titre de la portabilité des droits prévue par l'article L.911-8 du code de la Sécurité sociale, ainsi que la date du terme de ce maintien pour chacun des anciens salariés.

13.2.2. En cours de contrat

L'Adhérente doit :

- informer l'Institution au plus tard à chaque échéance de cotisations, de toute modification d'adresse, de raison sociale ou de modification de sa situation juridique (fusion, cession, scission...) ainsi que de tout élément susceptible d'entraîner une modification de la nature ou l'importance des garanties ;
- transmettre trimestriellement à l'Institution la liste des nouveaux salariés, dans la catégorie assurée (embauche ou changement de

catégorie); toutes ces informations doivent s'accompagner des noms, prénoms, salaire brut d'embauche et numéro de Sécurité sociale du personnel concerné ;

- déclarer trimestriellement à l'Institution les salariés qui quittent l'entreprise notamment suite à une démission, une rupture conventionnelle, un licenciement ou un départ en retraite ou qui sortent de la catégorie de salariés assurés, en précisant la date et le motif du départ ;
- déclarer à l'Institution, dès qu'il en a connaissance, tout salarié dont le contrat de travail est suspendu qui ne pourrait bénéficier du maintien de son affiliation tel que prévu à l'article 18 ;
- déclarer trimestriellement à l'Institution, par le biais des appels des cotisations, l'effectif et la masse salariale brute correspondant au total trimestriel des rémunérations brutes des salariés affiliés au contrat ventilée par tranches soumises à cotisations sociales ;
- transmettre à l'Institution au plus tard le 31 janvier de chaque année, un état nominatif annuel des salaires par voie dématérialisée ;
- déclarer à l'Institution, dès qu'il en a connaissance tous les salariés en arrêt de travail ou qui reprennent leur activité suite à un arrêt de travail indemnisé par l'Institution.

Dispositif relatif à la Déclaration Sociale Nominative (DSN)

Les dispositions ci-dessus sont sans objet dès lors que l'Adhérente a transmis ces données par la voie de la déclaration sociale nominative en application de l'article L133-5-2 du Code de la Sécurité sociale.

13.3. Informations à fournir aux Participants

En vertu des dispositions de l'article L932-6 du Code de la Sécurité sociale, l'Adhérente a un devoir d'information à l'égard des Participants sur le contrat souscrit.

Conformément à ces dispositions, l'Adhérente s'engage à remettre à chaque Participant une copie de la notice d'information qui lui a été transmise par l'Institution.

Il doit également porter à la connaissance de chacun d'eux, par écrit, les modifications des garanties souscrites.

La preuve de la remise de cette notice incombe à l'Adhérente.

Article 14 – Résiliation de l'adhésion.

A la date d'échéance annuelle

L'adhésion peut être résiliée par l'Adhérente ou l'Institution, par lettre recommandée avec avis de réception, au moins deux mois avant la date d'échéance du contrat, le cachet de la poste faisant foi.

En cas de non-paiement des cotisations

L'Institution peut résilier le contrat collectif de prévoyance en cas de défaut de paiement des cotisations conformément à l'article L932-9 du code de la Sécurité sociale.

En cas de refus de modification du contrat

En cas de refus par l'Adhérente de la révision des cotisations par l'Institution ou de la modification des garanties, l'Adhérente dispose de la faculté de résilier le contrat par lettre recommandée avec avis de réception dans un délai d'un mois suivant la proposition de modification.

Titre III – Affiliation des Participants

Article 15 – Conditions - Modalités d'affiliation des Participants

15.1. Conditions d'affiliation

Seuls les salariés relevant du régime général obligatoire, de la Mutualité sociale agricole ou du régime local Alsace-Moselle peuvent bénéficier du présent contrat.

15.2 Modalités d'affiliation

L'ensemble du personnel relevant de la catégorie des salariés assurée doit être affilié à titre obligatoire.

L'Adhérente communique à l'Institution, sur tout support de son choix, la liste de tous les salariés concernés par le contrat.

L'Adhérente est responsable de l'affiliation au contrat de tous les salariés présents à l'effectif. Il doit ainsi s'assurer que l'Institution a bien eu

connaissance de tous les salariés ayant vocation à profiter des garanties du contrat qu'elle a souscrit.

Article 16 - Date d'affiliation et date d'effet des garanties

Sous réserve du respect des conditions et modalités ci-dessus, la qualité de Participant est acquise :

- à la date d'effet de l'adhésion précisée au certificat d'adhésion, lorsque les salariés sont présents dans l'effectif de l'entreprise à cette date et font partie de la catégorie assurée ;
- à la date d'embauche ou de changement de catégorie professionnelle lorsque celle-ci est postérieure à la date d'effet de l'adhésion.

Les salariés bénéficient des garanties prévues au contrat de prévoyance à compter de la date d'affiliation.

Au titre de l'incapacité de travail, pour la détermination de la franchise, l'arrêt de travail est réputé être survenu à la date d'effet du contrat.

Article 17 – Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail ou de rupture du contrat de travail

17.1. Suspension du contrat de travail rémunérée ou indemnisée

Les garanties sont maintenues au profit des Participants dont la suspension du contrat de travail est rémunérée ou indemnisée par l'employeur (en cas de maintien de salaire total ou partiel) ou par la perception d'indemnités journalières complémentaires versées au titre d'un contrat de prévoyance complémentaire ou qui perçoivent des indemnités journalières de la Sécurité sociale.

Sous réserve des dispositions relatives à l'exonération des cotisations prévues à l'article 24, ce maintien des garanties donne lieu à paiement des cotisations.

17.2. Incidences de la rupture du contrat de travail en cas de maladie ou accident

Le Participant en arrêt de travail continue à bénéficier des garanties adoptées par l'Entreprise dans le cadre des présentes garanties, tant que le

contrat d'assurance souscrit par l'Entreprise auprès de l'Institution est en vigueur.

Le maintien des garanties cesse :

- lorsque le Participant ne perçoit plus de la Sécurité sociale de prestations en espèces au titre de l'Incapacité de travail ou de l'Invalidité ayant entraîné le maintien de garantie,
- à la date de liquidation de la retraite du régime général de la Sécurité sociale ou à la date de transformation de la pension d'invalidité en pension vieillesse par la Sécurité sociale,
- à la reprise totale d'activité,
- en cas de résiliation de l'adhésion ou du contrat, sous réserve des dispositions de l'article 20-2 ci-après.

17.3. Suspension du contrat de travail non rémunérée ou non indemnisée

Les garanties sont suspendues de plein droit lors de la suspension du contrat de travail du Participant, sans maintien de la rémunération (congé sabbatique, congé pour création d'entreprise, congé de proche aidant, congé sans solde...).

La suspension des garanties intervient à la date de la cessation effective du travail dans l'Entreprise.

Elle s'achève dès la reprise effective du travail par l'intéressé au sein de l'effectif assuré, sous réserve que l'Institution en soit informée dans un délai de trois mois suivant la reprise.

Cependant, en cas de suspension du contrat de travail pour congé parental, les garanties en cas de décès et d'Invalidité Absolue et Définitive sont maintenues moyennant le paiement des cotisations.

Article 18 – Cessation de l'affiliation du Participant

Sous réserve des cas de maintien des garanties prévus à l'article suivant, l'affiliation du Participant cesse de plein droit dans les cas suivants :

- résiliation de l'adhésion ou du contrat d'assurance, par l'une des parties dans les conditions prévues aux présentes Dispositions Générales ;
- rupture du contrat de travail du Participant ;

- en cas de cessation d'activité ou disparition de l'Adhérente ;
- liquidation de la pension de retraite du Participant, sauf situation de cumul emploi-retraite dans l'entreprise ;
- décès du Participant.

Article 19 – Maintien des garanties au bénéfice du Participant

19.1. Portabilité des droits prévue à l'article L911-8 du Code de la Sécurité sociale

Conditions

Conformément à l'article L911-8 du Code de la Sécurité sociale, en cas de cessation du contrat de travail, les garanties dont bénéficiaient les Participants sont maintenues, à condition que la cessation du contrat de travail ne soit pas consécutive à une faute lourde et que l'ancien salarié soit pris en charge par le régime de l'Assurance Chômage. Le maintien des garanties est également subordonné à la condition que les droits aient été ouverts chez votre dernier employeur.

Formalités

Pour bénéficier de la portabilité des droits, l'ancien salarié doit retourner à l'Institution, le bulletin de demande de portabilité établi par l'Institution dûment complété et signé.

Il incombe à l'Adhérente d'informer le Participant de ce droit.

Date d'effet et durée du maintien des garanties

Le maintien des garanties prend effet à compter de la date de cessation du contrat de travail.

Ce maintien est accordé à l'ancien salarié pendant la période d'indemnisation par l'Assurance Chômage pour une durée équivalente à celle de son dernier contrat de travail ou, le cas échéant, de ses derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur, et en tout état de cause, limité à 12 mois.

La suspension des allocations du régime d'Assurance Chômage, pour cause de maladie ou pour tout autre motif, n'a pas d'incidence sur le calcul de la durée du maintien qui ne sera pas prolongée d'autant.

Garanties maintenues

Les garanties maintenues sont celles en vigueur dans l'entreprise. Ainsi, toute révision du contrat sera applicable aux bénéficiaires du maintien de droit.

Les indemnités versées au titre des garanties incapacité / invalidité au cours de la période de maintien des droits ne peuvent conduire l'ancien salarié à percevoir un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues à la même période.

Financement

Le maintien des garanties est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations du contrat des salariés en activité, ce qui entraîne l'absence de cotisations au titre de périodes postérieures à la cessation du contrat de travail pour l'employeur et l'ancien salarié.

Obligations déclaratives

L'ancien salarié s'engage à fournir à l'Institution :

- à l'ouverture du maintien des garanties, le justificatif initial d'indemnisation par le régime d'Assurance Chômage ;
- trimestriellement, l'attestation de paiement des allocations chômeurs ou le cas échéant, les décomptes d'indemnités journalières de la Sécurité sociale. En cas de sinistre, L'Institution pourra également réclamer cette attestation à chaque demande de prise en charge par le Participant.

Cessation du maintien des garanties

Le maintien des garanties cesse :

- à l'issue de la période de portabilité ;
- au décès de l'ancien salarié ;
- en cas de cessation du versement des allocations du régime de l'assurance chômage ;
- en cas de non transmission des justificatifs de prise en charge par l'assurance chômage ;
- en cas de résiliation de l'adhésion ou du contrat d'assurance, à l'exception de la résiliation pour liquidation judiciaire ou cessation d'activité de l'entreprise ;
- lorsqu'il n'y a plus de salariés actifs dans l'entreprise.

19.2 - Maintien des garanties en cas de résiliation du contrat

19.2.1. Maintien des prestations en cours de service

En application de l'article 7 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 dite « loi Evin », les prestations incapacité ou invalidité en cours de service à la date de résiliation du contrat de prévoyance sont maintenues dans leur montant atteint à cette date, dans les limites des garanties correspondantes telles que définies dans les Dispositions Spécifiques.

Pour les Participants dont l'état d'invalidité ou d'incapacité permanente est reconnu ou aggravé postérieurement à la date de résiliation du contrat de prévoyance, l'Institution verse la prestation prévue à la date de l'arrêt de travail. Ce nouvel état ne sera pris en charge que si le fait générateur de l'arrêt est survenu durant la période d'assurance ou antérieurement à la date d'effet du contrat pour les Participants faisant l'objet d'une reprise de passif et ne bénéficiant pas d'un contrat de prévoyance antérieur.

La revalorisation des prestations cesse à compter de la date de résiliation ou de non renouvellement du contrat de prévoyance.

19.2.2. Maintien des garanties Décès

En application de l'article 7-1 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 dite « loi Evin », les garanties Décès sont maintenues lorsque le Participant est indemnisé au titre de l'incapacité ou invalidité à la date de résiliation ou non-renouvellement du contrat.

19.2.3. Cessation du maintien des garanties

Ces dispositifs de maintien cessent dans les cas suivants :

- reprise totale d'activité ;
- cessation des versements par la Sécurité sociale des indemnités journalières, d'une pension invalidité, d'une rente accident du travail ou maladie professionnelle avec un taux d'incapacité égal ou supérieur à 33% ;
- liquidation de la pension vieillesse par la Sécurité sociale.

Titre IV – Cotisations

La garantie est assurée par l'Institution en contrepartie du paiement des cotisations prévues aux Dispositions Spécifiques.

Article 20 – Assiette et taux de cotisations

Les taux de cotisations définis aux Dispositions Spécifiques sont établis en fonction de la législation et réglementation en vigueur au 1^{er} janvier 2019.

L'assiette des cotisations est déterminée en fonction du total des rémunérations brutes annuelles du Participant, limitée aux tranches A et B :

- Tranche A : Fraction de la rémunération limitée au montant du PASS.
- Tranche B : Fraction de la rémunération comprise entre 1 et 4 fois le montant du PASS.

Salariés à temps partiel

Pour chaque Participant exerçant une activité à temps partiel, la cotisation assise sur la rémunération annuelle brute telle que définie ci-dessus, est due sur le salaire réellement perçu par le Participant.

Salariés à employeurs multiples

Pour chaque Participant exerçant une activité salariée dans plusieurs entreprises, la cotisation est due sur le salaire réellement perçu par le Participant dans l'entreprise Adhérente.

Article 21 - Paiement des cotisations

Les cotisations sont calculées annuellement et recouvrées trimestriellement à terme échu. Elles doivent être payées, au plus tard le 10^{ème} jour suivant l'échéance.

L'adhérente est seule responsable du paiement de la totalité des cotisations à l'Institution. De ce fait, elle procède à leur calcul et au versement à l'Institution.

Sur la base de l'état nominatif des salaires communiqué par l'Adhérente à chaque fin d'exercice, l'Institution effectue un ajustement des cotisations afin de prendre en compte la situation exacte de chaque Participant.

Cet ajustement donnera lieu soit à un remboursement de trop perçu, soit à un paiement complémentaire par l'Adhérente.

Article 22 – Défaut de paiement des cotisations

En cas de non-paiement de l'intégralité des cotisations dans les 10 jours suivant l'échéance, l'Adhérente est mise en demeure d'effectuer le règlement par l'Institution, par lettre recommandée avec avis de réception.

Les garanties seront suspendues 30 jours après la date de mise en demeure si le paiement n'a pas été effectué.

Le contrat sera résilié 40 jours après la date de mise en demeure restée infructueuse.

En tout état de cause, l'Institution poursuivra le recouvrement des cotisations dues et éventuelles majorations de retard. Les frais engagés à cet effet seront entièrement à la charge de l'Adhérente.

En cas de paiement des cotisations arriérées et de celles arrivées à échéance pendant la suspension avant le terme des 40 jours suivant la mise en demeure, le contrat reprend ses effets.

Article 23 – Révision des cotisations

Les taux de cotisation sont réexaminés par l'Institution en fin d'année et peuvent être modifiés en fonction de l'équilibre technique du contrat.

L'Institution peut également réviser les taux de cotisation à tout moment en cas de modification législative ou réglementaire ayant une incidence sur le contrat de prévoyance.

Le changement des taux de cotisation est notifié à l'Adhérente avant son entrée en vigueur.

En cas de refus des taux révisés par l'Adhérente, celui-ci doit aviser l'Institution dès la notification de révision des taux. A défaut d'accord entre l'Institution et l'Adhérente, ce dernier peut résilier le contrat de prévoyance par lettre recommandée avec avis de réception dans un délai d'un mois suivant cette notification.

Cette résiliation prendra effet à la date d'entrée en vigueur des nouveaux taux.

A défaut, l'Adhérente est réputée avoir accepté la révision des taux.

Article 24 – Exonération des cotisations

Le Participant en arrêt de travail est exonéré des cotisations afférentes aux garanties décès, incapacité de travail et invalidité au terme du délai de franchise.

L'exonération est partielle si le Participant travaille à temps partiel, les cotisations étant alors proportionnelles aux rémunérations brutes annuelles effectivement perçues du fait de son activité réduite.

L'exonération des cotisations cesse :

- dans les cas de cessation des prestations incapacité ou invalidité ;
- en cas de résiliation du présent contrat.

Titre V – Prestations

Article 25 – Traitement de base - Base des prestations

Le traitement de référence qui sert de base de calcul des prestations est égal à l'ensemble des rémunérations brutes perçues au cours des douze mois pleins précédant la date de l'arrêt de travail, du décès ou de l'évènement ayant donné lieu à l'Invalidité Absolue et Définitive et des primes, allocations d'heures supplémentaires et autres éléments de salaires se rapportant à la période normale des 12 derniers mois d'activité et soumis à charge sociale limité aux tranches soumises à cotisations telles que prévues à l'article 20 du présent contrat.

En tout état de cause, le traitement pris en compte pour le calcul des prestations ne peut excéder celui choisi par l'Adhérente comme base des cotisations.

En cas de décès ou d'Invalidité Absolue et Définitive d'un Participant ne surviennent pas directement après une période d'activité, le salaire de base défini à l'article 25 est revalorisé selon les modalités prévues à l'article 26.

Pour le Participant n'ayant pas 12 mois de présence dans l'entreprise à la date de réalisation de l'évènement couvert en fonction des garanties du régime, le salaire de référence est reconstitué sur la base des éléments fixes de rémunération du dernier mois complet d'activité.

Si le Participant n'a pas reçu de rémunération ayant donné lieu à cotisations pendant tout ou partie des 12 mois visés au premier alinéa du fait de la suspension de son contrat de travail suite à un arrêt de travail ou congé maternité ou paternité, le traitement de référence sera reconstitué sur 12 mois.

Aucune reconstitution de salaire ne sera effectuée en raison d'une suspension du contrat de travail pour une autre raison qu'un arrêt de travail, un congé maternité ou un congé paternité (exemples : congé sabbatique,). Seule la rémunération éventuellement perçue au cours des 12 derniers mois civils sera alors pris en compte.

Si le Participant est reconnu invalide au sens de l'article L341-1 du Code de la Sécurité sociale et autorisé par la Sécurité sociale à reprendre une activité à temps partiel, la rémunération partielle est complétée jusqu'à concurrence de la rémunération qu'il aurait perçue s'il avait travaillé à temps complet.

Le traitement de référence servant de base de calcul de la garantie décès peut être revalorisé dans les conditions prévues à l'article ci-dessous en cas de décès survenant en cours d'arrêt de travail.

Article 26 – Revalorisation

26.1. Revalorisation des prestations périodiques

Les prestations périodiques (indemnités journalières, rentes d'invalidité) peuvent être revalorisées annuellement au 1^{er} juillet de chaque année, sur la base du taux décidé par le Conseil d'administration de l'organisme assureur. La première revalorisation des prestations intervient le cas échéant le 1^{er} juillet suivant la date anniversaire du sinistre générateur des prestations.

En cas de résiliation du contrat, les prestations ne sont plus revalorisées et continuent d'être versées au niveau atteint à la date de résiliation.

En cas de changement d'organisme gestionnaire des garanties, la revalorisation des prestations prévues en cas d'arrêt de travail sera prise en charge par le nouvel organisme conformément à l'article L.912-3 du code de la Sécurité sociale.

26.2. Revalorisation du capital décès

Revalorisation

La revalorisation prévue à l'article précédent s'applique également au traitement de référence servant de base de calcul en cas de décès pour les Participants en arrêt de travail bénéficiant du maintien des garanties décès.

Cette revalorisation ne porte pas préjudice à l'application de la revalorisation du capital décès telle que prévue par la Loi n° 2014 – 617 du 13 juin 2014 et le Décret n° 2015 – 1092 du 28 août 2015.

Revalorisation des prestations non réglées dites revalorisation post-mortem (Loi n° 2014 – 617 du 13 juin 2014 et le Décret n° 2015 – 1092 du 28 août 2015)

À compter de la date du décès du Participant jusqu'à la date de réception par l'Institution des pièces nécessaires au paiement de la prestation, la prestation mentionnée au contrat -qu'elle soit versée sous forme de capital ou de rente est revalorisée dans les conditions prévues à l'article R.132-3-1 du Code des assurances.

Il est précisé que la date de prise de connaissance par l'Institution du décès du Participant, est la date à laquelle l'Institution est informée du décès, par la réception de l'acte de décès.

Article 26.3 Revalorisation des Rentes Education

Les rentes d'éducation sont revalorisées suivant l'évolution de l'indice général prévu par le conseil d'administration de l'OCIRP, assureur de la garantie Rente éducation gérée pour son compte par l'Institution.

Par dérogation, en cas de changement d'organisme gestionnaire, la revalorisation des prestations rente éducation sera poursuivie par l'OCIRP.

Article 27 – Modification des prestations

L'Institution peut modifier les garanties en cas d'évolution législative ou réglementaire ou en cas de déséquilibre technique du contrat.

Les modifications des garanties donneront lieu à l'émission d'un avenant.

Incidences des modifications de garanties pour les Participants en arrêt de travail

En cas de modification des conditions de prestations des garanties incapacité temporaire de travail - invalidité, les Participants en incapacité temporaire de travail ou en invalidité restent couverts selon les modalités contractuelles en vigueur à la date de l'arrêt de travail.

En cas de modification des conditions de prestations des garanties décès, les dispositions suivantes s'appliquent aux Participants en incapacité temporaire de travail ou en invalidité à la date de la modification :

- s'ils figurent toujours aux effectifs de l'entreprise ou sont affiliés au contrat au titre de la portabilité, alors ils sont couverts selon les nouvelles conditions,
- à défaut, ils restent couverts selon les modalités en vigueur à la date de radiation des effectifs ou à la date d'expiration de la période de maintien des garanties susvisées.

Article 28 – Déclaration des sinistres

Le sinistre doit être déclaré à l'Institution dans les six mois à compter de sa survenance.

En cas de déclaration au-delà de ce délai, l'Institution se réserve le droit d'opposer la déchéance à indemnisation pour déclaration tardive si cela lui a causé un préjudice.

Toute demande doit être accompagnée des justificatifs nécessaires, dont la liste figure au Titre VII.

L'Institution se réserve le droit de vérifier l'exactitude des déclarations.

Article 29 - Paiement des prestations

L'Institution règle les prestations généralement dans les 15 jours ouvrés et dans un délai maximum d'un mois après la réception de l'ensemble des pièces requises pour l'ouverture des droits, délais de poste et bancaire non compris. Le règlement s'effectue par virement bancaire ou par chèque auprès du Participant, de l'Adhérente ou du bénéficiaire.

A compter du 1^{er} janvier 2019, en application du prélèvement à la source sur les revenus, les prestations de prévoyance complémentaire entrant dans le champ de la retenue à la source sont versées, le cas échéant, minorées du montant dû au titre de l'impôt.

Ce montant est calculé en fonction du taux personnalisé s'il est connu, ou, à défaut, du taux non personnalisé ; il est reversé à l'administration fiscale.

Si les prestations sont versées directement au bénéficiaire, la retenue à la source est réalisée par l'assureur.

Si les prestations sont versées à l'entreprise, la retenue à la source est effectuée par celle-ci. Dans les deux situations, les prestations sont payées au bénéficiaire net d'impôt.

Article 30 – Plafonnement des prestations

Les prestations incapacité ou invalidité versées par l'Institution en complément de celles de la Sécurité sociale, le cas échéant au titre d'un autre contrat d'assurance, de la fraction de salaire maintenue par l'employeur, ne peuvent procurer au Participant un revenu supérieur à la rémunération nette qu'il aurait perçue s'il avait continué à exercer son activité.

De même, si le Participant reprend une activité partielle salariée ou non salariée, le cumul de la rémunération salariée ou non et des prestations perçues ne peuvent excéder la rémunération nette qu'il aurait perçue s'il avait exercé son activité à temps complet.

Article 31 – Contrôle médical

Lors d'une demande de prestations ou pendant leur service, l'Institution se réserve le droit de faire examiner le Participant par un médecin qu'il mandate à cet effet afin de pouvoir constater la réalité et la gravité de son état. En conséquence, l'Institution peut procéder, indépendamment de la prise en charge du Participant par la Sécurité sociale obligatoire ou de tout autre organisme, à la suspension voire la suppression des prestations dès l'initiation du contrôle médical.

Le Participant doit fournir toutes les pièces justificatives et se prêter à toute expertise ou examen que le médecin désigné par l'Institution jugera utile de lui demander pour apprécier son état. Il doit être en mesure de présenter le maximum de pièces en lien avec son état de santé (certificats médicaux, ordonnances, radiographies, scanners, originaux des décomptes des prestations en espèces émanant de la Sécurité sociale, attestations de salaire employeur...). À tout moment, les médecins mandatés par l'Institution auront le libre accès au Participant en arrêt de travail ou en invalidité, afin de pouvoir constater son état. Des examens complémentaires pourront être effectués à la demande du médecin mandaté.

Le Participant est tenu de se soumettre à ce contrôle médical. A défaut et après mise en demeure, l'Institution pourra suspendre les droits aux prestations à l'expiration d'un délai de 30 jours. Il en sera de même en cas d'absence du domicile. Pendant la période de suspension des droits à prestations, aucune prestation n'est due ; le versement des prestations s'effectue ou reprend, s'il y a lieu, au terme définitif du processus du contrôle médical.

La décision de l'Institution relative au refus de règlement du sinistre, à la réduction ou à la cessation des prestations, prise en fonction des conclusions de son médecin désigné, s'impose au Participant sans que celui-ci puisse se prévaloir de la poursuite par la Sécurité sociale de l'indemnisation pour les prestations de base, ou d'avis de prolongation de l'arrêt de travail postérieurs au contrôle ou à l'expertise.

La décision est notifiée au Participant par lettre recommandée avec avis de réception.

La contestation par le Participant des conclusions du médecin désigné par l'Institution doit être adressée sous pli confidentiel par lettre recommandée à l'Institution dans un délai de 30 jours à compter de la notification de la décision de l'Institution. Dans cette hypothèse, le Participant pourra se faire représenter par son médecin traitant dans une entrevue amiable avec le médecin conseil de l'Institution. En cas de désaccord entre son médecin traitant et le médecin conseil, les parties désigneront d'un commun accord, dans un délai d'un mois un troisième médecin pour les départager. A défaut d'entente, la désignation sera faite sur requête de la partie la plus diligente par le Président du Tribunal de Grande Instance du ressort de l'Institution.

L'avis de ce troisième médecin s'imposera à l'Institution et au Participant sans que celui-ci puisse se prévaloir de la poursuite par la Sécurité sociale de l'indemnisation pour les prestations de base, ou d'avis de prolongation ou de nouvel arrêt postérieurs au contrôle ou à l'expertise.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin ; ceux du troisième médecin ainsi que ses frais de nomination sont supportés à parts égales par les deux parties.

Le contrôle continuera à s'exercer, même après résiliation du contrat tant que l'Institution verse des prestations.

Article 32 – Exclusions

32.1. Exclusions générales

Ne donnent pas lieu à prise en charge, les sinistres qui résultent :

- du suicide qui se produit au cours de la première année d'affiliation au présent contrat. Toutefois, le suicide est garanti si du fait de son affiliation au présent contrat et, précédemment à un autre contrat de prévoyance à adhésion obligatoire, le

Participant a été couvert une année continue d'assurance à la date du suicide ;

- de faits de guerre civile ou étrangère, d'émeutes, d'insurrections, d'attentats, d'actes de terrorisme, quel que soit le lieu où se déroulent les faits et quels qu'en soient les protagonistes dès lors que le Participant y prend une part active. Lorsque la France est partie belligérante à des faits de guerre étrangère, la prise en charge intervient dans les conditions définies par la législation intervenant sur les assurances sur la vie en temps de guerre ;
- des conséquences de maladie ou d'accident qui sont le fait volontaire du Participant, de mutilations volontaires ou d'une tentative de suicide ;
- des conséquences de la participation volontaire et violente du Participant à des rassemblements, manifestations sur la voie publique, à des mouvements populaires, rixes, jeux et paris ;
- directement ou indirectement du risque atomique ou de radiations ionisantes.

32.2. Rentes assurées par l'OCIRP

Les garanties ne sont pas accordées dans les cas suivants :

- le bénéficiaire a commis ou fait commettre un meurtre sur la personne du Participant et a été condamné pour ce fait par décision de justice devenue définitive ;
- en cas de guerre étrangère, dans les conditions qui seront déterminées par la législation à intervenir sur les assurances sur la vie en temps de guerre ;
- de guerre civile étrangère, d'émeute, de rixe, d'acte de terrorisme dans lesquels le Participant a pris une part active, étant précisé que les cas de légitime défense et d'assistance à personne en danger sont garantis, à charge pour le bénéficiaire d'en apporter la preuve ;
- les sinistres survenus à la suite des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagements de chaleur, d'irradiation provenant de transmutations des noyaux d'atomes.

Article 33 – Déchéance

Le bénéficiaire qui est condamné pour avoir volontairement donné la mort au Participant est déchu du bénéfice des garanties, celles-ci continuant à produire leurs effets au profit des autres bénéficiaires.

Article 34 – Subrogation

L'Institution est subrogée au Participant ou à ses ayants droit victime d'un accident dans leur action contre le tiers responsable pour le sinistre pris en charge, dans la limite des prestations versées.

Article 35 – Fausse déclaration

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle du bénéficiaire, la garantie accordée au Participant est nulle conformément à l'article L932-7 du Code de la Sécurité sociale. Les cotisations payées demeurent acquises à l'Institution.

Article 36 – Prescription

Toutes les actions dérivant du contrat sont prescrites dans un délai de deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

La prescription est portée à :

- cinq ans concernant l'incapacité de travail ;
- 10 ans concernant les garanties décès (capital, rente éducation et rente de conjoint) versées aux bénéficiaires.

Conformément aux dispositions de l'article L932-13 du Code de la Sécurité sociale et de la loi n°2014-617 du 13 juin 2014, la prescription est portée à 30 ans à compter du décès du Participant pour le bénéficiaire qui n'a pas été informé de sa qualité par l'Institution.

Toutefois, le délai de prescription ne court :

- qu'à compter du jour où l'Institution en a eu connaissance en cas de réticence, omission ou fausse déclaration ;
- que du jour où les intéressés ont eu connaissance du risque, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Lorsque l'action de l'Adhérente, du Participant, du bénéficiaire, ou de l'ayant droit contre l'Institution a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers à exercer une action en justice contre l'Adhérente, le Participant, ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

Le délai de prescription est interrompu dans les cas suivants :

- reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;
- demande en justice, même en référé ;
- acte d'exécution forcée ;
- désignation d'experts à la suite d'un sinistre ;
- envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception adressée soit à l'entreprise par l'Institution en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, soit à l'Institution par le Participant, le bénéficiaire ou les ayants droit en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Titre VI – Garanties

Le présent titre définit l'ensemble des garanties couvertes par le contrat ainsi que la situation familiale prise en compte pour les éventuelles majorations des montants de prestations.

Les garanties souscrites ainsi que leur montant calcul sont indiqués aux Dispositions Spécifiques.

SITUATION FAMILIALE

Article 37 – Situation familiale du Participant

Le montant des prestations ainsi que les éventuelles majorations prennent en compte la situation familiale du Participant, dûment justifiée. Les personnes prises en compte sont le conjoint du Participant, les enfants à sa charge ou à la charge de son conjoint.

37.1. Définition du conjoint

Est considéré comme conjoint :

- l'époux (se) du Participant, non séparé de corps judiciairement à la date du sinistre ouvrant droit à prestations ;
- le partenaire lié au Participant par un Pacte Civil de solidarité (PACS) ;

- le concubin, personne vivant maritalement avec le Participant sous le même toit, à condition que les conditions cumulatives suivantes soient remplies :
 - le concubin et le Participant soient tous les deux célibataires ou veufs ;
 - le concubinage est établi de façon notoire depuis plus d'un an.Cette condition de durée est supprimée lorsqu'un enfant est né de cette union.

37.2. Définition des enfants à charge

Sont considérés comme enfants à charge les enfants du Participant reconnus, adoptés ou recueillis et ceux de son conjoint lorsqu'ils sont fiscalement à charge du Participant et sont :

- âgés de moins de 18 ans ;
- âgés de 18 ans et de moins de 21 ans s'ils se ne livrent à aucune activité rémunérée leur procurant un revenu supérieur au SMIC mensuel (revenu minimum légal en vigueur),'
- âgés de 21 ans et de moins de 26 ans s'ils se ne livrent à aucune activité rémunérée leur procurant un revenu supérieur au SMIC mensuel (revenu minimum légal en vigueur), et :
 - poursuivent des études ;
 - sont sous contrat d'apprentissage ;
 - sont à la recherche d'un premier emploi et inscrits à ce titre à Pôle Emploi,
- quel que soit leur âge, s'ils sont infirmes et titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L241-3 du code de l'action sociale et des familles, sous réserve que l'état d'invalidité soit survenu avant le 18^{ème} anniversaire.
- l'enfant né ou à naître dans les 300 jours suivant le décès du Participant si ce dernier est légitime.

Sont considérés comme fiscalement à charge du Participant, les enfants :

- pris en compte dans le calcul de l'impôt sur le revenu du Participant ;
- recevant du Participant une pension alimentaire venant en déduction dans le calcul de l'impôt sur le revenu de celui-ci ;
- adoptés ou reconnus par le Participant, s'ils sont fiscalement à charge de son conjoint.

La situation de famille prise en considération est obligatoirement celle, dûment justifiée, du Participant à la date du sinistre, en dehors de la

naissance intervenue dans le délai de 300 jours mentionné ci-dessus.

GARANTIES DECES

Ces garanties ont pour objet d'assurer aux Participants ou bénéficiaires, selon les Dispositions Spécifiques, le versement d'une prestation sous forme d'un capital, d'une rente en cas de décès ou d'Invalidité absolue et définitive.

En cas de disparition, la garantie décès n'est due qu'après reconnaissance du décès par absence, par le tribunal compétent.

Article 38 - Garantie décès

38.1. Décès en capital « toutes causes »

En cas de décès du Participant, quelle qu'en soit la cause, l'Institution verse au(x) bénéficiaire(s) désignés par le Participant, un capital. Le montant du capital est défini aux Dispositions Spécifiques. Ce montant dépend de la situation familiale du Participant.

Des majorations pour enfants à charge sont appliquées conformément aux taux définis aux Dispositions Spécifiques.

Le décès met fin à l'ensemble des garanties dont bénéficiait le Participant, à l'exception de la garantie Double effet.

38.2. Bénéficiaires du capital décès

En l'absence de désignation expresse des bénéficiaires, les capitaux décès sont versés dans l'ordre de priorité suivant :

- au conjoint du Participant marié à condition qu'il ne soit pas séparé de corps judiciairement ;
- à défaut, au partenaire lié au Participant par un PACS ou à son concubin ;
- à défaut, aux enfants du Participant par parts égales entre eux,
- à défaut, aux ascendants du Participant, par parts égales entre eux ou aux survivants d'entre eux ;
- à défaut, aux héritiers du Participant, par parts égales entre eux, y compris ceux qui ont renoncé à la succession.

Le Participant peut désigner un ou plusieurs bénéficiaires du capital décès de base, au moment de son affiliation ou ultérieurement.

La désignation expresse du bénéficiaire s'effectue par le formulaire délivré à cet effet par l'Institution, accompagné de son mode d'emploi. Un acte sous seing privé ou un acte authentique permet également la désignation du ou des bénéficiaires à condition que cette désignation soit notifiée à l'Institution.

En cas de désignation nominative, les coordonnées du ou des bénéficiaires désignés doivent être précisées afin de permettre à l'Institution de le(s) retrouver.

La désignation peut être modifiée par le Participant à tout moment, notamment si celle-ci n'est plus appropriée (changement de situation familiale du Participant, naissance...) sauf si le bénéficiaire désigné reconnaît par écrit accepter de percevoir le capital. En effet, dans ce cas, la désignation faite à son profit devient irrévocable.

Dans le cas où les bénéficiaires désignés sont décédés, le capital décès est versé dans l'ordre de priorité indiqué ci-dessus.

Cas particuliers

Par dérogation et indépendamment de toute autre désignation, lorsque le montant du capital est déterminé en tenant compte des personnes à charge, la majoration de capital correspondante ne profite qu'aux personnes prises en considération pour le calcul de ces majorations.

Lorsque les enfants à charge sont mineurs, les majorations du capital correspondantes seront versées au représentant légal.

La part de capital correspondant aux dites majorations est égale à la différence entre le capital dû en fonction de la situation et des charges de famille du Participant et le capital que l'Institution aurait payé si le Participant avait été sans personne à charge.

En cas de décès du Participant et du ou des bénéficiaires désignés au cours d'un même évènement sans qu'il ne soit possible de déterminer

l'ordre des décès, le Participant est présumé avoir survécu le dernier pour la détermination des bénéficiaires du capital.

Dans le cas où une cession en garantie a été effectuée au profit d'un organisme prêteur, le capital décès, déduction faite des éventuelles majorations pour personne à charge lui sera versé à hauteur du prêt restant dû, le solde revenant aux autres bénéficiaires.

38.3. Garantie Invalidité absolue et définitive.

Le Participant est considéré comme étant en Invalidité absolue et définitive lorsqu'il cumule les conditions suivantes :

- reconnaissance par la Sécurité sociale d'une invalidité 3^{ème} catégorie ou incapacité permanente de 100% au titre d'un accident du travail ou maladie professionnelle ;
- le Participant est définitivement dans l'incapacité de se livrer à une activité professionnelle ;
- son état nécessite l'aide d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie courante.

Dans ce cas, le capital décès peut lui être versé par anticipation à compter de la consolidation de l'Invalidité absolue et définitive. Ce versement met automatiquement fin à la garantie décès sauf, le cas échéant, à la garantie double effet et aux garanties de rente en cas de décès. En particulier, le décès du Participant n'entraîne pas le paiement d'un nouveau capital.

38.4. Garantie double effet

En cas de décès simultané ou postérieur du conjoint, il est versé un capital aux enfants restés à la charge du conjoint survivant. Ce capital est réparti à parts égales entre les enfants à charge.

Le capital est versé sous les conditions cumulatives suivantes :

- le conjoint décède au plus tôt le jour du décès du Participant ;
- il n'est pas séparé de corps judiciairement au moment du décès du Participant ;
- il n'a pas encore atteint l'âge légal d'ouverture des droits à la pension vieillesse ;

- il laisse un ou plusieurs enfants, à sa charge au moment du décès, et initialement à la charge du Participant ;
- le contrat est toujours en vigueur à la date de son décès.

38.5. Frais d'obsèques

Cette garantie a pour objet d'assurer le versement d'une allocation couvrant tout ou partie des frais d'obsèques des bénéficiaires définis à l'article 40 des présentes dispositions générales.

Le montant de l'allocation est fixé aux Dispositions Spécifiques. Toutefois l'allocation est limitée au strict remboursement des frais d'obsèques réellement engagés pour les enfants de moins de 12 ans, les majeurs en tutelle ou les personnes placées dans un établissement psychiatrique d'hospitalisation.

L'allocation est versée à l'entreprise de pompes funèbres ayant réalisé les obsèques ou à la personne physique ayant supporté leurs frais à hauteur du montant de la facture des obsèques et dans la limite du montant garanti.

Le solde éventuel est versé :

- au participant en cas de décès de son conjoint ou d'un enfant à charge
- au conjoint du Participant, à défaut aux enfants à charge tels que définis au paragraphe « situation familiale » des présentes Dispositions Générales.

L'allocation est versée dans un délai maximum de trente jours ouvrés à compter de la remise de l'ensemble des pièces justificatives.

GARANTIES RENTES

Article 39 - Rentes

39.1. Rente éducation assurée par l'OCIRP (sous l'engagement n°C130)

Cette garantie a pour objet le paiement aux enfants à charge du Participant tels que définis ci-dessous, d'une rente en cas de décès ou d'Invalidité Absolue et Définitive du Participant pendant la période de garantie.

Le montant de la rente est fixé aux Dispositions Spécifiques

Bénéficiaires de la rente éducation

Sont considérés comme enfants à charge les enfants du Participant reconnus, adoptés ou recueillis et ceux de son conjoint lorsqu'ils sont fiscalement à charge du Participant et sont :

- âgés de moins de 18 ans ;
- âgés de 18 ans et de moins de 21 ans s'ils se ne livrent à aucune activité rémunérée leur procurant un revenu supérieur au SMIC mensuel (revenu minimum légal en vigueur),
- âgés de 21 ans et de moins de 26 ans s'ils se ne livrent à aucune activité rémunérée leur procurant un revenu supérieur au SMIC mensuel (revenu minimum légal en vigueur), et :
 - poursuivent des études ;
 - sont sous contrat d'apprentissage ;
 - sont à la recherche d'un premier emploi et inscrits à ce titre à Pôle Emploi,
- quel que soit leur âge, s'ils sont infirmes et titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L241-3 du code de l'action sociale et des familles, sous réserve que l'état d'invalidité soit survenu avant le 18^{ème} anniversaire.
- l'enfant né ou à naître dans les 300 jours suivant le décès du Participant si ce dernier est légitime.

Sont considérés comme fiscalement à charge du Participant, les enfants :

- pris en compte dans le calcul de l'impôt sur le revenu du Participant ;
- recevant du Participant une pension alimentaire venant en déduction dans le calcul de l'impôt sur le revenu de celui-ci ;
- adoptés ou reconnus par le Participant, s'ils sont fiscalement à charge de son conjoint.

La situation de famille prise en considération est obligatoirement celle, dûment justifiée, du Participant à la date du sinistre, en dehors de la naissance intervenue dans le délai de 300 jours mentionné ci-dessus.

Délais, date d'effet et modalités de paiement des prestations

La rente éducation prend effet à compter du premier jour du mois civil suivant le décès du Participant.

La rente est réglée chaque trimestre d'avance :

- au Participant lui-même ou à son tuteur légal désigné s'il est invalide ;
- en cas de décès du Participant, au conjoint, à défaut au tuteur ou, si celui-ci a donné son accord, à la personne ayant la charge effective de l'enfant si ce dernier est mineur ;
- à l'enfant lui-même s'il est majeur.

En outre, le bénéficiaire de la rente éducation ou son représentant légal devra, sous peine d'une suspension des prestations en cours, adresser à l'OCIRP toute pièce valant certificat de vie, au 1er janvier de chaque année.

Revalorisation des rentes en cours de service

Les rentes servies dans le cadre du présent contrat sont revalorisées suivant l'évolution de l'indice général prévu par le Conseil d'administration de l'OCIRP, selon les dispositions prévues à l'article 27.

Cessation du droit aux prestations

La rente cesse d'être due à compter du premier jour du trimestre suivant la date à laquelle l'enfant à charge ne réunit plus les conditions d'âge et/ou de situations exigées lors de l'ouverture des droits, et en tout état de cause, à la date de son décès.

La rente est viagère lorsque l'enfant est reconnu comme étant handicapé.

GARANTIES INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL / INVALIDITE / MATERNITE - PATERNITE - ADOPTION

Article 40 – Garantie Incapacité temporaire de travail

40.1. Conditions de la garantie

En cas d'incapacité temporaire de travail, le Participant perçoit, sous réserve d'un éventuel contrôle médical, des indemnités journalières complémentaires.

Est considéré en état d'incapacité temporaire de travail donnant lieu au versement des indemnités journalières par l'Institution, le Participant qui suite à une maladie ou un accident :

- se trouve, temporairement inapte à l'exercice de son activité professionnelle ;
- perçoit des indemnités journalières de la Sécurité sociale :
 - soit au titre de l'assurance maladie ;
 - soit au titre de l'assurance des accidents de travail et des maladies professionnelles ;
- et qui ne fait l'objet d'aucune mesure de suspension de maintien de salaire par son employeur suite à un contrôle médical diligenté par ce dernier.

L'Institution se réserve le droit de demander au Participant de produire, pour constater son état d'incapacité et verser la prestation, un certificat médical établi par son médecin, ou de le soumettre à une expertise médicale.

40.2. Montant des prestations

Les indemnités journalières sont calculées selon un taux appliqué au traitement de référence.

Le montant des prestations est entendu brut de toutes charges sociales susceptibles de grever les prestations.

En cas de reprise du travail à temps partiel, et à condition que la Sécurité sociale maintienne le paiement de ses prestations en espèces, les indemnités journalières versées par l'Institution sont réduites à due proportion.

40.3. Date d'effet des prestations

Le versement des prestations intervient soit :

- en relais des garanties de maintien de salaire prévues dans la convention ou l'accord collectif applicable à l'Adhérente pour les salariés ayant plus d'un an d'ancienneté ;
- au terme du délai de franchise prévu aux Dispositions Spécifiques pour les salariés ayant moins d'un an d'ancienneté. Cette franchise court à partir du premier jour d'arrêt de travail.

La période de franchise est continue. Les prestations sont versées si la durée totale de

l'incapacité de travail, sans interruption dépasse la période de franchise.

40.4. Modalités de versement des prestations

Les indemnités journalières sont versées directement à l'Adhérente tant que le contrat de travail est maintenu, à charge pour cette dernière de les reverser au Participant, nettes de charges sociales et à compter du 1^{er} janvier 2019 d'impôt sur le revenu.

Lorsque le contrat de travail est rompu, les indemnités journalières sont versées directement au Participant, nettes de charges sociales prévues par la réglementation et à compter du 1^{er} janvier 2019 d'impôt sur le revenu.

40.5. Cessation du versement des prestations

Les indemnités journalières complémentaires cessent d'être versées :

- dès que la Sécurité sociale cesse le versement des indemnités journalières ;
- à la date de la reprise d'une activité professionnelle à temps complet ;
- au 1096^{ème} jour d'arrêt de travail ;
- à la date de l'attribution par la Sécurité sociale d'une pension d'invalidité ou d'une rente d'incapacité permanente ;
- à la date de liquidation de la pension vieillesse ;
- à la suite d'un contrôle médical concluant à un arrêt de travail non justifié ou du refus de contrôle.

40.6. Rechute

Le Participant qui se trouve à nouveau en arrêt de travail dans les deux mois qui suivent la cessation de paiement des indemnités journalières complémentaires n'est pas soumis au délai de franchise, à la condition que le nouvel arrêt de travail résulte de la même cause que l'arrêt précédemment indemnisé. Il appartient au Participant d'en apporter la preuve par certificat médical.

Les indemnités sont calculées sur les mêmes bases qu'à la date du premier arrêt de travail, et les éventuelles revalorisations restent acquises.

Article 41 – Garantie Invalidité

En cas d'invalidité ou d'incapacité permanente, l'Institution verse, sous réserve d'un éventuel contrôle médical, une prestation complétant la rente ou la pension servie par la Sécurité sociale.

41.1. Invalidité d'origine non professionnelle

Le Participant a droit au versement de la rente en cas d'invalidité permanente consécutive à une maladie ou un accident d'origine non professionnelle, lorsque l'Institution reconnaît qu'il remplit les critères d'attribution fixés à l'article L341-1 du code de la Sécurité sociale.

Le montant de la rente est fixé en pourcentage du traitement de base, selon le classement par la Sécurité sociale du Participant 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie d'invalidité telles que définies à l'article L341-4 du Code de la Sécurité sociale. La rente est exprimée sous déduction des prestations brutes versées par la Sécurité sociale (hors majoration pour recours à une tierce personne) selon les modalités prévues aux Dispositions Spécifiques.

41.2. Invalidité d'origine professionnelle

Cette rente est versée en cas d'incapacité permanente suite à un accident de travail ou une maladie professionnelle.

Le montant est fixé en pourcentage du traitement de base, selon le taux d'incapacité permanente attribué par la Sécurité sociale.

Aucune rente n'est servie lorsque le taux d'incapacité permanente est inférieur à 66%.

41.3. Modalités de versement des prestations

La rente est payée mensuellement à terme échu. Elle est versée directement au Participant, nette de toute contributions sociales et, à compter du 1^{er} janvier 2019 d'impôt sur le revenu, sauf demande expresse de l'Adhérente ou du Participant lorsque ce dernier reste inscrit dans les effectifs de l'entreprise. Dans ce cas, à charge pour l'adhérent de reverser la rente au participant, nette de contributions sociales et, à compter du 1^{er} janvier 2019 d'impôt sur le revenu.

41.4. Cessation du versement des prestations

La rente cesse d'être due :

- dès que la Sécurité sociale ne verse plus la pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité ;
- à la date de la reprise d'une activité professionnelle à temps complet ;
- à la date de l'attribution par la Sécurité sociale de la pension vieillesse, y compris au titre de l'inaptitude au travail ;
- à la suite d'un contrôle médical concluant à un arrêt de travail non justifié ou d'un refus de contrôle.

La rente peut être révisée ou supprimée lorsque le Participant voit son taux d'incapacité évoluer ou change de catégorie d'invalidité suite à une décision de la Sécurité sociale.

Cette révision ou suppression prend effet à compter de la date du changement de situation du Participant.

Article 42 – Garantie Maternité – Paternité - Adoption

L'Institution verse à tout(e) Participant en congé légal de maternité prénatal et postnatal, de paternité ou d'adoption, une prestation complémentaire aux indemnités journalières brutes de la Sécurité sociale dont le montant est défini aux Dispositions Spécifiques.

42.1 Cessation du versement des prestations

Les modalités sont identiques à celles de la garantie incapacité de travail (voir ci-dessus, article 40.5)

Titre VII. Documents nécessaires au règlement des prestations

En complément de la demande de règlement de prestations dûment remplie, les documents justificatifs à fournir en cas de sinistre pour le paiement des prestations sont ceux prévus dans le tableau ci-dessous. Toutefois, l'Institution peut demander d'autres pièces justificatives destinées à compléter le dossier.

Documents justificatifs	Demande de prestation en cas de :			
	Décès	IAD	Incapacité temporaire	Invalidité
Extrait d'acte de décès	•			
Copie des bulletins de salaire correspondant au traitement de référence	•	•	•	•
Copie des décomptes d'indemnités journalières de la Sécurité sociale			•	
Certificat médical détaillé précisant la nature de l'affection, la date de la première constatation médicale et la durée prévisible de l'arrêt de travail (à adresser sous pli confidentiel à l'attention du Médecin conseil)			•	•
Si rechute, certificat médical attestant que le nouvel arrêt résulte de la même affection			•	
Certificat médical précisant la nature et les circonstances du décès (à retourner sous pli confidentiel à l'attention du Médecin conseil)	•			
Facture acquittée de frais d'obsèques	•			
Rapport médical établi par le médecin traitant ou par le médecin ayant constaté l'IAD (à retourner sous pli confidentiel à l'attention du Médecin conseil)		•		
Demande écrite du Participant ou de son représentant légal		•		
Copie de la notification d'attribution de la Sécurité sociale de la pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité permanente		•		•
Relevé d'identité bancaire	•	•	•	•
Justificatifs des salaires perçus en cas de reprise partielle d'activité ou attestation sur l'honneur de non-activité professionnelle			•	•
Copie intégrale de l'acte de naissance de chaque bénéficiaire	•			
Attestation de l'Adhérente indiquant les salaires bruts et nets (ou de tous les employeurs pour le Participant ayant des employeurs multiples)			•	•
Photocopie de l'avis d'imposition sur les revenus du Participant (et éventuellement de ceux du conjoint)	•	•	•	•
Copie du livret de famille du Participant	•	•		
Certificat de scolarité et/ou pièces justifiant la qualité d'enfant à charge (1)	•	•		
Certificat de vie (1)	•	•		
Copie de l'ordonnance ou du jugement de tutelle (2)	•	•		
Acte de notoriété établissant la dévolution successorale	•			
Attestation du Pacte Civil de Solidarité	•	•		
Justificatifs de domicile commun en cas de concubinage (avis d'imposition, facture fournisseur d'énergie, bail commun, attestation d'assurance...)	•	•		
Procès-verbal de la police ou de la gendarmerie en cas d'accident	•	•		

(1) Document à remettre annuellement si la garantie rente éducation est prévue aux conditions particulières

(2) Document à fournir lorsque l'application de la garantie dépend des enfants à charge du participant.

DISPOSITIONS SPECIFIQUES

1. CATEGORIE DE PERSONNEL GARANTIE

La population concernée par ce contrat est constituée, à titre obligatoire, de l'ensemble du personnel cadre (personnel relevant des articles 4, 4 bis et 36 de la CCN du 14 mars 1947) et personnel non cadre (personnel ne relevant pas des articles 4, 4 bis et 36 de la CCN du 14 mars 1947) en activité, inscrit sur les contrôles de l'Adhérent à la date d'effet du contrat ou postérieurement à celle-ci, tant que le présent contrat est en vigueur.

2. DATE D'EFFET DU CONTRAT

Le présent contrat prend effet à compter du **1^{er} janvier 2019**.

3. TAUX DE COTISATIONS

Les taux de cotisations annuelles par Participant sont fixés en pourcentage du traitement de base défini à l'article 21 des Dispositions Générales.

PERSONNEL CADRE ET NON CADRE

TAUX DE COTISATIONS	
TRANCHE A	TRANCHE B
1,02 %*	1,89 %*

**Ces taux de cotisations incluent les taux de 0,13% de TA /TB de la garantie rente éducation assurée par l'OCIRP.*

Ces taux de cotisation seront maintenus pendant **deux ans** à législation et réglementation constantes, sous réserve de modification de la législation et/ou de la réglementation pendant ladite période ayant pour effet d'augmenter les engagements de l'Institution.

4. REPRISE DE SINISTRE ANTERIEURS

L'Institution prend en charge au titre du présent contrat :

- les revalorisations à naître, à partir de la date d'effet de l'adhésion au présent contrat, des indemnités journalières, des rentes d'invalidité, des rentes éducation, en cas de reprise de dossiers avec sinistres en cours indemnisés par un précédent assureur.

Ces revalorisations sont assurées à compter de la date d'effet de l'adhésion au présent contrat pendant toute la durée du contrat et maintenues au niveau atteint en cas de résiliation, quelle qu'en soit la cause.

Il appartient alors à l'Adhérent d'organiser la reprise des revalorisations postérieures à la résiliation auprès de l'organisme de son choix.

5.DETAILS DES GARANTIES

NATURE DES GARANTIES	MONTANT DES PRESTATIONS
DECES	
Montant des prestations exprimées en % du salaire annuel brut	TA/TB
Capital Décès / IAD toutes causes	
Quelle que soit la situation de famille	100%
Rente d'éducation par enfant à charge	
	(Assurée par l'OCIRP sous l'engagement n°C130)
Versement jusqu'à la veille du 12ème anniversaire d'une rente égale à ...	8%
Versement du 12ème anniversaire jusqu'à la veille du 18ème anniversaire d'une rente égale à ...	10%
Versement du 18ème anniversaire jusqu'à la veille du 20ème anniversaire* d'une rente égale à ... *porté jusqu'à la veille du 26ème anniversaire en cas de poursuite des études supérieures ou situations définies dans les Conditions Générales.	15%
Rente viagère si enfant handicapé	OUI
Double effet (à répartir entre les enfants à charge)	
Capital en pourcentage du capital décès / IAD toutes causes	100%
Frais d'obsèques	
Assuré	100% du PMSS
Conjoint	100% du PMSS
Enfant (limité aux frais réels pour enfant < 12 ans)	100% du PMSS
INCAPACITE / INVALIDITE	
Montant des prestations exprimées en % du salaire annuel brut	TA/TB
Incapacité	
Y compris prestations Sécurité sociale brutes	81% (1)
Nombre de jours de franchise pour les salariés de plus d'un an d'ancienneté	45 jours continus par arrêt de travail
Nombre de jours de franchise pour les salariés ayant moins d'un an d'ancienneté	90 jours continus par arrêt de travail
Invalidité	
3e catégorie - Y compris prestations Sécurité sociale brutes	80%
2e catégorie - Y compris prestations Sécurité sociale brutes	80%
1e catégorie - Y compris prestations Sécurité sociale brutes	NEANT
Invalidité suite à maladie professionnelle ou accident du travail (Incapacité permanente)	
Taux d'incapacité (N) supérieur ou égal à 66% (IPT - IPP) Prestations y compris prestations Sécurité sociale brutes	80%
Taux d'incapacité (N) supérieur ou égal à 33% et inférieur à 66% (IPP) Prestations y compris prestations Sécurité sociale brutes	NEANT
Taux d'incapacité inférieur à 33%	NEANT
MENSU	
	(voir engagement n°T300)

(1) La prestation est également versée pendant le congé légal de maternité prénatal et post-natal, de paternité ou d'adoption, sans application de la franchise

Accident : Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part du Participant, ou du bénéficiaire du capital garanti, provenant exclusivement de l'action soudaine d'une cause extérieure, à l'exclusion de toute maladie, même si elle se manifeste sous une apparence accidentelle (notamment affection cardiovasculaire, rupture d'anévrisme, attaque cérébrale, etc.) / **ATMP** : Accident du Travail et Maladie Professionnelle / **CVD** : Célibataire - Veuf - Divorcé / **IAD** : Invalidité Absolue Définitive / **IPP** : Incapacité Permanente Partielle / **IPT** : Incapacité Permanente Totale / **PASS** : Plafond Annuel de la Sécurité sociale en vigueur au 1er janvier de l'exercice au cours duquel s'est produit l'évènement / **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale / **TA** : Tranche A. Fraction de la rémunération limitée au montant du PASS / **TB** : Tranche B. Fraction de la rémunération comprise entre 1 et 4 fois le montant du PASS / **Taux d'incapacité "N"** : correspond au taux d'incapacité reconnu par la Sécurité sociale en vigueur au 1er janvier de l'exercice au cours duquel s'est produit l'évènement.

Lexique

Accident

Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part du Participant et résultant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure, à l'exclusion de toute maladie, même si elle se manifeste sous une apparence accidentelle (notamment les affections cardio-vasculaires, ruptures d'anévrisme, attaques cérébrales, etc.).

Bénéficiaire

Personne physique ou morale percevant la prestation prévue par la garantie du contrat lors de la réalisation du risque.

Cotisations

Contribution des salariés et/ou de l'employeur versée à l'Institution en contrepartie de son engagement.

Délai de franchise

Période fixée aux Dispositions Spécifiques, débutant à la date d'hospitalisation ou de l'arrêt de travail prescrit par un médecin, au cours de laquelle la garantie ne s'applique pas.

Entreprise ou Adhérente

Personne morale qui souscrit le contrat pour le compte de son personnel défini aux Dispositions Spécifiques, qui s'engage à verser les cotisations et dont le représentant habilité signe l'adhésion.

Garantie

Engagement de l'Institution, en contrepartie du versement de cotisations convenues d'avance, à verser une prestation à l'occasion d'un sinistre au cours d'une période déterminée.

Maladie

Toute altération de santé constatée par une autorité médicale et ouvrant droit aux prestations d'un régime obligatoire français de Sécurité sociale.

Participant

Membre du personnel de l'Entreprise relevant de la catégorie de personnel assurée.

Prestation

Exécution de la garantie par l'Institution.

Risque

Évènement aléatoire dont la réalisation est indépendante de la volonté du Participant ou du bénéficiaire.

Rémunération brute

Sommes et avantages perçus par le Participant assujettis à charges sociales dans les conditions prévues à l'article L242-1 du Code de la Sécurité sociale.

Sinistre

Réalisation du risque mettant en jeu au moins une des garanties du contrat.

Tranches soumises à cotisations sociales

Ces tranches sont déterminées comme suit :

- Tranche A : Fraction de la rémunération limitée au montant du Plafond Annuel de la Sécurité sociale (PASS).
- Tranche B : Fraction de la rémunération comprise entre 1 et 4 fois le montant du PASS.