

**Contrat collectif à
adhésion
obligatoire**

Contrats n° T298 –
C130 (OCIRP)

Edition octobre 2018

**Notice
d'information
Garanties
prévoyance
régime de base**



**Personnel des
entreprises relevant de
la Convention
Collective Nationale
d'aérialique,thermiq
ue 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

La présente notice a pour objet de vous informer sur vos droits et obligations nés de la souscription d'un contrat par votre employeur qui relève de la Convention Collective Nationale d'aérotechnique, thermique et frigorifique (matériel) : installation, entretien, réparation et dépannage (IDCC 1412) auprès de KLESIA Prévoyance, Institution de Prévoyance dont le siège social est situé : 4 rue Georges Picquart 75017 PARIS régie par le Titre III du Livre IX du Code de la Sécurité sociale et de l'OCIRP, Organisme Commun des Institutions de Rentes et de Prévoyance dont le siège social est situé : 17 rue de Marignan 75008 PARIS.

Elle précise notamment les garanties prévoyance dont vous bénéficiez, leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre. Vous êtes couvert pour les seules garanties souscrites par votre employeur dont le détail figure en annexe.

Ce document, qui vous est remis par votre employeur, constitue un résumé des dispositions contractuelles organisant les rapports entre votre employeur, vous-même et l'Institution.

Sommaire

Sommaire	3
Lexique	4
Généralités	5
Base légale	5
Autorité de contrôle de l'Institution	5
Communication par voie électronique	5
Réclamation et médiation	5
Protection de vos données personnelles.....	5
Subrogation	10
Prescription.....	10
Votre affiliation	11
Date d'effet de votre affiliation	11
Suspension de votre contrat de travail	11
Cessation de votre affiliation	11
Maintien des garanties.....	12
Vos prestations	14
Risques garantis	14
Modification des garanties et des taux de cotisations.....	14
Traitement de référence	14
Revalorisation	15
Situation familiale.....	15
Païement des prestations	16
Plafonnement des prestations	16
Contrôle médical	16
Déchéance.....	17
Exclusions.....	17
Exclusions spécifiques à la garantie Rente assurées par l'OCIRP	18
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.	18
Délai de déclaration des sinistres	18
Fausse déclaration	18
Garanties décès et invalidité absolue et définitive	19
Garantie décès	19
Garantie invalidité absolue et définitive	20
Garanties incapacité temporaire de travail / invalidité / Maternité – Paternité - Adoption	22
Garantie incapacité temporaire de travail.....	22
Garantie invalidité	23
Garantie Maternité – Paternité - Adoption	24
Documents nécessaires au règlement des prestations	25
Annexe : Récapitulatif des garanties souscrites	26
Catégorie de personnel garantie	26
Information - Réclamation.....	26
Détail des garanties	27

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 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 au récapitulatif des garanties, 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 adhérent

Personne morale qui souscrit le contrat pour le compte de son personnel et qui s'engage à verser les cotisations.

Garantie

Engagement de l'Institution, en contrepartie d'une cotisation convenue 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

Evènement 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.

Rémunération Nette

Rémunération brute déduction faite de toutes les charges sociales et autres contributions salariales légalement ou conventionnellement obligatoires.

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

Généralités

Base légale

Le présent contrat est soumis aux 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.

Autorité de contrôle de l'Institution

L'Institution est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 4 Place de Budapest CS 92459 – 75436 PARIS Cedex 09.

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/vous et l'Institution et/ou le délégataire de gestion sont considérés comme étant équivalents à des documents écrits. L'ensemble des parties reconnaît la valeur probante des courriels et des documents électroniques. Cette disposition ne fait pas obstacle à la fourniture par vous-même 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.

Réclamation et médiation

Pour toute réclamation relative à l'exécution de votre contrat, vous devez adresser votre demande prioritairement à l'organisme en charge de la gestion du contrat dont les coordonnées figurent en annexe.

Si un désaccord persistait après épuisement des voies internes de réclamation, et sans préjudice du droit d'agir en justice, vous pouvez, afin de trouver une issue amiable au différend vous opposant à l'Institution, vous adresser au médiateur du CTIP, dans un délai d'un an à compter de la réclamation, par voie électronique via le formulaire de saisine en ligne sur le site internet : <http://www.ctip.asso.fr/> ou par courrier à l'adresse suivante :

Médiateur du CTIP
10 rue Cambacérés
75008 PARIS

Protection de vos données personnelles

Dans le cadre de la relation contractuelle qui lie votre employeur à l'Institution, des données personnelles vous concernant sont collectées par KLESIA Prévoyance, entité du Groupe KLESIA, située 4, rue Georges Picquart 75017 PARIS en tant que responsable de traitement.

Toutes les données sont obligatoires sauf celles identifiées comme facultatives. En effet, les données obligatoires sont nécessaires à la conclusion du contrat ou au respect de dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur. A défaut de fourniture des données obligatoires, KLESIA Prévoyance dans l'impossibilité de traiter vos demandes.

Les finalités de la collecte de vos données personnelles

- Dans le cadre de l'exécution du contrat d'assurance, les données personnelles que nous collectons vont permettre :
 - l'étude de vos besoins spécifiques nécessaire à la passation des contrats d'assurance afin de vous proposer des contrats adaptés ;
 - la tarification, l'émission des documents pré contractuels, contractuels et comptables, l'encaissement des primes ou cotisations et leur répartition éventuelle entre les coassureurs et les réassureurs, le commissionnement, la surveillance des risques, et les autres opérations techniques nécessaires à la gestion des contrats d'assurance ;
 - la gestion des prestations et la gestion des sinistres pour l'exécution des contrats d'assurance ;
 - l'élaboration de statistiques et études actuarielles ;
 - l'exercice des recours et la gestion des réclamations et des contentieux ;
 - la gestion des demandes liées à l'exercice de vos droits ;
 - la recherche des assurés de contrats d'assurance sur la vie qui seraient décédés ainsi que le traitement des demandes des bénéficiaires de contrats d'assurance sur la vie par le biais de l'AGIRA.

- Vos données personnelles sont également traitées afin de répondre aux dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur. Dans ce cadre et pour répondre à ses obligations légales, KLESIA Prévoyance met en œuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et l'application de sanctions financières.
- Différents traitements opérés par les entités du Groupe KLESIA sont basés sur l'intérêt légitime afin de vous apporter les meilleurs produits et services, de continuer à améliorer leur qualité et de mieux vous connaître pour personnaliser les contenus et les services proposés et les adapter à vos besoins. Ils correspondent à :
 - la mise en place d'actions de prévention ;
 - la gestion de notre relation commerciale notamment par le biais d'actions telles qu'un programme de fidélisation, des enquêtes de satisfaction, des sondages, des jeux concours ou des tests produits ou services ;
 - la lutte contre la fraude à l'assurance et les impayés, le cas échéant, l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude pouvant entraîner une réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés par les entités du Groupe KLESIA.
 - la prospection commerciale pour les produits et services du Groupe KLESIA analogues ou complémentaires à ceux que vous avez souscrits.

Le traitement de vos données de santé

Le traitement des données de santé vous concernant par KLESIA Prévoyance est soumis à votre consentement. Néanmoins, la conclusion du contrat d'assurance vaut recueil du consentement pour le traitement de vos données de santé à des fins de gestion du contrat et de lutte contre la fraude. Pour tout autre service nécessitant le traitement de vos données de santé, un consentement spécifique est recueilli.

Dans tous les cas, vos données de santé sont traitées en toute confidentialité et sont exclusivement destinées aux médecins conseils de KLESIA Prévoyance et leurs services médicaux ainsi qu'aux personnes internes ou externes habilitées spécifiquement.

Les décisions automatisées et le profilage

Dans certains cas, KLESIA Prévoyance pourra être amenée à mettre en œuvre des décisions automatisées ou des traitements de profilage fondés sur l'analyse de vos données. Dans chaque cas, KLESIA Prévoyance vous informera spécifiquement et vous permettra de contester une décision automatisée prise à votre égard.

Les destinataires de vos données personnelles

Dans le cadre des traitements de KLESIA Prévoyance, vos données peuvent être transmises à différents destinataires listés dans le tableau ci-dessous.

Le transfert de vos données personnelles hors de l'Union Européenne

KLESIA Prévoyance traite vos données personnelles 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, nous vous en informerions spécifiquement en précisant les garanties mises en place permettant la protection de vos données personnelles.

Les durées de conservation de vos données personnelles

Vos données personnelles 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 durées de conservation varient en fonction des finalités et sont détaillées dans le tableau ci-dessous.

Vos droits

Vous disposez d'un droit d'accès aux données traitées, de rectification en cas d'inexactitude, d'effacement dans certains cas, de limitation du traitement, à la portabilité de vos données.

Le droit à la portabilité permet la transmission directe à un autre responsable de traitement des données personnelles que nous traitons de manière automatisée. Ce droit ne concerne que le cas où les données personnelles sont fournies par vous-même et traitées sur la base de votre consentement ou de l'exécution d'un contrat.

Vous pouvez également vous opposer, à tout moment, à un traitement de vos données :

- **pour des raisons tenant à votre situation particulière que nous vous remercions d'argumenter ;**
- **lorsque vos données sont traitées à des fins de prospection, sans avoir à vous justifier.**

De plus, si vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale dans le cadre de démarchage téléphonique, vous pouvez vous inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique BLOCTEL. Pour plus d'informations, vous pouvez consulter le site www.bloctel.gouv.fr

Par ailleurs, vous avez la possibilité :

- de définir des directives générales et particulières précisant la manière dont vous entendez que soient exercés ces droits, après votre décès ;
- de retirer votre consentement si le traitement de vos données repose uniquement sur celui-ci.

Enfin, le droit d'accès aux traitements relatifs à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme s'exerce auprès de la CNIL via une procédure de droit d'accès indirect. Néanmoins, le droit d'accès concernant les traitements permettant l'identification des personnes faisant l'objet d'une mesure de gel des avoirs ou d'une sanction financière s'exercent auprès de KLESIA Prévoyance.

L'exercice de vos droits auprès de KLESIA Prévoyance

Ces droits peuvent être exercés en justifiant de votre identité et en précisant le droit que vous souhaitez exercer ainsi que tout élément facilitant votre identification.

Pour toute information ou exercice de vos droits relatifs aux traitements de vos données personnelles gérés par KLESIA Prévoyance, vous pouvez contacter son Délégué à la Protection des Données (DPO) :

- par courrier électronique : info.cnil@klesia.fr
- par courrier à l'adresse KLESIA- SERVICE INFO CNIL- CS 30027- 93108 Montreuil Cedex.

Réclamation auprès de la CNIL

Vous disposez également d'une possibilité d'établir une réclamation près de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07 ou <http://cnil.fr>

Base légale du traitement	Finalités	Durée de conservation	Destinataires
Exécution d'un contrat d'assurance	<ul style="list-style-type: none"> • l'étude de vos besoins spécifiques nécessaire à la passation des contrats d'assurance afin de vous proposer des contrats adaptés ; • la tarification, l'émission des documents pré contractuels, contractuels et comptables, l'encaissement des primes ou cotisations et leur répartition éventuelle entre les coassureurs et les réassureurs, le commissionnement, la surveillance des risques, et les autres opérations techniques nécessaires à la gestion des contrats d'assurance ; • la gestion des prestations et la gestion des sinistres pour l'exécution des contrats d'assurance ; • l'élaboration de statistiques et études actuarielles ; • l'exercice des recours et la gestion des réclamations et des contentieux ; • la gestion des demandes liées à l'exercice de vos droits ; • la recherche des assurés de contrats d'assurance sur la vie qui seraient décédés ainsi que le traitement des demandes des bénéficiaires de contrats d'assurance sur la vie par le biais de l'AGIRA. 	<p>Contrats d'assurance santé et prévoyance 5 ans à compter de la fin du contrat</p> <p>OU</p> <p>Contrat d'assurance vie 10 ans après le décès de l'assuré et au maximum 30 ans en cas de non réclamation du capital décès</p>	<ul style="list-style-type: none"> • les personnels chargés de la passation, la gestion et l'exécution des contrats, • les délégataires de gestion, les intermédiaires d'assurance, les partenaires, • les prestataires, • les sous-traitants, ou les entités du Groupe KLESIA dans le cadre de l'exercice de leurs missions, • les organismes d'assurance des personnes impliquées ou offrant des prestations complémentaires, • les coassureurs et réassureurs ainsi que les organismes professionnels et les fonds de garanties, • les personnes intervenant au contrat tels que les avocats, experts, auxiliaires de justice et officiers ministériels, curateurs, tuteurs, enquêteurs et professionnels de santé, médecins-conseils et le personnel habilité, • les organismes sociaux lorsque les régimes sociaux interviennent dans le règlement des sinistres ou lorsque les organismes d'assurances offrent des garanties complémentaires à celles des régimes sociaux. • les souscripteurs, les assurés, les adhérents et les bénéficiaires des contrats et s'il y a lieu, leurs ayants droit et représentants, • s'il y a lieu les bénéficiaires d'une cession ou d'une subrogation des droits relatifs au contrat, • s'il y a lieu le responsable, les victimes et leurs mandataires ; les témoins, les tiers intéressés à l'exécution du contrat. • s'il y a lieu les juridictions concernées, les arbitres, les médiateurs, • les ministères concernés, autorités de tutelle et de contrôle et tous organismes publics habilités à les recevoir, • les services chargés du contrôle tels que les commissaires aux comptes et les auditeurs ainsi que les services chargés du contrôle interne. <p>Concernant l'AGIRA :</p> <ul style="list-style-type: none"> • les gestionnaires du Groupe KLESIA limitativement habilités et disposant de certificats individuels permettant d'accéder à la base de l'AGIRA • Les personnels habilités à intervenir dans la gestion des contrats d'assurance sur la vie.
Obligation légale, réglementaire et administrative	Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme	Sous réserve de dispositions plus contraignantes (par exemple droit de communication de l'administration fiscale) : 5 ans à compter de la clôture du compte ou de la cessation de la relation pour les données et documents relatifs à l'identité des clients.	<ul style="list-style-type: none"> • les personnes en relation avec la clientèle et les gestionnaires de contrat et de sinistre pour les clients dont ils ont la charge. • les personnes habilitées à prendre la décision de nouer ou de maintenir une relation d'affaires avec une Personne Politiquement Exposée. • les personnels habilités du (ou des) service(s) chargé(s) de la lutte contre le blanchiment • la cellule de renseignement financier Tracfin du ministère de l'économie, des finances et de l'industrie, la Direction générale du Trésor, • les autorités de contrôle compétentes • les autorités de contrôle compétentes d'autres états habilités

Base légale du traitement	Finalités	Durée de conservation	Destinataires
Intérêt légitime du responsable de traitement	<ul style="list-style-type: none"> la mise en place d'actions de prévention 	Le temps strictement nécessaire à la réalisation des actions	<ul style="list-style-type: none"> les personnels habilités du Groupe KLESIA les sous-traitants, ou les entités du Groupe KLESIA dans le cadre de l'exercice de leurs missions
	<ul style="list-style-type: none"> la gestion de notre relation commerciale 	<p>Pour les clients : 3 ans à compter de la fin de la relation commerciale</p> <p>Pour les prospects (en l'absence de relation contractuelle) : 3 ans à compter de la collecte des données ou du dernier contact émanant du prospect</p>	<ul style="list-style-type: none"> les personnes chargées du service marketing, du service commercial, des services chargés de traiter la relation client, les réclamations, et la prospection, des services administratifs, des services logistiques et informatiques ainsi que leurs responsables hiérarchiques les services chargés du contrôle ; les sous-traitants et les partenaires les auxiliaires de justices, les officiers ministériels et organismes publics habilités à les recevoir, les médiateurs.
	<ul style="list-style-type: none"> la lutte contre la fraude à l'assurance et, le cas échéant, l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque fraude pouvant entraîner une réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés par les entités du Groupe KLESIA 	<p>6 mois à compter de l'émission de l'alerte</p> <p>OU</p> <p>5 ans à compter de la clôture du dossier</p> <p>Fraude</p> <p>OU</p> <p>2 ans à compter du terme de la procédure judiciaire</p> <p>Concernant l'inscription sur liste de personnes présentant un risque fraude :</p> <p>5 ans à compter de l'inscription</p>	<ul style="list-style-type: none"> les personnels en relation avec la clientèle et les gestionnaires de contrats et de sinistres ; les autres entités du Groupe KLESIA dès lors qu'elles sont concernées par la fraude ou interviennent dans la gestion des dossiers ou de maîtrise du risque de fraude ; les personnels habilités en charge de la lutte contre la fraude, de la lutte anti-blanchiment et du contrôle interne ; les inspecteurs, enquêteurs, experts, et auditeurs ; le personnel habilité de la direction générale, la direction juridique ou du service du contentieux pour la gestion des contentieux ; le personnel habilité des sous-traitants. les autres organismes d'assurance ou intermédiaires intervenant dans le cadre de dossier présentant une fraude, les organismes sociaux lorsque les régimes sociaux interviennent dans le règlement des sinistres ou lorsque les organismes d'assurances offrent des garanties complémentaires à celles des régimes sociaux ; les organismes professionnels intervenant dans le cadre de dossiers présentant une fraude ; les auxiliaires de justice et officiers ministériels ; l'autorité judiciaire, médiateur, arbitre saisis d'un litige ; les organismes tiers autorisés par une disposition légale à obtenir la communication de données à caractère personnel relatives à des précontentieux, contentieux ou condamnations ; s'il y a lieu les victimes de fraudes ou leurs représentants. l'autorité judiciaire, médiateur, arbitre saisis d'un litige ; les organismes tiers autorisés par une disposition légale à obtenir la communication de données à caractère personnel relatives à des précontentieux, contentieux ou condamnations ; s'il y a lieu les victimes de fraudes ou leurs représentants.
<ul style="list-style-type: none"> la prospection commerciale pour les produits et services du Groupe KLESIA analogues ou complémentaires à ceux que vous avez souscrits 	<p>Pour les clients : 3 ans à compter de la fin de la relation commerciale</p> <p>Pour les prospects (en l'absence de relation contractuelle) : 3 ans à compter de la collecte des données ou du dernier contact émanant du prospect</p>	<ul style="list-style-type: none"> les personnes habilitées des services marketing et commercial, des services chargés de traiter la relation client, les réclamations, et la prospection, des services administratifs, des services logistiques et informatiques ainsi que leurs responsables hiérarchiques ; les services chargés du contrôle ; les sous-traitants, les partenaires, les sociétés extérieures ; les entités du Groupe KLESIA ; les auxiliaires de justices, les officiers ministériels et organismes publics habilités à les recevoir, les arbitres, les médiateurs. 	

Base légale du traitement	Finalités	Durée de conservation	Destinataires
Consentement	<ul style="list-style-type: none"> la prospection commerciale 	Suppression à tout moment en cas de retrait de votre consentement. En l'absence du retrait du consentement : Pour les clients : 3 ans à compter de la fin de la relation commerciale Pour les prospects : 3 ans à compter de la collecte des données ou du dernier contact émanant du prospect	<ul style="list-style-type: none"> les personnes habilitées des services marketing et commercial, des services chargés de traiter la relation client, les réclamations, et la prospection, des services administratifs, des services logistiques et informatiques ainsi que leurs responsables hiérarchiques ; les services chargés du contrôle ; les sous-traitants, les partenaires, les sociétés extérieures ; les entités du Groupe KLESIA ; les auxiliaires de justices, les officiers ministériels et organismes publics habilités à les recevoir, les médiateurs.

Subrogation

L'Institution est subrogée dans vos droits ou ceux de vos ayants droit contre le tiers responsable et/ou ses assureurs, pour les préjudices qu'elle aura pris en charge, dans la limite des prestations versées.

Prescription

Conformément aux dispositions de l'article L.932-13 du code de la Sécurité sociale, toutes les actions dérivant du présent 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 et à dix ans concernant le décès. Toutefois, la prescription est de trente ans à compter du décès pour le bénéficiaire qui n'a pas été informé de cette qualité par l'Institution.

Ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Institution 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.

Quand l'action de votre employeur, vous-même, vos bénéficiaires ou vos ayants droit contre l'Institution a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre votre employeur, vous-même, les bénéficiaires ou vos ayants droit ou a été indemnisé par celui-ci.

Le délai de prescription est interrompu dans les cas suivants :

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

Votre affiliation

Date d'effet de votre affiliation

Le contrat dont vous bénéficiez, souscrit par votre employeur qui relève de la Convention Collective Nationale d'aéraulique, thermique et frigorifique (matériel) : installation, entretien, réparation et dépannage (IDCC 1412) auprès de KLESIA Prévoyance est un contrat collectif et obligatoire pour l'ensemble des salariés appartenant à la catégorie assurée.

Vous devez donc y être affilié dès la souscription du contrat par votre employeur pour la catégorie de personnel dont vous faites partie, ou postérieurement dès votre appartenance à cette catégorie.

Les garanties prennent effet à compter du jour de votre affiliation.

Suspension de votre contrat de travail

Suspension du contrat de travail rémunérée ou indemnisée

Les garanties sont maintenues lorsque votre contrat de travail est suspendu et que vous bénéficiez à ce titre :

- soit d'un maintien total ou partiel de salaire ;
- soit d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par votre employeur, qu'elles soient versées directement par votre employeur ou par un organisme assureur ;
- soit d'indemnités journalières de la Sécurité sociale.

Suspension du contrat de travail non rémunérée ou non indemnisée

Lorsque la suspension de votre contrat de travail ne donne lieu à aucun maintien de salaire, aucune indemnité journalière complémentaire financée au moins pour partie par votre employeur (congé sabbatique, congé pour création d'entreprise, congé de proche aidant, congé sans solde...) ou aucune indemnité journalière de la Sécurité sociale, les garanties sont suspendues de plein droit. La suspension des garanties intervient à la date à laquelle vous avez effectivement cessé votre travail dans votre entreprise et s'achève dès votre reprise effective de travail au sein de la catégorie de personnel assurée.

Sur demande de votre employeur, vous pouvez bénéficier d'un maintien exceptionnel de la garantie Décès en contrepartie d'une cotisation spécifique, après accord de l'Institution.

Cessation de votre affiliation

Sous réserve des cas de maintien de garanties prévus au paragraphe « Maintien des garanties », votre affiliation à l'Institution cesse de plein droit dans les cas suivants :

- à la résiliation du contrat d'assurance ;
- à la rupture de votre contrat de travail ;
- en cas de cessation d'activité ou disparition de votre entreprise ;
- lorsque vous n'appartenez plus à la catégorie assurée à la suite d'un changement de catégorie professionnelle ;
- en cas de liquidation de votre pension de retraite, sauf situation de cumul emploi-retraite dans votre entreprise ;
- à la date de votre décès.

A défaut de paiement des cotisations par votre employeur, les garanties peuvent être suspendues puis résiliées dans les conditions prévues à l'article L932-9 du Code de la Sécurité sociale, sous un délai de 50 jours suivant l'échéance de paiement.

Maintien des garanties

En cas de rupture de votre contrat de travail donnant lieu à portabilité de vos droits

Conditions

Conformément aux dispositions de l'article L.911-8 du code de la Sécurité sociale, en cas de cessation de votre contrat de travail non consécutive à une faute lourde, les garanties sont maintenues dès lors que vous bénéficiez d'une prise en charge par le régime de l'Assurance Chômage. Le maintien des garanties est également subordonné à la condition que vos droits aient été ouverts chez votre dernier employeur.

Formalités

Pour bénéficier de la portabilité des droits, vous devez retourner à l'Institution le bulletin de demande de portabilité établi par l'Institution dûment complété et signé. Il incombe à votre employeur de vous informer 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 de votre contrat de travail.

Ce maintien vous est accordé pendant la période d'indemnisation par l'Assurance Chômage pour une durée équivalente à celle de votre dernier contrat de travail ou, le cas échéant, de vos derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur, et en tout état de cause, dans la limite de 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 chez votre dernier employeur. Ainsi, toute révision du contrat postérieure à la cessation de votre contrat de travail vous sera applicable.

Les sommes versées au titre des garanties incapacité/invalidité au cours de la période de maintien des droits ne peuvent vous conduire à percevoir un montant supérieur à celui des allocations chômage que vous auriez 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 votre employeur et vous-même.

Obligations déclaratives

Les justificatifs suivants doivent être adressés à l'Institution :

- à l'ouverture du maintien des garanties, le justificatif initial de votre indemnisation par le régime d'Assurance Chômage ;
- trimestriellement au cours de la période du maintien des garanties, l'attestation de paiement de vos allocations chômage. En cas de sinistre, l'Institution pourra également réclamer cette attestation à chacune de vos demandes de prise en charge.

Cessation du maintien des garanties

Le maintien des garanties cesse :

- à l'issue de la période de portabilité ;
- 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 du contrat d'assurance ;
- à la date de votre décès.

En cas de résiliation du contrat de votre entreprise

Maintien des prestations en cours de service

En application de l'article 7 de la loi Evin n°89-1009 du 31 décembre 1989, la résiliation du contrat de votre entreprise est sans effet sur le versement des prestations immédiates ou différées, acquises ou nées durant son exécution. Le versement des prestations de toute nature se poursuit à un niveau au moins égal à celui de la dernière prestation due ou payée avant la date de résiliation, sans préjudice des révisions prévues au contrat.

En cas de reconnaissance ou d'aggravation de l'état d'incapacité permanente ou d'invalidité postérieurement à la résiliation du contrat de votre entreprise, la prestation sera versée si le fait générateur de cet arrêt de travail est survenu durant la période d'assurance du contrat, ou antérieurement à la date d'effet du contrat en cas de reprise de passif si vous ne bénéficiez pas d'un contrat de prévoyance antérieur. Le montant de la prestation sera égal au montant prévu à la date de la résiliation.

Maintien de la garantie décès

En application de l'article 7-1 de la loi Evin n°89-1009 du 31 décembre 1989, la garantie décès est maintenue lorsque vous êtes indemnisé au titre de l'incapacité ou de l'invalidité à la date de résiliation du contrat de votre entreprise.

Ce maintien des garanties cesse :

- en cas de reprise totale d'activité ;
- en cas de cessation des versements par la Sécurité sociale ;
- en cas de liquidation de votre pension vieillesse par la Sécurité sociale.

Maintien des garanties à titre individuel

En application de l'article 5 de la loi Evin n°89-1009 du 31 décembre 1989, en cas de résiliation du contrat collectif de prévoyance par votre employeur, vous pouvez continuer à bénéficier des garanties à titre individuel moyennant le paiement de cotisations spécifiques déterminées par l'Institution, à condition d'en faire la demande dans les trois mois suivant la date d'effet de résiliation du contrat.

Vos prestations

Risques garantis

L'Institution et l'OCIRP couvre les garanties souscrites par votre employeur, dont le détail figure sur le récapitulatif des garanties annexées à la présente notice.

Sont couverts par le contrat :

Pour Klésia Prévoyance :

- le risque décès ;
- le risque invalidité absolue et définitive ;
- le risque incapacité de travail ;
- le risque invalidité ;
- le risque Maternité.

Pour l'OCIRP :

- le risque rente éducation.

Modification des garanties et des taux de cotisations

Les garanties et les taux de cotisations définis au contrat sont établis en fonction de la législation et de la réglementation en vigueur au moment de sa date d'effet. L'Institution peut les modifier en cas d'évolution législative ou réglementaire ou en fonction de l'équilibre technique du contrat.

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.

Traitement de référence

Le traitement de référence servant 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 douze derniers mois d'activité et soumis à charge limitée aux tranches soumises à cotisations.

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

Si le décès ou l'invalidité ne surviennent pas directement après une période d'activité, le salaire de base défini ci-dessus est revalorisé selon les modalités définies ci-dessous.

Lorsque votre ancienneté dans l'entreprise est inférieure à douze mois dans l'entreprise à la date de réalisation de l'évènement couvert, votre traitement de référence sera reconstitué sur la base des éléments fixes de rémunération du dernier mois complet d'activité.

Dans le cas où vous n'avez pas reçu de rémunération ayant donné lieu à cotisations pendant tout une partie des 12 mois définie ci-dessus du fait de la suspension de votre contrat de travail suite à un arrêt de travail, un congé maternité ou paternité, le traitement de référence sera reconstitué douze mois.

Aucune reconstitution de salaire ne sera effectuée en raison d'une suspension de votre 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 réellement perçue au cours des 12 derniers mois civils sera alors prise en compte.

Si vous êtes 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 que vous auriez perçue si vous aviez travaillé à temps complet.

Revalorisation

Revalorisation des prestations périodiques

Les prestations périodiques (indemnités journalières, rentes invalidité et incapacité permanente,) peuvent être revalorisées annuellement au 1er juillet de chaque année, sur la base du taux décidé par le Conseil d'administration de l'Institution.

La première revalorisation des prestations intervient le cas échéant le 1er 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.

Revalorisation du capital décès

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.

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.

Situation familiale

Pour déterminer le montant de vos prestations, l'Institution prend en considération votre situation familiale dûment justifiée. Celle-ci s'apprécie au jour du sinistre et prend en compte les personnes mentionnées au présent article.

Votre conjoint

Est considéré comme votre conjoint :

- votre époux (se), non séparé(e) de corps judiciairement à la date du sinistre ouvrant droit à prestations;
- votre partenaire de pacte civil de solidarité (PACS) ;
- votre concubin dès lors que les conditions suivantes sont réunies :
 - ✓ vous vivez maritalement sous le même toit ;
 - ✓ vous êtes tous les deux célibataires, divorcés ou veufs ;
 - ✓ votre concubinage est établi de façon notoire depuis plus d'un an.
Cette condition est supprimée lorsqu'un enfant est né de cette union.

Vos enfants à charge

Sont considérés comme enfants à charge vos enfants reconnus, adoptés ou recueillis ainsi que ceux de votre conjoint lorsqu'ils sont fiscalement à votre charge, et qu'ils remplissent l'une des conditions suivantes :

- être âgés de moins de 18 ans ;
- être âgés de 18 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),
- être âgés de 21 ans à moins de 26 ans 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 L.241-3 du code de l'Action sociale et des familles, sous réserve que l'état d'invalidité soit survenu avant le 18ème anniversaire ;
- être né dans les 300 jours suivant votre décès si ce dernier est légitime. .

Sont considérés comme étant fiscalement à votre charge les enfants :

- pris en compte pour le calcul de votre impôt sur le revenu ;
- recevant de votre part une pension alimentaire venant en déduction dans le calcul de votre impôt sur le revenu ;
- que vous avez adoptés ou reconnus, s'ils sont fiscalement à charge de votre 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.

Paiement des prestations

L'Institution vous verse 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, à votre attention, celle de votre employeur ou celle de vos bénéficiaires.

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.

Plafonnement des prestations

Le total des prestations incapacité ou invalidité qui vous sont versées par l'Institution, par la Sécurité sociale, le cas échéant au titre d'un autre contrat d'assurance et de l'éventuelle fraction de salaire maintenue par votre employeur, ne saurait vous conduire à percevoir un revenu supérieur à la rémunération nette que vous auriez perçue si vous aviez continué à exercer votre activité.

Si vous reprenez une activité partielle, salariée ou non salariée, le cumul de vos revenus salariés ou non et des prestations perçues ne peuvent excéder la rémunération nette que vous auriez perçue si vous aviez exercé votre activité à temps complet.

Contrôle médical

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

Vous êtes tenu de fournir à l'Institution toutes pièces justificatives et de vous prêter à toute expertise ou examen que le médecin désigné par l'Institution juge utile de vous demander pour apprécier votre état. Vous devez être en mesure de présenter le maximum de pièces en lien avec votre état de santé (certificats médicaux, ordonnances, radiographie, scanner, originaux des décomptes des prestations espèces émanant de la Sécurité sociale, attestations de salaire employeur...). À tout moment, les médecins mandatés par l'Institution pourront constater votre état. Des examens complémentaires pourront être effectués à la demande du médecin mandaté.

Vous êtes tenu de vous soumettre à ce contrôle médical sous peine de suspension de vos droits à prestations, intervenant à l'expiration d'un délai de 30 jours courant à compter de la date de première présentation de la lettre de mise en demeure. Il en sera de même en cas d'absence de votre domicile, de refus ou d'opposition au contrôle.

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 d'ouverture, à la réduction ou à la cessation des prestations, prise en fonction des conclusions de son médecin désigné, s'impose sans possibilité de vous prévaloir de la poursuite par la Sécurité sociale de l'indemnisation pour les prestations de base, ou d'avis de prolongation de votre arrêt de travail postérieurs au contrôle ou à l'expertise.

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

La contestation des conclusions du médecin désigné par l'Institution doit être adressée 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, vous avez la possibilité de vous faire représenter par votre médecin traitant dans une entrevue amiable avec le médecin conseil de l'Institution. En cas de désaccord entre votre 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 aux deux parties sans possibilité de vous 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 pourra continuer à être exercé, même après résiliation de l'adhésion de votre entreprise tant que l'Institution continuera à verser des prestations.

En tout état de cause, vous êtes tenu d'informer l'Institution, pendant toute la période de perception de la prestation, de tout changement dans votre situation susceptible de remettre en cause votre incapacité ou invalidité.

Déchéance

Le bénéficiaire de la garantie décès qui a été condamné pour avoir volontairement donné la mort au participant est déchu du bénéfice de la garantie, celle-ci continuant à produire ses effets au profit des autres bénéficiaires.

Exclusions

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 était couvert une année continue d'assurance à la date du suicide ;**
- **de faits de guerres civiles ou étrangères, d'émeutes, d'insurrection, 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 du fait volontaire du participant, de mutilations volontaires ou d'une tentative de suicide ;**
- **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.**

Exclusions spécifiques aux garanties en cas d'accident

Ne donnent pas lieu à majoration pour décès accidentel et n'entraînent aucun paiement à la charge de l'Institution les conséquences :

- d'un état d'imprégnation alcoolique du participant caractérisé par une concentration d'alcool dans le sang égale ou supérieure à 0,50 gramme par litre ou par une concentration d'alcool dans l'air expiré égale ou supérieure à 0,25 milligramme par litre ;
- de la constatation au jour du sinistre, de l'usage de stupéfiants ou de substances médicamenteuses en dehors des limites de prescriptions médicales.
- de la participation à tous sports et compétitions à titre professionnel ;
- de la pratique de toute activité sportive effectuée en infraction manifeste des règles de sécurité définies par les pouvoirs publics ou la fédération sportive concernée ;
- des risques aériens se rapportant à :
 - ✓ des compétitions organisées dans un cadre officiel ou privé, démonstrations, acrobaties, tentatives de records, raids ;
 - ✓ des vols d'essai, vols sur prototype,
 - ✓ des sauts effectués avec un élastique, un parachute ou un parapente,
 - ✓ des vols sur appareils non munis d'un certificat de navigabilité ou pour lesquels le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valide.

Exclusions spécifiques à la garantie Rente 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.

Délai de déclaration des sinistres

Votre employeur, vous-même ou vos ayants droit devez déclarer la réalisation d'un sinistre dans les six mois à compter de sa survenance. Cette demande doit être transmise à votre gestionnaire habituel.

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 devra être accompagnée des justificatifs nécessaires précisés dans le tableau situé ci-dessous.

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

Fausse déclaration

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle du bénéficiaire, la garantie accordée au participant est nulle conformément à l'article L.932-7 du Code de la Sécurité sociale. Les cotisations payées demeurent acquises à l'Institution.

Garanties décès et invalidité absolue et définitive

Garantie décès

Ces garanties ont pour objet d'assurer, à vous ou à vos bénéficiaires, le versement d'une prestation sous forme d'un capital et/ou 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.

Garantie décès « toutes causes »

Objet de la garantie

Lors de votre décès et quelle qu'en soit la cause, l'Institution verse un capital aux bénéficiaires définis au paragraphe « Bénéficiaires ».

Le décès met fin à l'ensemble des garanties dont vous bénéficiez sauf la garantie double effet si votre conjoint vous survit, sous réserve que le contrat soit toujours en vigueur et que cette garantie ait été souscrite.

Montant du capital

Le montant du capital, défini en pourcentage de votre traitement de référence, est indiqué dans le récapitulatif des garanties en annexe. Le montant de ce capital peut dépendre de votre situation familiale et d'éventuelles majorations pour enfants à charge.

Versement du capital

Le capital est versé au(x) bénéficiaire(s) défini(s) au paragraphe « Bénéficiaires ».

Les éventuelles majorations du capital résultant de votre situation familiale sont versées aux personnes en considération desquelles elles sont prévues, ou à leur représentant légal.

Bénéficiaires

Vous pouvez désigner un ou plusieurs bénéficiaires du capital décès au moment de votre affiliation ou pendant toute la durée de celle-ci.

Cette désignation expresse peut s'effectuer sur le formulaire spécifique de l'Institution intitulé « Bulletin de Désignation du Bénéficiaire de l'Assurance Décès », accompagné de son mode d'emploi. La désignation peut également être effectuée par acte sous seing privé ou par acte authentique mentionnant de façon expresse l'attribution du capital décès, à la condition que cette désignation soit notifiée à l'Institution.

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

Vous pouvez modifier cette désignation à tout moment. Toutefois, la désignation devient irrévocable en cas d'acceptation écrite du bénéficiaire désigné, expressément notifiée à l'Institution, faute de quoi elle ne lui sera pas opposable.

Dans l'hypothèse où le(s) bénéficiaire(s) désigné(s) décède(nt) avant vous ou en l'absence de désignation, le capital sera attribué dans l'ordre suivant :

- à votre conjoint marié non séparé de corps judiciairement ;
- à défaut à votre partenaire de PACS ;
- à défaut à votre concubin ;
- à défaut, à vos enfants, par parts égales entre eux, la part du prédécédé revenant à ses propres descendants ou à ses frères et sœurs ;
- à défaut, à vos ascendants, par parts égales entre eux ou à leurs survivants ;
- à défaut, à vos héritiers, par parts égales entre eux, y compris à ceux qui ont renoncé à la succession.

Les bénéficiaires doivent, en tout état de cause, justifier de leur qualité de bénéficiaire au jour du décès.

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 sont 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.

Si vous décédez avec les bénéficiaires désignés au cours d'un même évènement sans qu'il ne soit possible de déterminer l'ordre des décès, vous êtes 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.

Garantie invalidité absolue et définitive

La garantie invalidité absolue et définitive a pour objet le versement du capital décès par anticipation en cas d'état d'invalidité absolue et définitive, à compter de la consolidation de votre état.

Vous êtes considéré en état d'invalidité absolue et définitive si les conditions cumulatives suivantes sont remplies :

- reconnaissance par la Sécurité sociale d'une invalidité 3^{ème} catégorie ou d'une incapacité permanente totale égale à 100% au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ;
- vous êtes définitivement dans l'incapacité de vous livrer à une activité professionnelle ;
- votre état vous oblige à recourir, votre vie durant, à l'aide d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie courante.

Le versement du capital décès par anticipation met 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.

Garantie double effet

Objet de la garantie

Cette garantie a pour objet le versement d'un capital en cas de décès de votre conjoint, simultané ou postérieur au vôtre.

Condition de versement

Votre conjoint doit laisser au moins un enfant à charge tel que défini au paragraphe « Situation familiale ».

Le contrat d'assurance doit être en vigueur au moment du décès.

Cessation de la garantie

La garantie cesse à la date à laquelle votre conjoint atteint l'âge légal d'ouverture des droits à la pension vieillesse.

Allocation obsèques

Cette garantie a pour objet d'assurer le versement d'une allocation couvrant tout ou partie des frais d'obsèques des bénéficiaires définis dans le récapitulatif des garanties en annexe.

Le montant de l'allocation est fixé dans le récapitulatif des garanties en annexe. Toutefois, l'allocation est limitée au strict remboursement des frais d'obsèques réellement engagés pour les enfants à charge 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 à :

- vous-même en cas de décès de votre conjoint ou d'un enfant à charge,
- à votre conjoint, à défaut à vos enfants à charge tels que définis au paragraphe « situation familiale » de la présente notice s'il s'agit de votre décès.

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

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

Objet de la garantie

Une rente temporaire est servie à chacun de vos enfants à charge tels que définis au paragraphe « Situation familiale », suite à votre décès ou Invalidité Absolue et Définitive.

Montant de la garantie

Le montant de la rente, exprimé en pourcentage du traitement de base, figure sur le récapitulatif des garanties en annexe.

Le montant de la rente :

- est varié en fonction de l'âge de l'enfant à charge, la rente est alors progressive par palier. Les paliers sont définis en fonction de l'âge. Un palier commence à courir à compter de la date du décès ou de l'invalidité absolue et définitive du participant, ou du lendemain du dernier jour du palier précédent jusqu'à la fin du trimestre civil au cours duquel l'enfant atteint un âge limite défini au récapitulatif des garanties en annexe.

La rente éducation est revalorisée conformément aux dispositions du paragraphe « Revalorisation ».

Versement de la rente

La rente éducation est servie à partir du premier jour du mois civil qui suit votre décès ou votre invalidité absolue et définitive.

La rente est réglée chaque trimestre, à terme échu. Le paiement est effectué à la personne ayant la charge effective de l'enfant si ce dernier est mineur, à l'enfant lui-même s'il est majeur, à défaut au représentant légal.

Le bénéficiaire de la rente ou son représentant légal devra adresser annuellement à l'Institution, une déclaration sur l'honneur, avec la mention « non décédé » ou toute pièce justificative valant certificat de vie. De même, le bénéficiaire de la rente ou son représentant légal devra fournir tout justificatif que l'Institution pourrait être amenée à réclamer pour justifier de sa situation au regard des conditions fixées pour bénéficier de la rente. En cas de non production des éléments réclamés, le versement de la rente en cours peut être suspendu.

Cessation de la rente

La rente cesse d'être versée à l'expiration du trimestre au cours duquel l'enfant a cessé d'être considéré comme à charge et au plus tard à la date de son décès.

Garanties incapacité temporaire de travail / invalidité / Maternité – Paternité - Adoption

Garantie incapacité temporaire de travail

Objet de la garantie

En cas d'incapacité temporaire de travail, l'Institution vous verse des indemnités journalières complémentaires, sous réserve d'un éventuel contrôle médical.

Conditions d'ouverture

Vous êtes considéré en incapacité temporaire de travail lorsque, suite à un accident ou une maladie, vous remplissez les conditions suivantes :

- vous êtes temporairement inapte à l'exercice de votre activité professionnelle ;
- vous percevez des indemnités journalières versées par la Sécurité sociale au titre de l'Assurance Maladie ou de l'assurance des accidents de travail et des maladies professionnelles ;
- vous ne faites l'objet d'aucune mesure de suspension de maintien de salaire par votre employeur, suite à un contrôle médical qu'il aurait diligenté.

L'Institution se réserve le droit de vous soumettre à la procédure de contrôle médical prévue au paragraphe « Contrôle médical » ainsi que de vous demander la production d'un certificat médical établi par votre médecin.

Montant de la garantie

Les indemnités journalières sont calculées selon un pourcentage appliqué à votre traitement de référence, défini au récapitulatif des garanties en annexe.

Si vous reprenez le 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.

En tout état de cause, le montant des prestations est soumis au plafonnement prévu au paragraphe « Plafonnement des prestations ».

Les indemnités journalières sont revalorisées conformément aux dispositions du paragraphe « Revalorisation ».

Versement des prestations

Le versement des indemnités défini dans le récapitulatif des garanties en annexe 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 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.

Les indemnités journalières sont réglées à votre employeur, tant que votre contrat de travail y compris pendant votre arrêt de travail n'est pas rompu, à charge pour lui de vous les reverser, nettes de charges sociales et, à compter du 1^{er} janvier 2019, d'impôt sur le revenu.

Après cessation de votre contrat de travail, elles vous sont versées directement, nettes de contributions sociales et, à compter du 1^{er} janvier 2019, d'impôt sur le revenu.

Cessation du versement des prestations

Les indemnités journalières complémentaires cessent de vous être versées :

- à la date de fin du versement des indemnités journalières par la Sécurité sociale ;
- à la date de reprise d'une activité professionnelle à temps complet ;
- au 1096^{ème} jour d'arrêt de travail ;
- à la date d'attribution par la Sécurité sociale d'une pension d'invalidité ou d'une rente d'incapacité permanente ;
- à la date de liquidation de votre pension vieillesse ;
- à la date de fin de votre contrat de travail en cas de cumul emploi-retraite ;
- à la suite d'un contrôle médical concluant à un arrêt de travail non justifié ou en cas de refus de contrôle médical.

Rechute

Si vous vous trouvez à nouveau en arrêt de travail dans les deux mois qui suivent la cessation du paiement des indemnités journalières complémentaires, vous n'êtes pas soumis à un nouveau délai de franchise, pour autant que le nouvel arrêt résulte de la même cause que le précédent, et que vous en apportiez la preuve par un 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.

Garantie invalidité

Objet de la garantie

Si vous vous trouvez en situation d'invalidité permanente consécutive à une maladie ou un accident d'origine non professionnelle ou en cas d'incapacité permanente suite à un accident de travail ou une maladie professionnelle, l'Institution vous verse une rente.

Condition d'ouverture

Vous devez percevoir de la part de la Sécurité sociale une des deux prestations suivantes :

- une pension d'invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie ;
- une rente d'accident du travail ou de maladie professionnelle avec un taux d'incapacité permanente au moins égal à 66 %.

L'Institution se réserve le droit de vous soumettre à la procédure de contrôle médical prévue au paragraphe « Contrôle médical ».

Montant de la rente

Le montant de la rente est fixé au récapitulatif des garanties en annexe.

La rente est revalorisée conformément aux dispositions du paragraphe « Revalorisation ».

Rente invalidité

Le montant de la rente, déterminé en pourcentage de votre traitement de référence, est défini au récapitulatif des garanties en annexe. Ce taux dépend de votre classement par la Sécurité sociale en 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie d'invalidité.

Ce montant est exprimé hors majoration pour recours à une tierce personne.

Rente incapacité permanente

Si vous vous retrouvez en situation d'incapacité permanente suite à un accident du travail ou une maladie professionnelle, l'Institution vous verse une rente.

Le montant de la rente, déterminé en pourcentage de votre salaire de référence, est défini au récapitulatif des garanties en annexe. Ce taux dépend de votre taux d'incapacité permanente attribué par la Sécurité sociale.

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

Versement de la rente

La rente vous est versée mensuellement à terme échu, nette de toutes contributions sociales et, à compter du 1^{er} janvier 2019, d'impôt sur le revenu.

Elle peut être versée à votre employeur si ce dernier en a fait la demande et que vous restez inscrit aux effectifs de l'entreprise. Dans ce cas, charge pour votre employeur de vous reverser la rente nette de toutes contributions sociales et, à compter du 1^{er} janvier 2019 d'impôt sur le revenu.

Cessation du versement de la prestation

La rente cesse d'être versée :

- à la date de cessation du versement des indemnités journalières par la Sécurité sociale ;
- à la date de reprise d'une activité professionnelle à temps complet ;
- à la date de liquidation de votre 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 en cas de refus de contrôle.

Garantie Maternité – Paternité - Adoption

En cas de congé légal de maternité prénatal et postnatal, de paternité ou d'adoption, l'Institution vous verse une prestation complémentaire aux indemnités journalières brutes de la Sécurité sociale dont le montant est défini au récapitulatif des garanties en annexe.

Cessation du versement des prestations

Les modalités sont identiques à celles de la garantie incapacité de travail.

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 vous demander d'autres pièces justificatives destinées à compléter le dossier.

Documents justificatifs	Demande de prestation en cas de			
	Décès	IAD	Incapacité temporaire	Invalidité
Demande de prestation				
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 de votre 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			•	•
Attestation de l'adhérent indiquant les salaires bruts et nets (ou de tous les employeurs pour le participant ayant des employeurs multiples)			•	•
Situation familiale				
Photocopie de l'avis d'imposition sur les revenus du participant (et éventuellement de ceux du conjoint)	•	•	•	•
Copie intégrale de l'acte de naissance de chaque bénéficiaire	•			
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 EDF, 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 au récapitulatif des garanties en annexe

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

Annexe : Récapitulatif des garanties souscrites

Catégorie de personnel garantie

La population concernée par le présent régime 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.

Information - Réclamation

Pour toute information ou réclamation relative à l'exécution du présent contrat, vous devez adresser votre demande à l'organisme en charge de la gestion de votre contrat :

GFP
2 rue Joseph Fourier
Le jardin d'entreprise
28039 CHARTRES CEDEX
0825 800 824
(Service 0,15 € / appel + prix appel)

Détail 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

(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.

* * * * *