

PREVOYANCE
HCR



CONDITIONS GÉNÉRALES

GARANTIES PRÉVOYANCE
PERSONNEL RELEVANT DE LA CONVENTION COLLECTIVE
NATIONALE DES HÔTELS, CAFÉS, RESTAURANTS
(IDCC 1979)

DATE D'EFFET : 1^{ER} JANVIER 2018

SOMMAIRE

INTRODUCTION	5
DÉFINITIONS	5
TITRE I – GÉNÉRALITÉS	7
Article 1 - Cadre juridique - Objet	7
Article 2 - Souscription du contrat	7
Article 3 - Participants	7
Article 4 - Droit d'accès et de rectification - Contrôle - Réclamation - Médiation	8
TITRE II – MODALITÉS D'ADHÉSION ET OBLIGATIONS DE L'ADHÉRENTE ET DE L'INSTITUTION	9
Article 5 - Informations à fournir par l'Adhérente	9
Article 6 - Documents à fournir par l'Institution	10
TITRE III – DATE D'EFFET DE L'ADHÉSION - ENTRÉE EN VIGUEUR DES GARANTIES	10
Article 7 - Date d'effet de l'adhésion	10
Article 8 - Entrée en vigueur des garanties	10
Article 9 - Révision des garanties ou des cotisations	10
TITRE IV – SUSPENSION ET CESSATION DES GARANTIES - RÉSILIATION DU CONTRAT	10
Article 10 - Suspension et cessation des garanties	10
Article 11 - Résiliation du contrat d'assurance et changement d'organisme assureur	11
Article 12 - Changement d'activité ou disparition de l'entreprise	11
TITRE V – MODALITÉS DE CALCUL DES COTISATIONS	12
Article 13 - Cotisations	12
Article 14 - Paiement des cotisations	12
Article 15 - Traitement de base des prestations	12
TITRE VI – MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS D'ARRÊT DE TRAVAIL ET EXONÉRATION DU PAIEMENT	13
Article 16 - Maintien des garanties en cas d'arrêt de travail - Exonération du paiement des cotisations	13
Article 17 - Suspension ou cessation du maintien des garanties et de l'exonération	13
TITRE VII – MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE RUPTURE OU CESSATION DU CONTRAT DE TRAVAIL	13
Article 18 - Prorogation de la couverture Décès de base	13
Article 19 - Cessation du contrat de travail	14

TITRE VIII – ÉVÉNEMENTS EXCLUS - DÉCHEANCE - NULLITÉ - PRESCRIPTION 14

Article 20 - Événements exclus 14
 Article 21 - Déchéance 15
 Article 22 - Nullité 15
 Article 23 - Prescription 15

TITRE IX – GARANTIES DÉCÈS ET ANNEXES 15

Article 24 - Garantie Décès de base 15
 Article 25 - Garantie Invalidité absolue et définitive 16
 Article 26 - Garantie Décès accidentel 16
 Article 27 - Garantie Double effet 17

TITRE X – GARANTIES RENTES 17

Article 28 - Rente éducation et Rente de conjoint substitutive et garantie handicap 17

TITRE XI – GARANTIES INCAPACITÉ DE TRAVAIL - INVALIDITÉ 19

Article 29 - Garantie Incapacité de travail 19
 Article 30 - Garantie Invalidité 20

TITRE XII – RÈGLEMENT DES PRESTATIONS - PIÈCES À FOURNIR 21

Article 31 - Règlement 21
 Article 32 - Garanties Décès - Décès accidentel - Double effet - Rente éducation - Rente de conjoint substitutive
 - Rente handicap 22
 Article 33 - Garanties Incapacité de travail - Invalidité 22

TITRE XIII - CONDITIONS DE REPRISE DES EN-COURS À LA DATE D'EFFET DU CONTRAT 23

Article 34 - En présence d'un contrat de prévoyance souscrit antérieurement 23
 Article 35 - En l'absence d'un contrat de prévoyance souscrit antérieurement 23
 Article 36 - Financement des risques en cours 23

INTRODUCTION

• **KLESIA Prévoyance, institution de prévoyance régie par le titre III du Livre IX du Code de la Sécurité sociale, dont le siège social est situé au :** 4 rue Georges Picquart 75017 PARIS,

Apériteur,

• **Malakoff Médéric Prévoyance, institution de prévoyance régie par le Livre IX du Code de la Sécurité sociale, ayant son siège social au :** 21 rue Laffitte 75009 PARIS, n° SIREN 775 691 181.

et

• **OCIRP** (Organisme Commun des Institutions de Rente et de Prévoyance) union d'institutions de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale dont sont membres les deux Institutions précitées), et ayant son siège social au : 17 rue de Marignan 75008 PARIS,

ci-après dénommées « les Institutions »,

assurent des garanties prévoyance (Décès et annexes, Rente Education/ Rente de conjoint substitutive, Garantie Handicap, Incapacité de travail et Invalidité) pour le personnel des entreprises appliquant la Convention collective nationale des Hôtels – Cafés – Restaurants.

Le présent contrat d'assurance collective est un contrat à adhésion obligatoire. Il est conforme aux dispositions de l'avenant du 13 juillet 2004 annexé à la Convention collective nationale des Hôtels – Cafés – Restaurants et modifié par les avenants n°3 du 20 décembre 2007, n° 7, 8 et 9 du 22 juin 2009, n°15 du 4 avril 2012, n°21 du 24 juin 2014 et n°27 du 13 octobre 2017.

DÉFINITIONS

ADHÉRENTE	Personne morale ou physique qui, adhère au contrat au profit de son personnel défini au certificat d'adhésion et s'engage à verser les cotisations.
PARTICIPANT	Membre du personnel de l'Adhérente relevant de la catégorie de personnel assurée définie au certificat d'adhésion.
ACCIDENT	Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part du Participant provenant exclusivement de l'action soudaine et fortuite d'une cause extérieure, à l'exclusion d'un état pathologique ou d'une maladie aiguë, chronique ou d'un choc émotionnel.
MALADIE	Toute altération de santé constatée par une autorité médicale et ouvrant droit aux prestations en espèces du régime général de la Sécurité sociale française ou d'un régime assimilé de salariés.
SINISTRE	Fait dommageable qui, pour le Participant et, s'ils sont garantis, ses ayants droit tels que définis au contrat, est de nature à mettre en jeu la garantie de l'Institution.
GARANTIE	Engagement de l'Institution, en contrepartie de la cotisation prévue au contrat, à verser une prestation en cas de réalisation d'un sinistre couvert par le contrat au cours d'une période d'assurance.
PRESTATION	Exécution de la garantie par l'Institution, la prestation se caractérise, selon les cas, par le versement d'un capital, d'une rente, ou d'indemnités journalières.
DÉCHÉANCE	Perte du droit du Participant ou du bénéficiaire à bénéficier de la garantie.

TITRE I

GÉNÉRALITÉS

ARTICLE 1

CADRE JURIDIQUE - OBJET

Le présent contrat, régi par les dispositions du chapitre II du Titre III du Livre IX du Code de la Sécurité sociale et exclusivement soumis à la loi française, est un contrat d'assurance collectif à adhésion obligatoire.

Le contrat a pour objet d'assurer des garanties de prévoyance.

Seules les entreprises entrant dans le champ d'application de l'Accord de Branche peuvent souscrire ce contrat. Toutefois, sous réserve d'un accord préalable de l'Institution, les entreprises ayant un lien direct avec la branche professionnelle et qui appliquent volontairement la Convention collective nationale des Hôtels – Cafés – Restaurants, peuvent également souscrire.

Les risques garantis sont couverts par :

- KLESIA Prévoyance et Malakoff Médéric Prévoyance, pour les garanties Décès et annexes, Incapacité de travail et Invalidité,
- l'OCIRP – Union d'Institutions de Prévoyance, pour les garanties Rente Éducation, Rente de conjoint substitutive et Handicap.

L'ensemble des contrats souscrits par les entreprises dans le cadre des présentes Conditions Générales constitue un périmètre de mutualisation des résultats ; il est établi un compte d'exploitation technique commun. Toute évolution des conditions d'assurance s'applique à l'ensemble des contrats relevant de ce périmètre.

Afin d'organiser la mutualisation nationale des risques couverts par le présent contrat de prévoyance, les organismes assureurs instituent entre eux une coassurance dont les quote parts établies sur la base des cotisations des années d'exercice sont les suivantes :

- pour les risques Décès Incapacité et Invalidité :

Malakoff Médéric Prévoyance : 27,16 %

KLESIA Prévoyance : 72,84 %

- pour la Rente éducation/Rente de conjoint substitutive et la Garantie Handicap :

OCIRP : 100 %

En cas de modification ou cessation de la coassurance, les assurés bénéficient du respect de la garantie de leurs droits ; l'Institution ayant reçu l'adhésion informera l'entreprise des conséquences sur son contrat.

ARTICLE 2

SOUSCRIPTION DU CONTRAT

Dans la suite du document, l'entreprise souscriptrice est dénommée « l'Adhérente » ou « l'Entreprise » et ses salariés, « les Participants ».

La souscription du contrat s'effectue auprès des coassureurs KLESIA Prévoyance ou Malakoff Médéric Prévoyance.

Le contrat est constitué pour chaque Adhérente par :

- la demande d'adhésion signée par l'entreprise,
- les présentes Conditions Générales définissant les conditions de cotisations et de prestations du contrat, ainsi que les obligations réciproques des parties,
- le certificat d'adhésion ou les Conditions Particulières, définissant la date d'effet du contrat, les catégories de personnel effectivement couvertes, les taux de cotisations appelés,
- et le cas échéant des avenants y afférent.

ARTICLE 3

PARTICIPANTS

Ce contrat étant un contrat collectif à adhésion obligatoire, **l'Entreprise doit obligatoirement y affilier la totalité des salariés appartenant à la/aux catégorie(s) bénéficiaire(s) définie(s) au Certificat d'adhésion ou aux Conditions Particulières.**

Les salariés appartenant à une catégorie bénéficiaire lors de la souscription du contrat doivent y être affiliés à compter de la date d'effet du contrat figurant sur le Certificat d'adhésion ou les Conditions Particulières.

L'Entreprise s'engage également à y affilier obligatoirement tous les salariés appartenant à la catégorie bénéficiaire qu'elle embauchera postérieurement à la souscription du contrat ainsi que tous ceux qui viendront à être promus dans la catégorie de personnel bénéficiaire postérieurement à ladite souscription.

Toutefois, il est précisé que l'Institution ayant recueilli la demande d'adhésion pourra réclamer une cotisation supplémentaire temporaire à celle prévue à l'article 13 du présent contrat, correspondant à la tarification des risques en cours pour les salariés en arrêt de travail à la date d'adhésion de l'entreprise dans les conditions du Titre XIII.

Seuls les salariés assujettis au régime général de la Sécurité sociale française ou d'un régime assimilé de salariés et dont le contrat de travail est en cours d'exécution lors de l'adhésion ou postérieurement à celle-ci, peuvent bénéficier des dispositions du présent contrat.

Les mandataires sociaux non titulaires d'un contrat de travail mais assimilés aux salariés en application de l'article L.311-3 du Code de la Sécurité sociale peuvent bénéficier du présent contrat, sous réserve qu'une décision du Conseil d'Administration (ou équivalent) de l'entreprise le prévoie.

ARTICLE 4**PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES –
CONTRÔLE – RÉCLAMATION – MÉDIATION****A - PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES**

Dans le cadre de la relation contractuelle, KLESIA Prévoyance, entité du Groupe KLESIA, Malakoff Médéric Prévoyance, et l'OCIRP sont amenés à traiter des données personnelles des assurés et des bénéficiaires du contrat, en tant que responsable de Gestion Prestation Service, en qualité de délégataire de gestion du contrat d'assurance et dans le respect des missions convenues avec les Co-assureurs, traite également ces données personnelles.

À ce titre, KLESIA Prévoyance, entité du Groupe KLESIA, Malakoff Médéric Prévoyance, l'OCIRP et GPS s'engagent 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 aucune autre personne que celles mentionnées dans la notice d'information.

KLESIA Prévoyance, entité du Groupe KLESIA, Malakoff Médéric Prévoyance, l'OCIRP et GPS traitent 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) :

Pour KLESIA Prévoyance :

Par courrier électronique : info.cnil@klesia.fr

Par courrier postal :

**KLESIA Prévoyance
Service INFO CNIL
CS 30027
3108 Montreuil Cedex.**

Pour Malakoff Médéric :

Par courrier électronique : sgil.assurance@malakoffmederic.com

Par courrier postal :

**Malakoff Médéric, Pôle Informatique
et Libertés Assurance,
21, rue Laffitte 75317 Paris Cedex 09**

Pour OCIRP

Par courrier électronique : Dpocirp@ocirp.fr

Par courrier postal :

**OCIRP
17 rue de Marignan
CS 50 003
75008 PARIS**

Pour GPS

Par courrier électronique : dpo@gpam.fr

Par courrier postal :

**GPS Gestion Prestation Service Délégué
à la Protection des Données
41207 Romorantin
Lanthenay 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 <https://www.cnil.fr/fr/agir>

Des informations plus détaillées sur le traitement des données sont fournies par KLESIA Prévoyance, entité du Groupe KLESIA, Malakoff Médéric Prévoyance, l'OCIRP et GPS aux assurés et des bénéficiaires dans la notice d'information.

B - CONTRÔLE

L'autorité chargée du contrôle des Institutions de Prévoyance est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) dont le siège se situe au 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09

C - Réclamation

Pour toute réclamation relative au fonctionnement du contrat, l'Adhérente ou le Participant doit s'adresser en priorité à GPS - Gestion Prestation Service, gestionnaire unique du contrat d'assurance.

**GPS - Gestion Prestation Service
Service Prévoyance
41207 Romorantin Lanthenay Cedex**

Par courrier électronique : contact@gps-hcr.fr

GPS s'engage à répondre à l'Adhérente et au Participant dans le respect des usages et des bonnes pratiques, notamment prévus par la recommandation ACPR relative au traitement des réclamations 2016-R-02 du 14 novembre 2016.

D - Médiation

Lorsqu'aucune solution à un litige relatif aux garanties n'a pu être trouvée, l'Adhérente, le Participant et les bénéficiaires peuvent, sans préjudice du droit d'agir en justice, s'adresser au médiateur de la protection sociale (Centre Technique des Institutions de Prévoyance - CTIP), dans le délai d'un an à compter de la réclamation.

Par courrier :

**M. le médiateur de la protection sociale (CTIP)
10 rue Cambacérés - 75008 Paris**

Par voie électronique : <https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/>.

TITRE II

MODALITÉS D'ADHÉSION ET OBLIGATIONS DE L'ADHÉRENTE ET DE L'INSTITUTION

ARTICLE 5

INFORMATIONS À FOURNIR PAR L'ADHÉRENTE

A - DOCUMENTS À FOURNIR PAR L'ADHÉRENTE À L'INSTITUTION

Lors de l'adhésion

L'entreprise doit adresser à l'Institution :

- une demande d'adhésion dûment signée par un représentant habilité,
- un état du personnel de la catégorie à assurer affilié au régime général de la Sécurité sociale française indiquant le salaire annuel brut. Les rémunérations déclarées doivent être conformes à celles qui sont retenues pour le calcul de l'assiette de cotisations de la Sécurité sociale,
- un état des salariés en incapacité de travail et en invalidité (en précisant la catégorie d'invalidité) en indiquant pour chacun d'eux la date d'arrêt de travail ou de classement en invalidité et s'il perçoit à ce titre

des prestations relatives à un contrat de prévoyance complémentaire souscrit par l'Adhérente ou par un précédent employeur. Cet état devra également indiquer si l'assureur précédent s'est engagé à revaloriser les prestations ainsi versées, et préciser les garanties décès qui sont maintenues pour les salariés concernés,

- un état des salariés à temps partiel pour cause de maladie.

En cours de contrat

L'Adhérente s'engage :

- à communiquer à l'Institution tout élément susceptible d'entraîner une modification de la nature ou de l'importance des garanties,
- à informer immédiatement l'Institution de toute modification d'adresse, de raison sociale ou opération juridique (fusion, cession, location gérance...).

Mouvement de personnel

L'Adhérente transmet au moins trimestriellement à l'Institution la liste des nouveaux salariés dès leur entrée dans la catégorie assurée et la liste des salariés reprenant leur activité à la suite d'un arrêt de travail.

L'Adhérente doit également informer l'Institution des sorties de personnel et préciser la date et les motifs de la sortie (maladie, retraite, licenciement, congé sans solde, suspension du contrat de travail et motif, démission...).

Déclaration annuelle

À la fin de chaque année civile, l'Adhérente transmet à l'Institution un état récapitulatif du personnel assuré, précisant les mouvements intervenus, leur motif et leur date, ainsi que le relevé des salaires retenus chaque année pour le calcul de l'assiette des cotisations de Sécurité sociale.

B - DOCUMENTS À FOURNIR PAR L'ADHÉRENTE AUX PARTICIPANTS

Conformément à l'article L.932-6 du Code de la Sécurité sociale, il appartient à l'Adhérente :

- de remettre à chaque Participant la notice d'information établie par l'Institution,
- de l'informer, le cas échéant, des modifications apportées à ses droits et obligations en cours de contrat, par la remise de la notice d'information établie à cet effet par l'Institution.

La preuve de la remise aux Participants de la notice d'information et de la délivrance de l'information relative aux modifications contractuelles incombe à l'Adhérente. En conséquence, il appartient à l'Adhérente d'en conserver la preuve.

ARTICLE 6**DOCUMENTS À FOURNIR PAR L'INSTITUTION**

L'Institution transmet à l'Adhérente :

- les présentes Conditions Générales,
- le certificat d'adhésion ou les Conditions Particulières précisant la date d'effet de l'adhésion de l'entreprise, les garanties couvertes dont bénéficie le personnel de l'Adhérente,
- la notice d'information destinée au personnel récapitulant les garanties de prévoyance, à charge pour l'Adhérente de la remettre aux Participants comme stipulé à l'article précédent.

TITRE III**DATE D'EFFET DE L'ADHÉSION – ENTRÉE EN VIGUEUR DES GARANTIES****ARTICLE 7****DATE D'EFFET DE L'ADHÉSION**

La date d'effet de l'adhésion retenue est indiquée dans le certificat d'adhésion ou les Conditions Particulières.

L'adhésion est conclue pour une période allant jusqu'au 31 décembre suivant la date d'effet et se renouvelle ensuite, par période de douze mois, par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année.

ARTICLE 8**ENTRÉE EN VIGUEUR DES GARANTIES**

Si la déclaration d'affiliation du Participant est faite dans le délai de trois mois, les garanties prennent effet pour les nouveaux salariés, à la date d'embauche.

Pour les Participants déclarés hors délai, les garanties prennent effet à compter de la date de déclaration.

ARTICLE 9**RÉVISION DES GARANTIES OU DES COTISATIONS****A - Modifications du CONTRAT SOUSCRIT PAR L'ENTREPRISE**

Le contrat a vocation à être conforme aux dispositions conventionnelles dont relève l'employeur. Dans le cas où l'Accord de Branche serait modifié, le présent contrat sera aménagé en conséquence, à la date d'effet précisée par l'avenant adressé par l'Institution à l'Adhérente.

Le niveau des garanties ainsi que les taux de cotisations ont été définis en fonction de la législation et de la réglementation en vigueur à la date de leur prise d'effet. **L'engagement des Institutions est acquis pour autant que ce cadre perdure.**

En cas d'instauration ou de modification par les Pouvoirs publics de taxes, contributions ou charges de toute nature et/ou en cas de modification de la législation ou de la réglementation, les Institutions sont fondées à apporter les aménagements nécessaires, selon le cas, au

niveau des cotisations et/ou au niveau des garanties.

De même, en raison des résultats du contrat, les Institutions pourront effectuer des aménagements nécessaires à apporter aux cotisations et/ou aux garanties.

B - AVENANT AU CONTRAT

Les modifications apportées au contrat font l'objet d'un avenant adressé à l'Adhérente.

L'Adhérente dispose d'un délai de trente jours, à compter de l'envoi de l'avenant portant modification, pour signifier expressément à l'Institution son éventuel refus ; le refus entraîne la résiliation du contrat au dernier jour du trimestre civil au cours duquel le délai susvisé expire. Passé ce délai de trente jours, l'Adhérente est réputée avoir accepté les termes de l'avenant.

C - INCIDENCES DES RÉVISIONS

Les modifications des garanties ou du niveau des garanties ne visent que les sinistres dont la survenance est postérieure à la date d'effet de la modification du présent contrat. Elle est donc sans effet sur les prestations en cours de service.

TITRE IV**SUSPENSION ET CÉSSATION DES GARANTIES – RÉSILIATION DU CONTRAT****ARTICLE 10****SUSPENSION ET CESSATION DES GARANTIES****A - Conditions de suspension des garanties**

Les garanties sont maintenues en cas de suspension du contrat de travail si le salarié bénéficie de la part de son employeur, de façon directe ou indirecte, d'un maintien de salaire.

Les salariés dont la suspension du contrat de travail a pour origine un arrêt de travail indemnisé par la Sécurité sociale bénéficient de ce maintien de garanties jusqu'à la date de reprise d'activité ou jusqu'à la date de prise d'effet de la retraite de la Sécurité sociale.

Les garanties sont maintenues en contrepartie du versement de cotisations tant pour la part patronale que salariale. Les cotisations sont dues tant que le salarié perçoit une rémunération ou des indemnités journalières complémentaires financées en tout ou partie par l'employeur sauf exonération telle que définie à l'article 16.

À contrario, la garantie est suspendue de plein droit pour les Participants ne bénéficiant pas d'un maintien de salaire et dont le contrat est suspendu et en particulier pour les cas suivants :

- congé sabbatique visé aux articles L.3142-91 et suivants du Code du travail,
- congé parental d'éducation visé aux articles L.1225-47 et suivants du Code du travail,

- congé pour création d'entreprise visé aux articles L.3142-78 et suivants du Code du travail,
- ou pour tout autre motif de suspension du contrat de travail non rémunéré.

La suspension des garanties intervient à la date de suspension du contrat de travail du Participant. Elle s'achève dès la reprise effective du travail par l'intéressé au sein de l'effectif assuré.

B - Conditions de cessation des garanties

Les garanties cessent :

- en cas de cessation d'appartenance à la catégorie assurée,
- en cas de radiation du Participant des effectifs de l'entreprise, quelle que soit la cause, sauf si celle-ci intervient dans le cadre d'un maintien de garanties et dans les conditions de cette clause,
- en cas de décès du Participant, sauf la garantie double effet si le conjoint, le partenaire de PACS ou le concubin, avec enfant (s) à charge né (s) de l'union lui survit, sous réserve que le contrat soit toujours en vigueur,
- en cas de résiliation du contrat souscrit par l'Entreprise sauf dispositions particulières indiquées à l'article 11.

ARTICLE 11

RÉSILIATION DU CONTRAT D'ASSURANCE ET CHANGEMENT D'ORGANISME ASSUREUR

Conformément aux dispositions de l'article L.932-12 du Code de la Sécurité sociale, l'Adhérente comme l'Institution peuvent résilier le présent contrat en adressant à l'autre Partie une lettre recommandée avec avis de réception, ou par un envoi recommandé électronique, en respectant un préavis de deux mois, soit au plus tard le 31 octobre.

L'Adhérente peut résilier le contrat en cas de refus de nouvelles conditions contractuelles, dans les conditions visées à l'article 9/B.

L'Institution peut résilier le contrat en cas de non-paiement des cotisations, dans les conditions visées à l'article 14/C.

En cas de résiliation de l'adhésion, quelle qu'en soit la cause, l'Institution maintient aux salariés en arrêt de travail, conformément aux dispositions de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 dite « Loi Evin » :

- les prestations en cours de service, immédiates ou différées, acquises ou nées durant l'exécution du présent contrat, à leur niveau atteint à cette date,
- les risques Décès et annexes.

Ce maintien des garanties cesse pour chacun des Participants dans les conditions de l'article 17 du Titre VI du présent contrat au plus tard :

- à la date de liquidation de la retraite de base ou à la transformation de la pension d'invalidité ou de la rente incapacité permanente en pension vieillesse par la Sécurité Sociale,
- 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 des garanties,
- à la reprise totale d'activité.

De plus, il incombe à l'Adhérente de s'assurer que le nouvel organisme assureur :

- continuera de revaloriser les prestations d'incapacité de travail ou d'invalidité ainsi que les rentes de conjoint ou d'éducation en cours de service,
- revalorisera les bases de calcul des différentes prestations relatives à la couverture du risque Décès conformément à la loi,
- continuera d'assurer le maintien des garanties aux anciens salariés bénéficiant des dispositions de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale.

Quelles que soient l'origine et la cause de la résiliation, l'Adhérente s'engage à informer l'ensemble des Participants de la cessation des garanties.

ARTICLE 12

CHANGEMENT D'ACTIVITÉ OU DISPARITION DE L'ENTREPRISE

A - CHANGEMENT D'ACTIVITÉ

En cas de changement d'activité plaçant l'Adhérente en dehors du champ d'application de la Convention collective nationale, l'entreprise devra notifier ce changement à l'Institution de prévoyance par lettre recommandée avec accusé de réception, ou par un envoi recommandé électronique, qui aura valeur de lettre de résiliation. La résiliation prendra effet de plein droit à la date du changement d'activité.

Dans l'hypothèse où l'Institution est informée postérieurement à la sortie du champ d'application, celle-ci pourra :

- soit maintenir ou adapter les conditions contractuelles (cotisation, prestations et révision), dans le cadre d'un nouveau contrat se substituant au présent,
- soit procéder à la résiliation du présent contrat par lettre recommandée avec accusé de réception, celle-ci prenant effet au plus tôt au dernier jour du mois civil suivant un préavis de deux mois apprécié à compter de l'envoi de la lettre précitée.

Si des Participants sont en arrêt de travail et perçoivent des prestations au titre du présent contrat, le service des indemnités journalières et des rentes en cours de service est maintenu par l'Institution ainsi que la couverture de l'ensemble des garanties décès, sous

réserve que ces dispositions ne soient pas prévues par le nouveau contrat de prévoyance de l'entreprise et selon les conditions de l'article 11.

B - Disparition de l'entreprise

En cas de résiliation ayant pour origine la disparition de l'entreprise sans reprise du fonds, par cessation d'activité ou liquidation judiciaire, le service des indemnités journalières et des rentes en cours de service est maintenu par l'Institution ainsi que la couverture de l'ensemble des garanties décès pour les Participants en arrêt de travail pour maladie ou accident à la date de résiliation.

La revalorisation des prestations en cours de service est également assurée.

TITRE V

MODALITÉS DE CALCUL DES COTISATIONS ET DES PRESTATIONS

ARTICLE 13 COTISATIONS

A - MONTANT DES COTISATIONS

Le montant de la cotisation est indiqué au certificat d'adhésion ou aux Conditions Particulières.

Il peut être révisé selon les dispositions indiquées à l'article 9 du présent contrat.

Il est rappelé que la Convention Collective Nationale de Retraite et Prévoyance des cadres du 14 mars 1947 met à la charge exclusive de l'employeur une cotisation en matière de prévoyance de 1,50 % sur la Tranche A des salaires.

B - Assiette des cotisations

Principes de base

Les garanties sont assurées en contrepartie d'une cotisation assise sur la rémunération annuelle brute, y compris les éléments variables, de chaque Participant, retenue comme assiette pour le calcul des cotisations de la Sécurité sociale.

Elle est limitée à la tranche A des salaires (tranche des salaires limitée à un plafond annuel de la Sécurité sociale).

La cotisation est due dès la date d'entrée et jusqu'à celle de sortie de chaque Participant dans l'entreprise.

Salariés à temps partiel

Pour chaque Participant exerçant une activité à temps partiel, les plafonds de traitement annuel de base sont réduits au prorata du temps de présence des intéressés. Cette disposition n'est pas applicable aux salariés exerçant une activité à temps partiel pour raisons médicales (« mi-temps thérapeutique »).

ARTICLE 14 PAIEMENT DES COTISATIONS

A - GÉNÉRALITÉS

L'Adhérente est seule responsable du paiement des cotisations, y compris les parts salariales précomptées sur le salaire des Participants.

Les cotisations sont portables et payables à l'Institution.

B - Modalités de paiement

La cotisation est annuelle, et son paiement est fractionné trimestriellement à terme échu.

La date d'exigibilité est fixée au premier jour du trimestre civil suivant la période couverte.

Un ajustement des cotisations est effectué en fin d'exercice afin de tenir compte de la situation exacte de chaque Participant dans l'entreprise.

Cet ajustement donne lieu, soit à remboursement du trop-perçu de cotisations, soit à paiement d'un complément par l'entreprise le cas échéant.

C - Défaut de paiement

À défaut du paiement de l'intégralité des cotisations dans les conditions ci-dessus, une mise en demeure est adressée à l'Adhérente par lettre recommandée avec accusé de réception.

En cas de non-paiement persistant à l'expiration du délai fixé dans la mise en demeure, l'Institution poursuivra le recouvrement des cotisations par tous moyens de droit. Les frais afférents seront entièrement à la charge de l'Adhérente.

Les garanties accordées par l'Institution peuvent être suspendues trente jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure, et le contrat résilié dix jours après la date de prise d'effet de la suspension si le paiement n'est toujours pas intervenu. Les cotisations antérieures à la résiliation restent dues.

ARTICLE 15 TRAITEMENT DE BASE DES PRESTATIONS

A - Définition

Le traitement de base servant au calcul des prestations est égal au total des rémunérations brutes, primes comprises, perçues au cours des douze derniers mois civils précédant le fait générateur de la prestation (le décès ou l'arrêt de travail), dans la limite de la tranche A des salaires (tranche des salaires limitée à un plafond annuel de la Sécurité sociale) retenues pour le calcul des cotisations de la Sécurité sociale.

Les salaires considérés pour la détermination du traitement annuel de base sont ceux déclarés à l'Institution. Notamment, ne seront pas prises en considération les rectifications de déclarations de salaire ou les déclara-

rations de gratifications, primes ou rappels, versées postérieurement à la survenance du sinistre.

Participant ayant moins de douze mois complets d'ancienneté dans l'entreprise

Dans ce cas, le traitement annuel de base est reconstitué sur une base annuelle en se référant à la période effective d'emploi précédant l'arrêt de travail ou le décès.

B - Modalités des revalorisations

Chaque année, en fonction des résultats techniques et financiers de l'ensemble des contrats souscrits dans le cadre des présentes Conditions Générales, les Institutions co-assureurs décident la revalorisation :

- des prestations en cours de service et,
- du traitement de base s'agissant des garanties décès, de l'Invalidité absolue et définitive et Rente éducation/ Rente de conjoint substitutive maintenues pour les personnes en arrêt de travail.

Le montant de la revalorisation ne peut en aucun cas excéder les capacités de financement du contrat.

Si la décision de revaloriser est prise, le montant d'origine des prestations en cours de service, indemnités journalières, pension et rente d'invalidité, ainsi que le traitement de base, sont revalorisés.

En cas de résiliation de l'adhésion au présent contrat, l'Institution est tenue d'assurer le service des rentes en cours au niveau qu'elles avaient atteint à la date d'effet de la résiliation. L'Institution est également tenue d'assurer la charge du maintien de la garantie décès aux personnes en arrêt de travail ou en invalidité à cette date.

Il appartiendra à l'entreprise d'organiser avec le nouvel organisme assureur la charge des revalorisations futures des rentes en cours de service et des capitaux décès.

C - Revalorisation spécifique aux garanties décès (article R. 132-3-1 du code des assurances)

À compter de la date du décès du Participant et 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.

TITRE VI

MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS D'ARRÊT DE TRAVAIL ET EXONÉRATION DU PAIEMENT DES COTISATIONS

ARTICLE 16

MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS D'ARRÊT DE TRAVAIL - EXONÉRATION DU PAIEMENT DES COTISATIONS

Le Participant en arrêt de travail continue à bénéficier des garanties du présent contrat tant que celui-ci est en vigueur.

Cette disposition s'applique tant que le Participant, lié à l'Adhérente par un contrat de travail, est en arrêt total de travail indemnisé par la Sécurité sociale ou est titulaire d'une pension d'invalidité ou d'une rente au titre des accidents de travail ou maladies professionnelles avec un taux d'incapacité d'au moins 33 %.

L'Institution prend en charge le paiement des cotisations correspondantes.

Cette exonération du paiement des cotisations par l'Adhérente est acquise à l'expiration du délai de franchise de la garantie Incapacité de travail - Invalidité.

ARTICLE 17

SUSPENSION OU CESSATION DU MAINTIEN DES GARANTIES ET DE L'EXONÉRATION

Le maintien des garanties et l'exonération cessent :

- lorsque le Participant ne perçoit plus de la Sécurité sociale des prestations en « espèces » au titre de l'incapacité de travail ou de l'invalidité ayant entraîné la mise en jeu des présentes garanties,
- à la date d'effet de la retraite de base du régime général de la Sécurité sociale ou à la date d'entrée en jouissance de la retraite pour inaptitude au travail,
- à la reprise totale d'activité.

TITRE VII

MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE RUPTURE OU CESSATION DU CONTRAT DE TRAVAIL

ARTICLE 18

PROROGATION DE LA COUVERTURE DÉCÈS DE BASE

Pour tout salarié non bénéficiaire d'indemnités journalières ou de rente d'invalidité complémentaires et sous réserve qu'il compte un mois d'activité continu dans les entreprises relevant de l'Accord de Branche, la garantie Décès de base est prorogée pendant 4 mois après la date à laquelle le contrat de travail qui le lie à son employeur prend fin, sauf s'il a repris une activité professionnelle, au cours de ce délai, auquel cas la garantie décès au titre du précédent employeur cesse au moment de la reprise d'activité.

Cette prorogation cesse en tout état de cause à la

date d'effet de la pension vieillesse de la Sécurité sociale.

La prorogation de la garantie Décès de base s'applique de façon autonome et, sous déduction des droits néss de la portabilité dont bénéficie éventuellement l'ancien salarié, tel que décrit ci-après.

ARTICLE 19

CESSATION DU CONTRAT DE TRAVAIL

Le contrat d'assurance organise le maintien des garanties prévoyance dont peut bénéficier le salarié, en cas de cessation du contrat de travail, excepté pour faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par l'assurance chômage, dans le respect des dispositions de l'article L.911-8 du code de la Sécurité sociale :

- le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois,
- le bénéfice du maintien est subordonné à la condition que les droits à garantie aient été ouverts chez le dernier employeur,
- les garanties maintenues sont celles en vigueur dans l'entreprise,
- le maintien des garanties ne peut conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période. Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations est égal au total des rémunérations brutes (y compris primes et gratifications) perçues au cours des 12 mois civils d'activité ou reconstruites précédant la date de cessation d'activité, à l'exclusion des sommes liées à la rupture ou à la fin du contrat de travail (indemnités de licenciement, indemnités de fin de contrat...). Le salaire de référence est limité à la tranche A,
- l'ancien salarié justifie auprès de l'Institution, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, qu'il remplit les conditions requises pour en bénéficier.

L'Adhérente doit informer l'Institution de la cessation du contrat de travail ouvrant droit à maintien, et notamment attester de la durée du ou des dernier(s) contrat(s) de travail permettant de définir la durée maximale des droits. À cet effet, l'Institution peut mettre en place un formulaire de déclaration nominative.

Le maintien cesse à la date de survenance de l'un des événements suivants :

- cessation du versement des allocations chômage, quel qu'en soit le motif (reprise d'activité professionnelle, prise d'effet de la retraite Sécurité sociale, radiation des listes de Pôle Emploi, décès),
- expiration de la période de droits à laquelle peut prétendre l'ancien salarié,
- résiliation du présent contrat d'assurance.
- La cessation d'activité de l'entreprise sans repreneur et quel qu'en soit le motif (liquidation amiable, absorption, liquidation judiciaire ...) est sans effet sur les droits à maintien des garanties en cours.

Toute suspension des allocations chômage pour cause de maladie ou pour tout autre motif n'a pas pour effet de prolonger d'autant la période de droit à maintien.

Le financement du dispositif de maintien est inclus dans la cotisation des salariés en activité (part patronale et part salariale).

Pour information, il est rappelé que l'employeur doit signaler le maintien de ces garanties dans le certificat de travail.

TITRE VIII

ÉVÉNEMENTS EXCLUS – DÉCHÉANCE - NULLITÉ – PRESCRIPTION

ARTICLE 20

ÉVÉNEMENTS EXCLUS

A - LES GARANTIES DÉCÈS ACCIDENTEL, INCAPACITÉ DE TRAVAIL ET INVALIDITÉ, SONT GARANTIES, À L'EXCLUSION DE CELLES RÉSULTANT :

- du fait volontaire ou intentionnel du Participant,
- de risques aériens :
 - vols effectués à bord d'un appareil non muni d'un certificat valable de navigabilité ou piloté par une personne non pourvue d'un brevet de pilote valable pour l'appareil utilisé,
 - pratique du parachutisme ascensionnel ou du parapente, pilotage d'un appareil « Ultra Léger Motorisé » (ULM) et de tout appareil non homologué,
- de la pratique de sports qui ne disposent pas d'une fédération sportive et donc non reconnus par le Ministère de la Jeunesse et des Sports,
- de la participation à des compétitions pratiquées avec des engins à moteur,
- de guerre civile ou 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 (dispositions également applicables pour la garantie rente éducation et la garantie rente de conjoint substitutive),

- de la consommation de boissons alcoolisées, constatée par un taux d'alcoolémie égal ou supérieur au taux légal,
- de l'usage de stupéfiants ou substances médicamenteuses en dehors des limites de prescriptions médicales.

Par ailleurs, il est précisé que les incapacités de travail ou invalidités survenues pendant le congé légal de maternité, paternité ou d'adoption ne donnent lieu à aucun versement de prestations pendant la durée du congé. La durée dudit congé n'est pas prise en considération pour la détermination de la franchise.

B - LES GARANTIES DÉCÈS DE BASE, DÉCÈS ACCIDENTEL ET RENTE ÉDUCATION ET RENTE DE CONJOINT SUBSTITUTIVE S'APPLIQUENT SAUF DANS LES CIRCONSTANCES SUIVANTES :

- sinistres provenant directement ou indirectement de la désintégration du noyau atomique.
- suicide du Participant au cours de la première année d'affiliation au présent contrat d'assurance. 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 réunit une année continue d'assurance à la date du suicide.

ARTICLE 21 DÉCHÉANCE

Le bénéficiaire de la garantie décès qui a été condamné pour avoir donné volontairement la mort au Participant est déchu du bénéfice des garanties, celles-ci produisant leurs effets au profit des autres bénéficiaires.

ARTICLE 22 NULLITÉ

Les garanties accordées par l'Institution sont nulles en cas de fausse déclaration intentionnelle ou de réticence conformément aux dispositions de l'article L.932-7 du code de la Sécurité sociale. L'Institution doit justifier par tous moyens de l'existence du caractère intentionnel de la fausse déclaration.

ARTICLE 23 PRESCRIPTION

Toutes les actions relatives aux garanties souscrites sont prescrites par un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse 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 ont ignoré jusque-là.

La prescription est portée à :

- cinq ans en ce qui concerne l'incapacité de travail,
- dix ans pour les prestations relatives à l'assurance décès lorsque le bénéficiaire n'est pas le Participant.

Conformément aux dispositions de l'article L.932-13 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.

Quand l'action 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 a exercé une action en justice contre l'adhérent, le Participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption suivantes :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil),
- la demande en justice, même en référé (articles 2241 à 2243 du Code civil),
- un acte d'exécution forcée (articles 2244 à 2246 du Code civil).

La prescription est également interrompue par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception ou d'un envoi recommandé électronique avec accusé de réception que, soit l'Institution adresse au Participant en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, soit l'assuré adresse à l'Institution en ce qui concerne le règlement de la prestation.

TITRE IX GARANTIES DÉCÈS ET ANNEXES

ARTICLE 24 GARANTIE DÉCÈS DE BASE

A - Définition

Cette garantie appelée «décès de base» a pour objet le paiement d'un capital en cas de décès du Participant, intervenant avant son départ en retraite (exception faite de la mise en œuvre du dispositif de retraite progressive visé aux articles L.351-15 et suivant du Code de la Sécurité sociale) à condition qu'il justifie

d'un mois continu d'ancienneté dans l'entreprise. Cette condition ne s'applique pas en cas de décès consécutif à une maladie professionnelle.

B - MONTANT

Il est versé, quelle que soit la situation de famille du Participant, un capital égal à 150 % du traitement de base tel que défini à l'article 15.

C - BÉNÉFICIAIRES

Sauf désignation contraire faite par le Participant à l'Institution de Prévoyance, le capital est payable :

- au conjoint non divorcé ou judiciairement non séparé de corps,
- à la personne liée au Participant par un pacte civil de solidarité (PACS),
- à défaut, aux enfants du Participant vivants ou représentés, par parts égales entre eux,
- à défaut, aux ascendants du Participant, par parts égales entre eux,
- à défaut, aux bénéficiaires déterminés par l'ordre de dévolution successorale.

Dans l'hypothèse où le(s) bénéficiaire(s) désigné(s) décède(nt) avant le Participant, le capital sera, sauf stipulation contraire, attribué dans l'ordre défini ci-dessus en l'absence de nouvelle désignation.

Lors de son affiliation et pendant toute la durée de celle-ci, le Participant a la possibilité de désigner le ou les bénéficiaires du capital à verser s'il vient à décéder.

La désignation peut être effectuée sur le formulaire spécifique de chaque Institution.

Elle peut également être effectuée par acte sous seing privé ou par acte authentique. Le Participant peut modifier cette clause de désignation à tout moment. Toutefois, la désignation devient irrévocable en cas d'acceptation écrite du bénéficiaire.

D - RÈGLEMENT

Le paiement des sommes dues est indivisible à l'égard de l'Institution qui règle sur quittance conjointe aux bénéficiaires, ceux-ci devant en tout état de cause, justifier de leur qualité de bénéficiaires.

E - CONSÉQUENCES SUR LES AUTRES GARANTIES

Le décès met fin à l'ensemble des garanties dont bénéficiait le Participant sauf pour la garantie Double effet si le conjoint, le partenaire de PACS ou le concubin, avec enfant(s) à charge et né(s) de l'union, lui survit sous réserve que le contrat soit toujours en vigueur.

ARTICLE 25

GARANTIE INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE

A - Définition

La garantie a pour objet le paiement anticipé du capital décès de base au Participant en état d'invalidité absolue et définitive, s'il en fait la demande.

Le capital est versé en une seule fois au Participant ou au tuteur légal désigné.

Le Participant est en état d'invalidité absolue et définitive s'il est classé en invalidité de 3^e catégorie par la Sécurité sociale ou s'il perçoit une rente au titre des accidents du travail ou maladies professionnelles pour un taux d'incapacité de 100 %, avec majoration pour assistance d'une tierce personne.

B - MONTANT

Le montant du capital versé de manière anticipée est identique à celui prévu en cas de décès de base tel que défini à l'article 24.

C - CONTRÔLE MÉDICAL

L'Institution se réserve le droit de faire visiter à ses frais le Participant invalide par un médecin qu'elle mandate à cet effet.

En cas de désaccord entre le médecin du Participant et le médecin de l'Institution, les parties en présence désigneront d'un commun accord un troisième médecin afin de déterminer si le Participant remplit les conditions prévues au paragraphe A ci-dessus. Les honoraires du troisième médecin sont pris en charge par moitié par chacune des parties.

À défaut d'entente, la désignation sera faite à la requête de la partie la plus diligente par le président du tribunal de grande instance du domicile du Participant. Si l'état d'invalidité n'est pas confirmé, l'institution ne versera pas la prestation.

D - CONSÉQUENCES SUR LES AUTRES GARANTIES

Le paiement anticipé du capital décès entraîne la cessation immédiate de la garantie Décès de base prévue à l'article 24 et de la garantie Décès accidentel prévue à l'article 26 ci-dessous. Le décès n'entraîne pas le versement d'un nouveau capital.

Cette règle ne s'applique pas à la garantie Double effet ni aux garanties « Rente éducation et Rente de conjoint substitutive ».

ARTICLE 26

GARANTIE DÉCÈS ACCIDENTEL

A - Définition

Un capital est payé en cas de décès du Participant résultant d'un accident à condition qu'il justifie d'un

mois continu d'ancienneté dans l'entreprise (cette condition ne s'applique pas en cas de décès consécutif à un accident de travail ou de trajet).

On entend par accident toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part du Participant provenant exclusivement de l'action soudaine et fortuite d'une cause extérieure, à l'exclusion d'un état pathologique ou d'une maladie aiguë, chronique ou d'un choc émotionnel.

Le capital est dû si le décès intervient dans les six mois suivant l'accident, et provient exclusivement de celui-ci.

B - MONTANT

Le montant du capital décès accidentel est fixé à 150 % du traitement de base tel que défini à l'article 15.

Pour les Participants qui justifient d'un mois continu d'ancienneté dans l'entreprise ce capital est versé en supplément du capital décès prévu à l'article 24.

ARTICLE 27

GARANTIE DOUBLE EFFET

A - Définition

La garantie a pour objet le versement d'un capital en cas de décès simultané ou postérieur à celui du Participant, du conjoint non judiciairement séparé de corps, de son partenaire de PACS ou de son concubin notoire, avec enfant(s) à charge et né(s) de l'union, tel(s) que défini(s) au titre de la « Garantie Rente éducation », à condition qu'ils soient restés à charge du dernier décédé.

B - MONTANT

Le montant du capital est fixé à 100 % du capital décès de base tel que défini à l'article 24 (hors majoration décès accidentel).

Il est versé exclusivement aux enfants du Participant encore à charge lors du décès du conjoint tel que défini à l'article 24/C.

Il est réglé par parts égales entre eux.

C - RÈGLEMENT

Le paiement des sommes dues est indivisible à l'égard de l'Institution qui règle sur quittance conjointe aux bénéficiaires, ceux-ci devant, en tout état de cause, justifier de leur qualité de bénéficiaire.

D - CESSATION DE LA GARANTIE

La garantie cesse pour chaque enfant à la date à laquelle il n'est plus à charge selon les dispositions de l'article 28.

TITRE X

GARANTIES RENTES ET HANDICAP

ARTICLE 28

RENTE ÉDUCATION, RENTE DE CONJOINT SUBSTITUTIVE ET GARANTIE HANDICAP

Ces garanties sont assurées par l'OCIRP, Organisme Commun des Institutions de Rente et de Prévoyance, dont KLESIA Prévoyance et Malakoff Médéric Prévoyance sont membres. L'OCIRP est seul responsable de la bonne fin des prestations vis-à-vis des Participants, des bénéficiaires et des ayants droit.

1 - GARANTIE RENTE ÉDUCATION

A - Définition

La garantie a pour objet le paiement d'une rente temporaire en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive du Participant justifiant d'une ancienneté d'un mois continu dans l'entreprise (cette condition ne s'applique pas en cas de décès consécutif à un accident de travail, de trajet ou à une maladie professionnelle). Elle est versée au profit de chaque enfant à charge tels que définis ci-après.

B - ENFANTS À CHARGE

Sont considérés comme enfants à charge au moment du décès ou de la reconnaissance en invalidité absolue et définitive, indépendamment de la position fiscale, les enfants du Participant, qu'ils soient légitimes, naturels, adoptifs, reconnus :

- jusqu'à leur 18^e anniversaire, sans condition,
- jusqu'à leur 26^e anniversaire, et sous conditions, soit :
 - de poursuivre des études dans un établissement d'enseignement secondaire, supérieur ou professionnel, dans le cadre d'un contrat de professionnalisation ou encore dans le cadre d'une inscription au CNED (Centre National d'Enseignement à Distance),
 - d'être en apprentissage,
 - de poursuivre une formation professionnelle en alternance, dans le cadre d'un contrat d'aide à l'insertion professionnelle des jeunes associant d'une part des enseignements généraux professionnels ou technologiques dispensés pendant le temps de travail, dans des organismes publics ou privés de formation, et d'autre part l'acquisition d'un savoir-faire par l'exercice en entreprise d'une ou plusieurs activités professionnelles en relation avec les enseignements reçus,
 - d'être préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré : inscrits auprès du régime d'assurance chômage comme demandeurs d'emploi ou stagiaires de la formation professionnelle,

- d'être employés par un établissement et service d'aide par le travail (ESAT) en tant que travailleurs handicapés,

La rente est versée sans limitation de durée au bénéficiaire lorsque l'enfant à charge au moment du décès du Participant est reconnu en invalidité équivalent à l'invalidité 2^e ou 3^e catégorie de la Sécurité sociale justifiée par un avis médical ou tant qu'il bénéficie de l'allocation d'adulte handicapé ou tant qu'il est titulaire de la carte d'invalidité civil.

Cet état d'invalidité doit être reconnu avant la limite de versement de la rente éducation prévue contractuellement.

C - MONTANT

Son montant, calculé en pourcentage du traitement de base tel que défini à l'article 15, est fixé à :

- Jusqu'au 8^e anniversaire : 12 %
- À compter du 8^e anniversaire et jusqu'au 18^e anniversaire inclus : 18 % (porté au 26^e anniversaire inclus en cas de poursuite d'études supérieures ou de situations définies précédemment au B du même article)

Toutefois, le montant de la rente éducation est doublé si les enfants se trouvent orphelins des deux parents.

D - DURÉE DE PAIEMENT

La rente éducation est servie à partir du premier jour du mois civil, qui suit le décès ou la mise en invalidité absolue et définitive du Participant, jusqu'à l'expiration du trimestre au cours duquel l'enfant a cessé d'être considéré comme à charge, et au plus tard jusqu'au dernier jour du trimestre civil au cours duquel il atteint son vingt-sixième anniversaire.

La majoration pour la rente progressive intervient au premier jour du mois civil suivant son huitième anniversaire.

La majoration pour orphelin des deux parents intervient au premier jour du mois civil qui suit le sinistre.

E - RÈGLEMENT

La rente annuelle est réglée par quarts trimestriels d'avance en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive de l'assuré, à la personne ayant la charge effective de l'enfant si ce dernier est mineur, à défaut au tuteur légal, ou à l'enfant lui-même s'il est majeur.

Le versement anticipé de la rente en cas d'invalidité absolue et définitive met fin à la garantie.

2 - GARANTIE RENTE DE CONJOINT SUBSTITUTIVE

A - Définition

En cas de décès du Participant justifiant d'une ancienneté d'un mois continu dans l'entreprise (cette condition ne s'applique pas en cas de décès consécutif

à un accident du travail, de trajet ou à une maladie professionnelle) et en l'absence d'enfant à charge permettant le versement d'une rente éducation, une rente temporaire est versée au conjoint tel que défini ci-après.

B - CONJOINT BÉNÉFICIAIRE

Est considéré comme conjoint bénéficiaire :

- le conjoint ou la conjointe non divorcé(e) ou judiciairement non séparé(e) de corps,
- ou, la personne liée à l'assuré par un pacte civil de solidarité (PACS),
- ou, le concubin ou la concubine notoire survivant (e) ayant apporté la preuve qu'il ou elle a vécu, jusqu'au moment du décès, au moins 2 ans en concubinage notoire avec l'assuré décédé. En cas de naissance ou d'adoption dans le couple concubin, ce délai de deux ans n'est pas exigé. De plus, il ou elle doit être, au regard de l'état civil, ainsi que l'assuré décédé, libre de tout lien de mariage ou de contrat de Pacs.

C - MONTANT

Le montant de la rente de conjoint substitutive est fixé à 5 % du traitement de base tel que défini à l'article 15.

D - DURÉE DE PAIEMENT

La rente est versée pour une durée maximale de 5 ans, et cesse au plus tard le jour de la liquidation de la pension de retraite à taux plein du bénéficiaire.

Le premier versement est effectué à partir du 1^{er} jour du mois civil qui suit le décès du Participant.

Elle cesse au décès du bénéficiaire et, en tout état de cause, au dernier jour du trimestre au cours duquel :

- soit le conjoint a atteint l'âge de la liquidation de sa pension de retraite à taux plein,
- soit la durée de 5 ans de versement de la rente est atteinte.

E - RÈGLEMENT

La rente est réglée au bénéficiaire par quarts trimestriels d'avance.

3 - GARANTIE HANDICAP

A - PRESTATIONS

a) En cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive du Participant, il est versé à le ou les bénéficiaires visés au paragraphe B-a) ci-après, selon le choix exprimé par ce(s) dernier(s) au moment du sinistre :

- soit, une rente mensuelle viagère égale à 500 € ;
- soit, un capital égal à 80 % du capital constitutif de la rente.

Le bénéficiaire devra préciser, lors de sa demande de liquidation de prestation Garantie handicap, via le for-

mulaire mis à sa disposition, la forme de la prestation qu'il souhaite recevoir ; soit la rente mensuelle viagère, soit le capital constitutif de la rente. A défaut de choix exprimé par le bénéficiaire, il lui sera versé par l'OCIRP la prestation sous la forme de rente.

b) En cas de reconnaissance de l'état de handicap tel que défini au paragraphe B-b) ci-dessous, du Participant suite à une maladie ou un accident, il sera versé au Participant concerné une allocation forfaitaire « aide financière au handicap » d'un montant de 1 200 €, sous conditions pour le Participant :

- d'appartenir à l'effectif de l'entreprise en tant que salarié au moment de la demande,
- d'effectuer une première demande auprès de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) et que cette demande intervienne après le 01/01/2018,
- de ne pas avoir déjà perçu l'allocation « aide financière de handicap ».

B - BÉNÉFICIAIRES

a) Les Bénéficiaires des prestations visées à l'article A. a) ci-dessus, sont le ou les enfant(s) du Participant, enfant (s) reconnu(s) comme handicapé(s) à la date du décès du Participant ou de l'invalidité absolue et définitive assimilable au décès du Participant.

Est reconnu comme handicapé, l'enfant légitime naturel ou adoptif atteint d'une infirmité physique et/ou mentale qui l'empêche soit de se livrer, dans des conditions normales de rentabilité, à une activité professionnelle, soit, s'il est âgé de moins de 18 ans, d'acquérir une instruction ou une formation professionnelle d'un niveau normal, tel que défini par l'article 199 septième 1° du Code général des impôts.

b) Seuls les Participants reconnus en état de handicap, c'est-à-dire en cas de première reconnaissance de travailleur handicapé au sens de la MDPH, pourront se voir verser l'allocation prévue au A. b).

C - RÈGLEMENT

La rente handicap est payable de façon trimestrielle et à l'avance. Elle prend effet à compter du 1^{er} jour du mois civil qui suit le décès ou l'invalidité absolue et définitive du salarié.

La rente est versée jusqu'au décès du bénéficiaire.

Le versement anticipé en cas d'invalidité absolue et définitive met fin à la garantie.

TITRE XI

GARANTIES INCAPACITÉ DE TRAVAIL - INVALIDITÉ

ARTICLE 29

GARANTIE INCAPACITÉ DE TRAVAIL

A - Définition

La garantie a pour objet le paiement d'indemnités journalières lorsqu'un Participant, en incapacité totale temporaire de travail perçoit de la Sécurité sociale des prestations en "espèces" au titre de l'assurance maladie, accident du travail ou de trajet, maladie de longue durée ou maladie professionnelle.

En cas de modification des dispositions du régime général de la Sécurité sociale, les conditions de garantie et les cotisations pourront être adaptées en conséquence, et ce, dès la date d'entrée en vigueur de ces modifications selon les modalités et les conditions définies à l'article 9.

B - MONTANT

Le montant des prestations est fixé à 70 % du traitement de base brut sous déduction des prestations brutes versées par la Sécurité sociale.

Le traitement de base journalier est obtenu en divisant par 365 le traitement annuel de base des prestations.

Cette indemnité ne peut pas se cumuler avec la rente d'invalidité prévue à l'article 30.

C - FRANCHISE

Les indemnités journalières sont versées à l'expiration du délai de franchise fixé à 90 jours d'arrêt de travail continu.

La franchise court pendant la période continue d'arrêt de travail et débute au premier jour de cette période. Il est précisé que pour le Participant qui a commencé à bénéficier du paiement des indemnités journalières, une reprise du travail inférieure à deux mois n'entraîne qu'une suspension du paiement, sans application d'un nouveau délai de franchise, pour autant que le nouvel arrêt résulte de la même affection ou du même accident, et que le Participant en apporte la preuve par certificat médical.

D - SALARIÉS À TEMPS PARTIEL

Pour les salariés à temps partiel ne remplissant pas les conditions d'octroi des indemnités journalières versées par la Sécurité sociale, telles que prévues aux articles L.313-1, R.313-1, R.313-3 du Code de la Sécurité sociale, l'indemnité journalière à laquelle peut prétendre le salarié en application du présent article, sera calculée sous déduction d'une indemnité journalière théorique de la Sécurité sociale qui aurait été versée par celle-ci si lesdites conditions étaient remplies.

E - DURÉE DE PAIEMENT

L'indemnité journalière cesse au plus tard soit :

- au 1095^e jour d'arrêt de travail,
- dès la fin du versement des indemnités journalières par la Sécurité sociale,
- à la date d'attribution d'une pension d'invalidité par la Sécurité sociale,
- à la suite du résultat défavorable d'un contrôle médical prévu ci-dessous,
- à la date d'effet de la liquidation des droits au titre de l'assurance vieillesse de la Sécurité sociale,
- à la date de reprise du travail,
- en cas de décès, au jour du décès.

F - RÈGLEMENT

Les indemnités journalières sont réglées à l'Adhérente tant que le contrat de travail n'est pas rompu, à charge pour elle de les reverser, nettes des cotisations salariales, au salarié.

Après rupture du contrat de travail, elles sont versées directement au Participant.

G - CONTRÔLE MÉDICAL

L'Institution se réserve le droit de faire visiter à ses frais le Participant en arrêt de travail par l'un de ses médecins.

En cas de désaccord entre le médecin du Participant et le médecin de l'Institution, les parties en présence désigneront d'un commun accord, dans le délai d'un mois, un troisième médecin pour les départager.

Les honoraires du troisième médecin sont pris en charge par moitié par chacune des parties.

Si l'arrêt de travail n'est pas justifié, l'Institution cessera le service des prestations et ceci même en cas d'indemnisation par la Sécurité sociale.

À défaut d'entente, la désignation sera faite à la requête de la partie la plus diligente par le président du tribunal de grande instance du domicile du Participant. Si l'état d'invalidité n'est pas confirmé, l'Institution ne versera pas la prestation.

H - CLAUSE DE PLAFONNEMENT

En tout état de cause, le total des sommes perçues par le Participant au titre de la Sécurité sociale, du maintien de salaire par son employeur, et du présent contrat de prévoyance, ne peut être supérieur au salaire net d'activité qu'aurait perçu le Participant s'il avait continué à travailler pendant la période d'arrêt de travail.

Cette clause de plafonnement s'apprécie, lorsque l'assuré relève des dispositions d'une part de l'article L911-8 du Code de la Sécurité sociale, et d'autre part du maintien des garanties définies à l'article 19, par rapport au montant net des allocations que le régime d'assurance chômage aurait versées pendant la même période.

ARTICLE 30**GARANTIE INVALIDITÉ****A - DÉFINITION**

La garantie a pour objet le paiement d'une rente lorsque le Participant, avant l'âge de départ à la retraite, perçoit de la Sécurité sociale une pension d'invalidité du 1^{er}, 2^e ou 3^e groupe, une rente accident du travail, de trajet ou de maladie professionnelle avec un taux d'incapacité permanente au moins égal à 33 %.

En cas de modification des dispositions du régime général de la Sécurité sociale, les conditions de garantie et les cotisations pourront être adaptées en conséquence, et ce, dès la date d'entrée en vigueur de ces modifications selon les modalités et les conditions définies à l'article 9 du contrat.

B - MONTANT

Le montant de la rente est fixé à :

Invalidité 1^{ère} catégorie : 45 % du traitement de base brut sous déduction des prestations brutes versées par la Sécurité sociale.

Invalidité 2^e et 3^e catégories : 70 % du traitement de base brut sous déduction des prestations brutes versées par la Sécurité sociale.

Cette indemnité ne peut se cumuler avec les indemnités journalières prévues à l'article 29.

En cas d'incapacité résultant d'un accident du travail ou de trajet, ou d'une maladie professionnelle dans le cadre de l'activité de l'Adhérente, si le taux d'incapacité permanente déterminé par la Sécurité sociale est :

- égal ou supérieur à 66 %, le montant de la rente est identique à celui versé aux invalides du 2^e ou 3^e groupe.
- égal ou supérieur à 33 % et inférieur à 66 %, le montant de la rente est identique à celui versé aux invalides du 1^{er} groupe.
- inférieur à 33 % aucune rente n'est due.

C - FRANCHISE

La rente est versée à l'expiration du délai de franchise fixé à 90 jours d'arrêt de travail continu.

Elle ne s'applique pas si l'invalidité fait suite à un état d'incapacité de travail indemnisé au titre du présent contrat.

D - DURÉE DU PAIEMENT

La rente d'invalidité est servie dès la notification de l'état d'invalidité par la Sécurité sociale, pendant toute la durée de l'invalidité du Participant.

Elle cesse au plus tard :

- à la date d'effet de la liquidation de la pension de vieillesse de la Sécurité sociale,

- à la date où le Participant cesse de percevoir une rente d'invalidité de la Sécurité sociale,
- à la date où le taux d'incapacité accident du travail ou maladie professionnelle devient inférieur à 33 %,
- à la suite du résultat défavorable d'un contrôle médical prévu ci-dessous,
- en cas de décès, au jour du décès.

E - RÈGLEMENT

La rente d'invalidité annuelle est réglée directement au Participant que son contrat de travail soit rompu ou non, par quarts trimestriels à terme échu.

F - CONTRÔLE MÉDICAL

L'Institution se réserve le droit de faire contrôler à tout moment l'état de santé du Participant.

Elle peut faire visiter à ses frais, soit par un médecin, soit par un de ses représentants, le Participant en invalidité.

En cas de contestation d'ordre médical par l'Institution, il lui appartient de faire évaluer le taux d'incapacité permanente par voie d'expertise médicale.

Si le Participant refuse de se soumettre à cette expertise, l'Institution se réserve le droit de suspendre le paiement de la rente.

L'expert pour l'évaluation du taux d'incapacité permanente se référera au barème d'invalidité fonctionnelle et professionnelle ci-dessous.

Pour l'utilisation de ce barème, il est expressément convenu que :

- l'incapacité fonctionnelle est établie en dehors de toute considération professionnelle,
- l'incapacité professionnelle est appréciée d'après le taux et la nature de l'incapacité fonctionnelle par rapport à la profession exercée.

Le taux d'incapacité permanente sera déterminé en fonction des deux taux définis ci-dessus et d'après le tableau ci-après :

Détermination du taux d'incapacité permanente

	TAUX D'INCAPACITÉ FONCTIONNELLE								
	20	30	40	50	60	70	80	90	100
10*				29	33	36	40	43	46
20*			32	37	42	46	50	54	58
30*		30	36	42	48	53	58	62	67
40*		33	40	46	52	58	63	69	74
50*		35	43	50	56	63	68	74	79
60*	29	38	46	53	60	66	73	79	84
70*	30	40	48	56	63	70	77	83	89
80*	32	42	50	58	66	73	80	87	93
90*	33	43	52	61	69	76	83	90	97
100*	34	45	54	63	71	79	86	92	100

* Taux d'incapacité professionnelle.

(Il est précisé que ce tableau ne s'applique que dans le cadre du présent article).

Si le taux d'incapacité permanente tel que défini ci-dessus est :

- égal ou supérieur à 66 %, le montant de la rente sera égal à celui versé pour les invalides de 2^e ou 3^e catégories,
- supérieur ou égal à 33 % et inférieur à 66 %, le montant de la rente sera égal à celui versé pour les invalides de 1^{ère} catégorie,
- inférieur à 33 % aucune rente n'est due.

En cas de désaccord entre le médecin du Participant et l'expert de l'Institution, les parties en présence désigneront d'un commun accord un troisième médecin pour les départager. Les honoraires du troisième médecin sont pris en charge par moitié par chacune des parties, Participant et Institution.

Si l'état d'invalidité du Participant n'est pas confirmé, l'Institution cessera le service des prestations, et ceci même en cas d'indemnisation par la Sécurité sociale.

G - CLAUSE DE PLAÏONNEMENT

En tout état de cause, le cumul des sommes reçues au titre de la Sécurité sociale, du maintien de salaire par un employeur et de tous autres revenus salariaux et du contrat de prévoyance faisant l'objet du présent contrat et des sommes versées au titre de la législation sur le chômage, ne peuvent conduire le salarié à percevoir plus que son revenu net d'activité s'il avait continué à travailler.

TITRE XII

RÈGLEMENTS DES PRESTATIONS – PIÈCES À FOURNIR

ARTICLE 31

RÈGLEMENT

Après réception complète des pièces justificatives mentionnées ci-après, les prestations incapacité de travail et invalidité sont versées dans les huit jours ouvrés ; les capitaux décès, la rente éducation et la rente de conjoint substitutive, dans les quinze jours ouvrés.

Pour les prestations versées dans le cadre de L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, les mêmes pièces justificatives que celles décrites aux articles 32 et 33 sont à fournir. Toutefois, il est précisé qu'au moment de la cessation du contrat de travail, un dossier individuel d'adhésion doit être constitué comprenant :

- la demande nominative de maintien des garanties,
- le justificatif de prise en charge par le régime d'assurance chômage,
- toute modification relative à la situation de l'ancien

salarié entraînant la cessation du maintien des garanties,

- les dates de début et de fin de la période de maintien.

ARTICLE 32

GARANTIES DÉCÈS – DÉCÈS ACCIDENTEL – DOUBLE EFFET – RENTE ÉDUCATION - RENTE DE CONJOINT SUBSTITUTIVE – RENTE HANDICAP.

Les prestations sont versées après remise des pièces suivantes :

- une demande de règlement de prestations dûment remplie,

Concernant la personne décédée :

- une copie intégrale de l'acte de naissance du Participant daté de moins de 3 mois mentionnant le décès,
- rapport médical précisant la cause du décès, sous pli fermé,
- une copie de la déclaration unique d'embauche ou tout autre moyen de preuve attestant de l'embauche du salarié,
- une copie du livret de famille du ou des bénéficiaires,
- un acte de notoriété ou attestation dévolutive du notaire si l'assuré était célibataire, veuf ou divorcé,
- en cas de décès accidentel, tous documents attestant que le décès résulte d'un accident (procès-verbal, coupure de presse et toute autre pièce jugée utile par l'Institution),
- la notification d'attribution de la pension d'invalidité du 3^e groupe par la Sécurité sociale ou d'inaptitude à 100 % en cas d'accident du travail.
- S'il existe des enfants à charge :
 - une copie de l'avis d'imposition de l'année du décès ou l'attestation du centre d'imposition,
 - les pièces justifiant le montant de la prestation à verser : certificats de scolarité ou d'apprentissage, attestation d'inscription au pôle emploi et notification de cet organisme.

Pour les enfants handicapés :

Pour justifier du handicap du ou des enfants handicapé(s) bénéficiaire(s), doit être obligatoirement joint à la demande de liquidation des prestations, sous enveloppe cachetée destinée au médecin conseil de l'OCIRP, un certificat médical attestant, à la date du décès du Participant ou d'invalidité absolue et définitive de celui-ci, de la nature de l'infirmité physique et/ou mentale dont est atteint le ou les enfant(s) bénéficiaire(s) et qui l'empêche(nt) soit de se livrer dans des conditions normales de rentabilité à une activité professionnelle, soit s'il(s) est(sont) âgé(s) de moins de 18 ans, d'acquies une instruction ou une formation professionnelle d'un niveau normal.

L'institution se réserve le droit de demander toutes autres pièces complémentaires qui lui seraient nécessaires pour l'étude du dossier de liquidation, notamment :

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

Concernant l'allocation « Aide financière handicap » du Participant

- une attestation émanant de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH), reconnaissant la qualité de travailleurs handicapé du Participant, ou tout document justifiant que le Participant perçoit une indemnité handicap par les pouvoirs publics (AAH, rente accident du travail, pension d'invalidité...).
- une attestation sur l'honneur du Participant ayant le statut de travailleur handicapé, attestant du fait que sa prise en charge fait suite à une première demande auprès de la MDPH postérieure au 1^{er} janvier 2018.

Concernant le(s) bénéficiaire(s) :

- copie du dernier avis d'imposition,
- copie intégrale de l'acte de naissance,
- un relevé d'identité bancaire,
- en cas de mise sous tutelle : copie du jugement de mise sous tutelle nommant le représentant légal de(s) (l')orphelin(s),
- pour le conjoint, une attestation sur l'honneur précisant qu'aucun jugement de séparation judiciaire n'a été prononcé,
- pour le partenaire lié par un PACS une copie de l'attestation d'inscription au registre du greffe du tribunal d'instance du domicile de l'assuré en cas de Pacte Civil de Solidarité, ou un extrait d'acte de naissance sur lequel figure la mention du pacs,
- pour le concubin du Participant, une copie des deux avis d'imposition du Participant et du concubin, domiciliés à la même adresse, des deux années précédentes,
- ainsi que tout document complémentaire (y compris ceux mentionnés ci-après) éventuellement nécessaire à l'Institution pour régler la prestation.

ARTICLE 33**GARANTIES INCAPACITÉ DE TRAVAIL – INVALIDITÉ**

Les prestations sont versées après remise des pièces suivantes :

- une demande de règlement de prestations dûment remplie,
- les bordereaux de paiement de prestations de la Sécurité sociale depuis le début de l'arrêt de travail,
- en cas de rechute un certificat médical attestant que le nouvel arrêt résulte de la même affection ou du même accident,
- les bulletins de salaires des douze derniers mois précédant l'arrêt de travail,
- si le Participant fait toujours partie de l'effectif de l'entreprise, un relevé d'identité bancaire de celle-ci,
- en cas de maladie de longue durée, une copie de la notification de décision délivrée par la Sécurité sociale,
- en cas d'employeurs multiples, les attestations de salaires des autres employeurs pour la même période de référence,
- les attestations de salaires réellement versés en cas de reprise partielle d'activité, ou les attestations de versement des allocations du Pôle emploi ou de tout autre organisme,
- en cas d'invalidité, la photocopie de la notification de la pension d'invalidité par la Sécurité sociale,
- en cas de rupture du contrat de travail, une photocopie du certificat de travail précisant la date à laquelle a eu lieu la rupture, cette date devant tenir compte éventuellement des congés payés et du préavis,
- en cas d'une reprise d'activité à temps partiel pour raisons médicales : attestation de l'employeur mentionnant mois par mois, le salaire brut correspondant à l'activité à temps partiel et celui qui aurait été versé en cas de travail à temps complet,
- ainsi que tout document complémentaire éventuellement nécessaire à l'Institution pour régler la prestation.

TITRE XIII**CONDITIONS DE REPRISE DES EN-COURS À LA DATE D'EFFET DU CONTRAT****ARTICLE 34****EN PRÉSENCE D'UN CONTRAT DE PRÉVOYANCE SOUSCRIT ANTÉRIEUREMENT**

Le présent contrat prend en charge, pour les salariés ou anciens salariés en arrêt de travail ainsi que les ayants droit bénéficiaires de rentes, déclarés par

l'entreprise lors de la souscription :

- la revalorisation des prestations périodiques dont le service incombe à l'assureur précédent, que le contrat de travail soit rompu ou non (indemnités journalières, rentes invalidité, rente éducation, rente de conjoint),
- l'éventuel différentiel de garanties pour le maintien des garanties décès si les garanties de la précédente adhésion étaient inférieures aux dispositions du présent contrat, et si le contrat de travail n'est pas rompu,
- la revalorisation des bases de calcul des différentes prestations relatives à la couverture du risque décès maintenu, dans le cas où celle-ci n'était pas prévue par le contrat résilié (pour autant que les conditions de revalorisation du précédent contrat aient été communiquées).

ARTICLE 35**EN L'ABSENCE D'UN CONTRAT DE PRÉVOYANCE SOUSCRIT ANTÉRIEUREMENT**

Les salariés en arrêt de travail, déclarés par l'entreprise lors de la souscription, sont couverts à compter de la date d'effet du contrat pour l'ensemble des garanties ; ils bénéficient des prestations incapacité temporaire de travail – invalidité dès cette date pour autant qu'ils remplissent les conditions d'ouverture de droits fixées au présent contrat.

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

ARTICLE 36**FINANCEMENT DES RISQUES EN COURS**

Les conditions de financement des risques en cours sont déterminées en fonction de la déclaration des risques en cours. Lorsque ces éléments ne sont pas exhaustifs à la date de souscription, l'Institution peut, au fur et à mesure de la réception des informations, affiner l'évaluation initiale de la charge correspondante et réviser le cas échéant les conditions tarifaires de reprise initiale.

La prise en charge des risques en cours s'effectue sous réserve du paiement par l'Adhérente d'une prime unique ou d'une sur-cotisation, calculée par l'Institution en fonction de la déclaration des risques en cours.

PREVOYANCE
HCR



■ **KLESIA PRÉVOYANCE** - INSTITUTION DE PRÉVOYANCE DU GROUPE KLESIA RÉGIE PAR LE CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE ■ **MALAKOFF MÉDÉRIC PRÉVOYANCE** - INSTITUTION DE PRÉVOYANCE DU GROUPE MALAKOFF MÉDÉRIC RÉGIE PAR LE CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE ■ **OCIRP** - UNION D'INSTITUTIONS DE PRÉVOYANCE RÉGIE PAR LE CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE ■

KLESIA
Prévoyance


malakoff médéric

OCIRP
protéger. agir. soutenir