

Convention collective nationale des commerces de détail  
non alimentaires (IDCC 1517)

# Prévoyance

Régime conventionnel de base

CONDITIONS GENERALES N° 11932

« Personnel des entreprises »

# SOMMAIRE

<b>DISPOSITIONS GÉNÉRALES</b>	5
<b>TITRE I – GÉNÉRALITÉS</b>	5
ARTICLE 1 – CADRE JURIDIQUE	5
ARTICLE 2 – OBJET DU CONTRAT	5
ARTICLE 3 – RISQUES GARANTIS	5
ARTICLE 4 – BASE LÉGALE	6
ARTICLE 5 – CONTRÔLE DES CO-ASSUREURS	6
ARTICLE 6 – RÉCLAMATION ET MÉDIATION	6
ARTICLE 7 – DROIT D'ACCÈS ET RECTIFICATION	6
ARTICLE 8 – COMMUNICATION PAR VOIE ÉLECTRONIQUE	7
ARTICLE 9 – LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DE CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME	7
ARTICLE 10 – LUTTE CONTRE LA FRAUDE À L'ASSURANCE	7
<b>TITRE II – ADHÉSION DE L'ENTREPRISE</b>	8
ARTICLE 11 – CHAMP D'APPLICATION	8
ARTICLE 12 – DATE D'EFFET - DURÉE - RENOUVELLEMENT DE L'ADHÉSION	8
ARTICLE 13 – OBLIGATIONS DE L'ADHÉRENTE	8
ARTICLE 14 – PRISE EN CHARGE DES SINISTRES EN COURS À LA DATE D'EFFET DE L'ADHÉSION	9
ARTICLE 15 – RÉSILIATION DE L'ADHÉSION	9
<b>TITRE III – AFFILIATION DES PARTICIPANTS</b>	10
ARTICLE 16 – CONDITIONS - MODALITÉS D'AFFILIATION DES PARTICIPANTS	10
ARTICLE 17 – DATE D'AFFILIATION ET DATE D'EFFET DES GARANTIES	10
ARTICLE 18 – DISPOSITIONS APPLICABLES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL OU DE RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL	10
ARTICLE 19 – CESSATION DE L'AFFILIATION DU PARTICIPANT	10
ARTICLE 20 – MAINTIEN DES GARANTIES AU BÉNÉFICE DU PARTICIPANT	11
<b>TITRE IV – COTISATIONS</b>	12
ARTICLE 21 – ASSIETTE ET TAUX DE COTISATIONS	12
ARTICLE 22 – PAIEMENT DES COTISATIONS	12
ARTICLE 23 – DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS	13
ARTICLE 24 – RÉVISION DES COTISATIONS	13
ARTICLE 25 – EXONÉRATION DES COTISATIONS	13
<b>TITRE V – PRESTATIONS</b>	13
ARTICLE 26 – TRAITEMENT DE BASE - BASE DES PRESTATIONS	13
ARTICLE 27 – REVALORISATION	14
ARTICLE 28 – DISPOSITIONS PARTICULIÈRES CONCERNANT LES GARANTIES ASSURÉES PAR L'OCIRP	14
ARTICLE 29 – MODIFICATION DES PRESTATIONS	14
ARTICLE 30 – DÉCLARATION DES SINISTRES	15
ARTICLE 31 – PAIEMENT DES PRESTATIONS	15
ARTICLE 32 – PLAFONNEMENT DES PRESTATIONS	15
ARTICLE 33 – CONTRÔLE MÉDICAL	15

ARTICLE 34 – EXCLUSIONS	16
ARTICLE 35 – DÉCHÉANCE	16
ARTICLE 36 – SUBROGATION	16
ARTICLE 37– FAUSSE DÉCLARATION	16
ARTICLE 38 – PRESCRIPTION	17
<b>TITRE VI – GARANTIES</b>	17
<b>SITUATION FAMILIALE</b>	17
ARTICLE 39 – SITUATION FAMILIALE DU PARTICIPANT	17
<b>GARANTIES DÉCÈS</b>	18
ARTICLE 40 – GARANTIE DÉCÈS	18
<b>GARANTIES RENTES</b>	20
ARTICLE 41 – RENTES	20
<b>GARANTIES INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL / INVALIDITÉ</b>	21
ARTICLE 42 – GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL	21
ARTICLE 43 – GARANTIE INVALIDITÉ	23
<b>TITRE VII. DOCUMENTS NÉCESSAIRES AU RÈGLEMENT DES PRESTATIONS</b>	24
<b>DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES</b>	25
<b>TITRE I. TAUX DE COTISATIONS</b>	25
<b>TITRE II. TABLEAU DE GARANTIES</b>	26
<b>LEXIQUE</b>	27



# DISPOSITIONS GÉNÉRALES

## TITRE I – GÉNÉRALITÉS

### ARTICLE 1 – CADRE JURIDIQUE

---

Les présentes dispositions constituent les Dispositions Générales du contrat d'assurance souscrit par l'entreprise auprès de :

- KLESIA Prévoyance, Institution de Prévoyance située au 4 rue Georges Picquart à Paris (75017), apériteur ;
- l'OCIRP (Organisme Commun des Institutions de Rente et de Prévoyance), union d'institutions de prévoyance situé au 17 rue de Marignan à Paris (75008) ;
- APICIL Prévoyance, Institution de Prévoyance, située au 38 rue François Peissel – 69300 Caluire et Cuire ;
- Malakoff Humanis Prévoyance, Institution de prévoyance située au 21 rue Laffitte 75009 Paris ;

organismes régis par le Titre III du Livre IX du Code de la sécurité sociale et ci-après dénommés « les co-assureurs ».

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

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

L'ensemble des contrats souscrits par les entreprises dans le cadre des présentes Dispositions Générales constituent un périmètre de mutualisation des résultats. 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.

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.

Le contrat de prévoyance souscrit auprès des co-assureurs est composé pour chaque Adhérente :

- des présentes Dispositions Générales et Dispositions Spécifiques ;
- d'une demande d'adhésion ou d'une proposition de contrat ;
- du certificat d'adhésion ou des conditions particulières.

KLESIA Prévoyance, APICIL Prévoyance et Malakoff Humanis Prévoyance opèrent une gestion interne de l'ensemble des prestations assurées au titre du présent contrat, à l'exception des prestations Incapacité et invalidité assurées par KLESIA Prévoyance qui sont déléguées à la société GESCOPIM Prévoyance, immatriculée à l'ORIAS sous le n° 11 059 879 dont le siège se situe 2 rue de la Cornouaille, 44326 Nantes.

Les co-assureurs sont habilités à gérer les garanties Rente éducation et Rente handicap assurées par l'OCIRP.

Le contrat prend effet au 1<sup>er</sup> octobre 2019. Il se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année.

### ARTICLE 2 – OBJET DU CONTRAT

---

Le présent contrat a pour objet de mettre en œuvre le régime de prévoyance obligatoire en faveur des salariés des entreprises relevant de la Convention Collective Nationale des Commerces de Détail Non Alimentaires (CDNA), définis au certificat d'adhésion ou aux conditions particulières.

### ARTICLE 3 – RISQUES GARANTIS

---

Les co-assureurs garantissent les risques suivants :

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

L'OCIRP garantit intégralement sous forme de rentes :

- Rente handicap ;
- Rente éducation.

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

## ARTICLE 4 – BASE LÉGALE

---

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

## ARTICLE 5 – CONTRÔLE DES CO-ASSUREURS

---

Les co-assureurs sont soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située au 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.

## ARTICLE 6 – RÉCLAMATION ET MÉDIATION

---

Pour toute réclamation relative à la mise en œuvre du contrat, l'Adhérente, le Participant ou ses ayants droit doivent s'adresser en priorité à l'Institution auprès de laquelle l'adhésion a été réalisée :

**Par courrier :**

**KLESIA Prévoyance :**

**Pour les risques Incapacité / Invalidité :**

GESCOPIM PRÉVOYANCE  
Centre de Gestion Prévoyance  
2, rue de la Cornouaille - BP 72634  
44326 NANTES CEDEX 3  
Numéro de téléphone dédié : Tel 02.72.52.50.01  
Adresse e-mail dédiée : prevoyancecdna@gescopim.fr

**Pour les rentes et dossiers décès :**

CAPITAL DECES 3  
CS 30027  
93108 MONTREUIL CEDEX

**Malakoff Humanis Prévoyance :**

- pour l'Adhérente :  
Par courriel : [reclamation-entreprise-assurance@malakoffhumanis.com](mailto:reclamation-entreprise-assurance@malakoffhumanis.com)

**Par courrier :**

Service Réclamations Entreprises Assurance  
78288 Guyancourt Cedex

- pour le Participant et/ou les bénéficiaires :  
Par courriel : [reclamation-particulier-assurance@malakoffhumanis.com](mailto:reclamation-particulier-assurance@malakoffhumanis.com)

**Par courrier :**

Service Réclamations Particuliers Assurance 78288 Guyancourt Cedex.

**APICIL Prévoyance :**

**Par courrier :**

GROUPE APICIL  
Service Relation Client  
38 rue François Peissel  
69300 Caluire-et-Cuire

Si un désaccord persistait après épuisement des voies internes de réclamation, et sans préjudice du droit d'agir en justice, l'Adhérente, le Participant, l'ayant droit ou le bénéficiaire peut dans un délai d'un an, afin de trouver une issue amiable au différend l'opposant aux co-assureurs, s'adresser au Médiateur :

**Par courrier :**

Monsieur le Médiateur de la Protection sociale du CTIP  
10 rue Cambacérès  
75008 Paris  
Sur le site internet : <https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/>

## ARTICLE 7 – DROIT D'ACCÈS ET RECTIFICATION

---

Dans le cadre de la relation contractuelle qui lie les co-assureurs à l'Adhérente, ces derniers sont amenés à traiter des données personnelles des participants et des bénéficiaires du contrat, en tant que responsable de traitement.

À ce titre, les co-assureurs 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 participants et des bénéficiaires ne sont transmises à aucun autre destinataire que ceux mentionnés dans la notice d'information.

Les co-assureurs traitent les données personnelles des participants 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 participants 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 participants et bénéficiaires disposent de droits (droit d'accès, de rectification, d'effacement dans certains cas, d'opposition, de limitation du traitement, à la portabilité) qu'ils peuvent exercer auprès du Délégué à la Protection des Données (DPO) de l'Institution de Prévoyance auprès de laquelle l'adhésion a été effectuée :

- KLESIA Prévoyance par courrier électronique : [info.cnil@klesia.fr](mailto:info.cnil@klesia.fr) ou par courrier postal à l'adresse KLESIA - SERVICE INFO CNIL - CS 30027- 93108 Montreuil Cedex ;
- APICIL Prévoyance par courrier électronique : [dpo@apicil.com](mailto:dpo@apicil.com) ou par courrier postal à l'adresse : Groupe APICIL, Délégué à la protection des données (DPO), Service Relation Client, 38 rue François Peissel, 69300 Caluire et Cuire ;
- Malakoff Humanis Prévoyance par courrier électronique : [dpo@malakoffhumanis.com](mailto:dpo@malakoffhumanis.com) ou par courrier postal à l'adresse Malakoff Humanis - Pôle Informatique et Libertés - 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9 ;
- L'OCIRP par courrier électronique : [DPOcirp@ocirp.fr](mailto:DPOcirp@ocirp.fr) ou par courrier postal à l'adresse : OCIRP, pôle juridique et conformité, 17 rue de Marignan - CS 50 003 - 75008 Paris.

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

Des informations plus détaillées sur le traitement des données sont fournies par les co-assureurs aux participants et des bénéficiaires dans la notice d'information.

## ARTICLE 8 – COMMUNICATION PAR VOIE ÉLECTRONIQUE

Conformément aux dispositions des articles 1366 et 1367 du Code civil, les courriels et les documents électroniques échangés entre l'Entreprise/les Participants et les co-assureurs et 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 l'assuré des documents originaux éventuellement nécessaires aux co-assureurs pour le paiement des prestations, ainsi qu'au respect des dispositions de l'article R.932-1-6 du Code de la sécurité sociale relatives aux modalités de résiliation du contrat.

## ARTICLE 9 – LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DE CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

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

## ARTICLE 10 – LUTTE CONTRE LA FRAUDE À L'ASSURANCE

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

# TITRE II – ADHÉSION DE L'ENTREPRISE

## ARTICLE 11 – CHAMP D'APPLICATION

Peuvent adhérer au présent contrat l'ensemble des entreprises relevant de la Branche Commerces de Détail non Alimentaires (CDNA).

## ARTICLE 12 – DATE D'EFFET - DURÉE - RENOUELEMENT DE L'ADHÉSION

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

Elle se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, sauf résiliation à l'initiative de l'Adhérente ou des co-assureurs, notifiée par lettre recommandée, moyennant le respect d'un délai de préavis d'au moins deux mois avant la date d'échéance du contrat.

## ARTICLE 13 – OBLIGATIONS DE L'ADHÉRENTE

### 13.1. Obligation d'affiliation

Dans le cadre d'un contrat collectif de prévoyance à adhésion obligatoire, l'Adhérente doit affilier l'ensemble de ses salariés relevant de la catégorie définie au certificat d'adhésion ou aux conditions particulières.

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

### 13.2. Informations à fournir aux co-assureurs

#### 13.2.1. Lors de l'adhésion

Lors de l'adhésion au contrat, l'Adhérente doit fournir aux co-assureurs :

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

#### 13.2.2. En cours de contrat L'Adhérente doit :

- informer les co-assureurs au plus tard à chaque échéance de cotisations, de toute modification d'adresse, de raison sociale ou de modification de sa situation juridique (fusion, cession, scission...) ainsi que de tout élément susceptible d'entraîner une modification de la nature ou l'importance des garanties ;
- transmettre trimestriellement aux co-assureurs la liste des nouveaux salariés, dans la catégorie assurée (embauche ou changement de catégorie) ; toutes ces informations doivent s'accompagner des noms, prénoms, salaire brut d'embauche et numéro de Sécurité sociale du personnel concerné ;
- déclarer trimestriellement aux co-assureurs les salariés qui quittent l'entreprise notamment suite à une démission, une rupture conventionnelle, un licenciement ou un départ en retraite ou qui sortent de la catégorie de salariés assurés, en précisant la date et le motif du départ ;
- déclarer aux co-assureurs, dès qu'il en a connaissance, tout salarié dont le contrat de travail est suspendu qui ne pourrait bénéficier du maintien de son affiliation tel que prévu à l'article 18 ;
- déclarer trimestriellement aux co-assureurs, par le biais des appels des cotisations, l'effectif et la masse salariale brute correspondant au total trimestriel des rémunérations brutes des salariés affiliés au contrat ventilée par tranches soumises à cotisations sociales ;
- transmettre aux co-assureurs au plus tard le 31 janvier de chaque année, un état nominatif annuel des salaires par voie dématérialisée ;
- déclarer aux co-assureurs, dès qu'il en a connaissance tous les salariés en arrêt de travail ou qui reprennent leur activité suite à un arrêt de travail indemnisé par les co-assureurs.

### Dispositif relatif à la Déclaration Sociale Nominative (DSN)

Les dispositions ci-dessus sont sans objet dès lors que l'Adhérente a transmis ces données par la voie de la déclaration sociale nominative en application de l'article L.133-5-2 du Code de la sécurité sociale.

Chaque entreprise adhérente doit retourner à l'Institution auprès de laquelle elle adhère la DSN du mois précédent avant le 15 de chaque mois.



### 13.3. Informations à fournir aux Participants

En vertu des dispositions de l'article L.932-6 du Code de la sécurité sociale, l'Adhérente a un devoir d'information à l'égard des Participants sur le contrat souscrit.

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

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

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

## ARTICLE 14 – PRISE EN CHARGE DES SINISTRES EN COURS À LA DATE D'EFFET DE L'ADHÉSION

---

### **En présence d'un contrat de prévoyance souscrit antérieurement.**

Le présent contrat prend en charge, pour les salariés en arrêt de travail, déclarés par l'entreprise lors de la souscription :

- La revalorisation des prestations périodiques en cours de service (indemnités journalières, rentes d'invalidité, rente éducation, et rente handicap) et la revalorisation de la base de calcul des garanties décès, que le contrat de travail soit rompu ou non ;
- L'éventuel différentiel de prestations en cas d'indemnisation inférieure par le précédent organisme assureur, des salariés dont le contrat de travail n'est pas rompu.

L'indice de revalorisation est indiqué à l'article 27.1 des présentes dispositions générales.

### **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 prévues au présent contrat, hors garantie incapacité.

Ils bénéficient des prestations Décès et Annexes, invalidité, dès cette date.

## ARTICLE 15 – RÉSILIATION DE L'ADHÉSION

---

### **À la date d'échéance annuelle**

L'adhésion peut être résiliée par l'Adhérente ou les co-assureurs, au moins deux mois avant la date d'échéance du contrat.

#### **L'Adhérente peut adresser sa demande :**

- soit par lettre ou tout autre support durable ;
- soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'Institution ;
- soit par acte extrajudiciaire ;
- soit, lorsque l'Institution propose la conclusion de contrat ou l'adhésion au règlement par un mode de communication à distance, par le même mode de communication ;
- soit par tout autre moyen prévu par le contrat.

**Le destinataire confirme par écrit la réception de la notification.**

**La résiliation à l'initiative de l'Institution s'effectue par lettre recommandée.**

### **En cas de non-paiement des cotisations**

Les co-assureurs peuvent résilier le contrat collectif de prévoyance en cas de défaut de paiement des cotisations conformément à l'article L.932-9 du Code de la sécurité sociale.

### **En cas de refus de modification du contrat**

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

## TITRE III – AFFILIATION DES PARTICIPANTS

### ARTICLE 16 – CONDITIONS - MODALITÉS D’AFFILIATION DES PARTICIPANTS

---

#### 16.1. Conditions d’affiliation

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

#### 16.2 Modalités d’affiliation

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

L’Adhérente communique aux co-assureurs, sur tout support de son choix, la liste de tous les salariés concernés par le contrat. L’Adhérente est responsable de l’affiliation au contrat de tous les salariés présents à l’effectif. Elle doit ainsi s’assurer que les co-assureurs ont bien eu connaissance de tous les salariés ayant vocation à profiter des garanties du contrat qu’elle a souscrit.

### ARTICLE 17 – DATE D’AFFILIATION ET DATE D’EFFET DES GARANTIES

---

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

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

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

### ARTICLE 18 – DISPOSITIONS APPLICABLES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL OU DE RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL

---

#### 18.1. Suspension du contrat de travail rémunérée ou indemnisée

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

Sous réserve des dispositions relatives à l’exonération des cotisations prévues à l’article 25, ce maintien des garanties donne lieu à paiement des cotisations.

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

Le Participant en arrêt de travail continue à bénéficier des garanties adoptées par l’Entreprise dans le cadre des présentes garanties, tant que le contrat d’assurance souscrit par l’Entreprise auprès des co-assureurs est en vigueur.

Le maintien des garanties cesse :

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

#### 18.3. Suspension du contrat de travail non rémunérée ou non indemnisée

Les garanties sont suspendues de plein droit lors de la suspension du contrat de travail du Participant, sans maintien de la rémunération (congé sabbatique, congé pour création d’entreprise, congé parental d’éducation, congé de proche aidant, congé sans solde...). La suspension des garanties intervient à la date de la cessation effective du travail dans l’Entreprise.

Elle s’achève dès la reprise effective du travail par l’intéressé au sein de l’effectif assuré, sous réserve que les co-assureurs en soit informés dans un délai de trois mois suivant la reprise.

### ARTICLE 19 – CESSATION DE L’AFFILIATION DU PARTICIPANT

---

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

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

- à la date à laquelle il cesse d'appartenir à la catégorie assurée au titre du présent contrat ;
- rupture du contrat de travail du Participant ;
- en cas de cessation d'activité ou disparition de l'Adhérente ;
- liquidation de la pension de retraite du Participant, sauf situation de cumul emploi retraite dans l'entreprise ;
- décès du Participant.

## ARTICLE 20 – MAINTIEN DES GARANTIES AU BÉNÉFICIAIRE DU PARTICIPANT

### 20.1. Portabilité des droits prévue à l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale

#### Conditions

Conformément à l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale, en cas de cessation du contrat de travail, les garanties dont bénéficiaient les Participants sont maintenues, à condition que la cessation du contrat de travail ne soit pas consécutive à une faute lourde et que l'ancien salarié soit pris en charge par le régime de l'Assurance Chômage. Le maintien des garanties est également subordonné à la condition que les droits aient été ouverts chez votre dernier employeur.

#### Formalités

Pour bénéficier de la portabilité des droits, l'ancien salarié doit retourner aux co-assureurs, le bulletin de demande de portabilité établi par les co-assureurs dûment complété et signé.

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

#### Date d'effet et durée du maintien des garanties

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

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

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

#### Garanties maintenues

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

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

#### Financement

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

#### Assiette des prestations

L'assiette servant de base au calcul des prestations est égale à la rémunération brute versée au cours des 12 derniers mois civils qui précèdent la cessation du contrat de travail, à l'exclusion des éléments exceptionnels liés à cette cessation et dans la limite du traitement de référence défini à l'article 26 des présentes Dispositions Générales.

#### Obligations déclaratives

L'ancien salarié s'engage à fournir aux co-assureurs :

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

#### Cessation du maintien des garanties

Le maintien des garanties cesse :

- à l'issue de la période de portabilité ;
- au décès de l'ancien salarié ;

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

## 20.2 - Maintien des garanties en cas de résiliation du contrat

### 20.2.1. Maintien des prestations en cours de service

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

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

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

### 20.2.2. Maintien des garanties Décès

En application de l'article 7-1 de la loi n° 891009 du 31 décembre 1989 dite « loi Evin », les garanties Décès sont maintenues lorsque le Participant est indemnisé au titre de l'incapacité ou invalidité à la date de résiliation ou non-renouvellement du contrat.

### 20.2.3. Cessation du maintien des garanties

Ces dispositifs de maintien cessent dans les cas suivants :

- reprise totale d'activité ;
- cessation des versements par la Sécurité sociale des indemnités journalières, d'une pension invalidité ou d'une rente accident du travail ou maladie professionnelle avec un taux d'incapacité inférieur à 66% ;
- liquidation de la pension vieillesse par la Sécurité sociale.

## TITRE IV – COTISATIONS

La garantie est assurée par les co-assureurs en contrepartie du paiement des cotisations prévues aux Dispositions Spécifiques.

### ARTICLE 21 – ASSIETTE ET TAUX DE COTISATIONS

Les taux de cotisations définis aux Dispositions Spécifiques sont établis en fonction de la législation et réglementation en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2019.

L'assiette des cotisations est déterminée en fonction du total des rémunérations brutes annuelles du Participant, limitée aux tranches 1 et 2 :

- Tranche 1 : Fraction de la rémunération limitée au montant du Plafond Annuel de la Sécurité sociale (PASS).
- Tranche 2 : Fraction de la rémunération comprise entre 1 et 4 fois le montant du PASS.

#### Salariés à temps partiel

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

#### Salariés à employeurs multiples

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

### ARTICLE 22 - PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont calculées annuellement et recouvrées trimestriellement à terme échu. Elles doivent être payées, au plus tard le 10<sup>e</sup> jour suivant l'échéance.

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

Sur la base de l'état nominatif des salaires communiqué par l'Adhérente à chaque fin d'exercice, les co-assureurs effectuent un ajustement des cotisations afin de prendre en compte la situation exacte de chaque Participant. Cet ajustement donnera lieu soit à un remboursement de trop-perçu, soit à un paiement complémentaire par l'Adhérente.

## ARTICLE 23 – DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

---

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

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

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

**En tout état de cause, les co-assureurs poursuivront le recouvrement des cotisations dues et éventuelles majorations de retard. Les frais engagés à cet effet seront entièrement à la charge de l'Adhérente.**

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

## ARTICLE 24 – RÉVISION DES COTISATIONS

---

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

Les co-assureurs peuvent également réviser les taux de cotisation à tout moment en cas de modification législative ou réglementaire ayant une incidence sur le contrat de prévoyance.

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

En cas de refus des taux révisés par l'Adhérente, celle-ci doit aviser les co-assureurs dès la notification de révision des taux. À défaut d'accord entre les co-assureurs et l'Adhérente, cette dernière peut résilier le contrat de prévoyance par lettre recommandée avec avis de réception dans un délai d'un mois suivant cette notification.

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

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

## ARTICLE 25 – EXONÉRATION DES COTISATIONS

---

Le Participant en arrêt de travail est exonéré des cotisations afférentes aux garanties décès, incapacité de travail et invalidité au terme du délai de franchise, et en tout état de cause au 91<sup>e</sup> jour d'arrêt de travail total et continu.

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

L'exonération des cotisations cesse :

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

# TITRE V – PRESTATIONS

## ARTICLE 26 – TRAITEMENT DE BASE - BASE DES PRESTATIONS

---

Le traitement de référence qui sert de base de calcul des prestations est égal à l'ensemble des rémunérations brutes perçues au cours des douze derniers mois civils précédant le décès ou l'arrêt de travail, limité aux tranches soumises à cotisations telles que prévues à l'article 21 du présent contrat.

En tout état de cause, le traitement pris en compte pour le calcul des prestations ne peut excéder celui choisi par l'Adhérente comme base des cotisations. Les prestations sont calculées sur la base du Plafond Annuel de la Sécurité Sociale en vigueur au jour de l'événement considéré.

Si le Participant n'a pas reçu de rémunération ayant donné lieu à cotisations pendant tout ou partie des 12 mois visés à l'alinéa précédent du fait d'une ancienneté inférieure à 12 mois, le traitement de référence sera reconstitué sur 12 mois.

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

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

Si le Participant est reconnu invalide au sens de l'article L.341-1 du Code de la sécurité sociale et autorisé par la Sécurité sociale à reprendre une activité à temps partiel, la rémunération partielle est complétée jusqu'à concurrence de la rémunération qu'il aurait perçue s'il avait travaillé à temps complet.

Le traitement de référence servant de base de calcul aux garanties décès / invalidité absolue et définitive est apprécié à la date de l'arrêt de travail initial en cas de décès survenant en cours d'arrêt de travail et peut être revalorisé dans les conditions prévues à l'article ci-dessous.

## ARTICLE 27 – REVALORISATION

---

### 27.1. Revalorisation des prestations périodiques

Les prestations périodiques (indemnités journalières, rente invalidité et incapacité permanente) peuvent être revalorisées annuellement au 1<sup>er</sup> juillet de chaque année, sur la base du taux décidé par les Conseils d'administration des co-assureurs.

La première revalorisation des prestations intervient le cas échéant le 1<sup>er</sup> 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.

### 27.2. Revalorisation du capital décès

#### Revalorisation

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

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

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

À compter de la date du décès du Participant jusqu'à la date de réception par les co-assureurs 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 les co-assureurs du décès du Participant, est la date à laquelle les co-assureurs sont informés du décès, par la réception de l'acte de décès.

## ARTICLE 28 – DISPOSITIONS PARTICULIÈRES CONCERNANT LES GARANTIES ASSURÉES PAR L'OCIRP

---

L'OCIRP fixe les coefficients ainsi que la périodicité des revalorisations à appliquer aux rentes en cours de service, sous réserve des dispositions prévues à l'article 15 du présent contrat en cas de résiliation de l'adhésion de l'Adhérente.

Lorsque les rentes sont inférieures à un montant fixé par le Conseil d'Administration de l'OCIRP, les co-assureurs peuvent les régler d'avance chaque année. En cas d'arrêt de travail n'ayant pas donné lieu à une rémunération complète, celle-ci est reconstituée sur la base de celle que le Participant aurait perçue durant l'année entière, en prenant comme référence la rémunération antérieure à l'arrêt de travail. Si l'arrêt est antérieur à l'année civile précédant l'évènement, le salaire de base ainsi reconstitué est revalorisé d'un pourcentage fixé par le Conseil d'Administration de l'OCIRP.

## ARTICLE 29 – MODIFICATION DES PRESTATIONS

---

Les co-assureurs peuvent modifier les garanties en cas d'évolution législative, réglementaire ou conventionnelle ou en cas de déséquilibre technique du contrat.

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

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

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

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

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

## ARTICLE 30 – DÉCLARATION DES SINISTRES

---

Le sinistre doit être déclaré aux co-assureurs dans les six mois à compter de sa survenance.

**En cas de déclaration au-delà de ce délai, les co-assureurs se réservent le droit d'opposer la déchéance à indemnisation pour déclaration tardive si cela lui a causé un préjudice.**

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

Les co-assureurs se réservent le droit de vérifier l'exactitude des déclarations.

## ARTICLE 31 – PAIEMENT DES PRESTATIONS

---

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

## ARTICLE 32 – PLAFONNEMENT DES PRESTATIONS

---

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

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

## ARTICLE 33 – CONTRÔLE MÉDICAL

---

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

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

Le Participant est tenu de, se soumettre à ce contrôle médical. À défaut et après mise en demeure, les co-assureurs pourront suspendre les droits aux prestations à l'expiration d'un délai de 30 jours. Il en sera de même en cas d'absence du domicile.

Pendant la période de suspension des droits à prestations, aucune prestation n'est due ; le versement des prestations s'effectue ou reprend, s'il y a lieu, au terme définitif du processus du contrôle médical.

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

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

La contestation par le Participant des conclusions du médecin désigné par les co-assureurs doit être adressée sous pli confidentiel par lettre recommandée aux co-assureurs dans un délai de 30 jours à compter de la

notification de la décision des co-assureurs. Dans cette hypothèse, le Participant pourra se faire représenter par son médecin traitant dans une entrevue amiable avec le médecin-conseil des co-assureurs. En cas de désaccord entre son médecin traitant et le médecin-conseil, les parties désigneront d'un commun accord, dans un délai d'un mois un troisième médecin pour les départager. À défaut d'entente, la désignation sera faite sur requête de la partie la plus diligente par le Président du Tribunal judiciaire.

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

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

Le contrôle continuera à s'exercer, même après résiliation du contrat tant que les co-assureurs versent des prestations.

## ARTICLE 34 – EXCLUSIONS

---

### 34.1. Exclusions générales

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

- **du suicide qui se produit au cours de la première année d'affiliation au présent contrat. Toutefois, le suicide est garanti si du fait de son affiliation au présent contrat et, précédemment à un autre contrat de prévoyance à adhésion obligatoire, le Participant a été couvert une année continue d'assurance à la date du suicide ;**
- **de faits de guerre civile ou étrangère, d'émeutes, d'insurrections, d'attentats, d'actes de terrorisme, quel que soit le lieu où se déroulent les faits et quels qu'en soient les protagonistes dès lors que le Participant y prend une part active. Lorsque la France est partie belligérante à des faits de guerre étrangère, la prise en charge intervient dans les conditions définies par la législation intervenant sur les assurances sur la vie en temps de guerre ;**
- **des conséquences de maladie ou d'accident qui sont le fait volontaire du Participant, de mutilations volontaires ou d'une tentative de suicide ;**
- **des conséquences de la participation volontaire et violente du Participant à des rassemblements, manifestations sur la voie publique, à des mouvements populaires, rixes, jeux et paris ;**
- **directement ou indirectement du risque atomique ou de radiations ionisantes.**

### 34.2. Rentes assurées par l'OCIRP

Les garanties ne sont pas accordées dans les cas suivants :

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

## ARTICLE 35 – DÉCHÉANCE

---

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

## ARTICLE 36 – SUBROGATION

---

Les co-assureurs sont subrogés au Participant ou à ses ayants droit victime d'un accident dans leur action contre le tiers responsable pour le sinistre pris en charge, dans la limite des prestations versées.

## ARTICLE 37– 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 aux co-assureurs.**



## ARTICLE 38 – PRESCRIPTION

---

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

La prescription est portée à :

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

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 les co-assureurs. Toutefois, le délai de prescription ne court :

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

Lorsque l'action de l'Adhérente, du Participant, du bénéficiaire, ou de l'ayant droit contre les co-assureurs 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'Adhérente, le Participant, ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

Le délai de prescription est interrompu dans les cas suivants :

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

## TITRE VI – GARANTIES

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

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

## SITUATION FAMILIALE

### ARTICLE 39 – SITUATION FAMILIALE DU PARTICIPANT

---

Le montant des prestations ainsi que les éventuelles majorations prennent en compte la situation familiale du Participant, dûment justifiée.

Les personnes prises en compte sont le conjoint du Participant, les enfants à sa charge ou à la charge de son conjoint.

#### 39.1. Définition du conjoint

Est considéré comme conjoint :

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

#### 39.2. Définition des enfants à charge

Sont considérés comme enfants à charge les enfants du Participant, indépendamment de la position fiscale :

- à naître (dans les 300 jours suivant le décès) ;
- nés viables ;
- recueillis, c'est-à-dire ceux du conjoint, de l'ex-conjoint éventuel ou du concubin ou du partenaire lié par un PACS, du salarié décédé qui ont vécu au foyer jusqu'au moment du décès et si leur autre parent n'est pas tenu au versement d'une pension alimentaire.

Sont également considérés comme enfants à charge au moment du décès du Participant, les enfants du Participant, qu'ils soient légitimes, naturels, adoptifs, reconnus :

- jusqu'à leur 18<sup>e</sup> anniversaire ;
- jusqu'à leur 26<sup>e</sup> anniversaire et :
  - qui poursuivent des études dans un établissement d'enseignement secondaire, supérieur ou professionnel, notamment dans le cadre d'un contrat de professionnalisation ou d'une inscription au Centre National d'Enseignement à Distance (CNED) ;
  - qui sont sous contrat d'apprentissage ;
  - qui poursuivent 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 et 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 ;
  - qui sont 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 ;
  - qui sont employés en Établissement et service d'Aide par le Travail (ESAT) ou dans un atelier protégé en tant que travailleurs handicapés.

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

## GARANTIES DÉCÈS

Ces garanties ont pour objet d'assurer aux Participants ou bénéficiaires, selon les Dispositions Spécifiques, le versement d'une prestation sous forme d'un capital, d'une rente en cas de décès ou d'Invalidité absolue et définitive. En cas de disparition, la garantie décès n'est due qu'après reconnaissance du décès par absence, par le tribunal compétent.

### ARTICLE 40 – GARANTIE DÉCÈS

---

#### 40.1. Décès en capital « toutes causes »

En cas de décès du Participant, quelle qu'en soit la cause, les co-assureurs versent au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) par le Participant, un capital. Le montant du capital est défini aux Dispositions Spécifiques.

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

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

#### 40.2. Bénéficiaires du capital décès

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

- au conjoint du Participant marié à condition qu'il ne soit pas séparé de corps judiciairement ;
- à défaut, au partenaire lié au Participant par un PACS valablement conclu et en vigueur à la date du sinistre ;
- à défaut, aux enfants du Participant, vivants ou représentés, légitimes, naturels, reconnus, adoptifs, recueillis ou nés viables moins de 300 jours après le décès du Participant, par parts égales entre eux ;
- à défaut, aux parents du Participant, par parts égales entre eux ou au survivant d'entre eux pour la totalité ;
- à défaut, aux grands-parents du Participant, par parts égales entre eux ;
- à défaut, aux héritiers du Participant, à proportion de leurs parts héréditaires.

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

La désignation expresse du bénéficiaire s'effectue par le formulaire délivré à cet effet par les co-assureurs, accompagné de son mode d'emploi.

Un acte sous seing privé ou un acte authentique permet également la désignation du ou des bénéficiaires à condition que cette désignation soit notifiée aux co-assureurs.

En cas de désignation nominative, les coordonnées du ou des bénéficiaires désignés doivent être précisées afin de permettre aux co-assureurs de le(s) retrouver.

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

En cas de décès d'un des bénéficiaires désignés par le Participant, le capital est versé aux autres bénéficiaires au prorata de leurs parts respectives.

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

### Cas particuliers

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

Lorsque les enfants à charge sont mineurs, les majorations du capital correspondantes seront versées au représentant légal. En cas de décès du Participant et du ou des bénéficiaires désignés au cours d'un même événement sans qu'il ne soit possible de déterminer l'ordre des décès, le Participant est présumé avoir survécu le dernier pour la détermination des bénéficiaires du capital.

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

#### 40.3. Garantie Invalidité absolue et définitive.

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

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

La reconnaissance de l'état d'invalidité absolue et définitive du Participant doit survenir avant la liquidation de la pension vieillesse par la Sécurité sociale.

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

#### 40.4. Garantie double effet

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

Le capital est versé sous les conditions cumulatives suivantes :

- le conjoint décède au plus tôt le jour du décès du Participant et au plus tard dans les deux ans qui suivent le jour du décès du Participant ;
- il n'est pas séparé de corps judiciairement au moment du décès du Participant ;
- il n'a pas encore atteint l'âge légal d'ouverture des droits à la pension vieillesse ;
- il laisse un ou plusieurs enfants, à sa charge au moment du décès, et initialement à la charge du Participant ;
- le contrat est toujours en vigueur à la date de son décès.

#### 40.5. Frais d'obsèques

Cette garantie a pour objet d'assurer le versement d'une allocation couvrant tout ou partie des frais d'obsèques du Participant.

Le montant de l'allocation est fixé aux Dispositions Spécifiques.

L'allocation est versée à l'entreprise de pompes funèbres ayant réalisé les obsèques ou à la personne physique ayant supporté leurs frais à hauteur du montant de la facture des obsèques et dans la limite du montant garanti. Le solde éventuel est versé au conjoint du Participant, à défaut à ses enfants à charge tels que définis au paragraphe « situation familiale » des présentes Dispositions Générales.

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

# GARANTIES RENTES

## ARTICLE 41 – RENTES

### 41.1. Rente éducation assurée par l'OCIRP

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

Le montant de la rente, fixé aux Dispositions Spécifiques, est doublé pour l'enfant qui est ou devient orphelin des deux parents.

#### Bénéficiaires de la rente éducation

Les enfants concernés sont, indépendamment de la position fiscale :

- les enfants à naître,
- les enfants nés viables,
- les enfants recueillis, c'est-à-dire ceux de l'ex-conjoint éventuel, du conjoint ou du concubin ou du partenaire lié par un PACS, du Participant décédé qui ont vécu au foyer jusqu'au moment du décès et si leur autre parent n'est pas tenu au versement d'une pension alimentaire.

Sont également considérés comme enfants à charge au moment du décès du Participant, les enfants du Participant, qu'ils soient légitimes, naturels, adoptifs, reconnus :

- jusqu'à leur 18<sup>e</sup> anniversaire, sans condition ;
- jusqu'à leur 26<sup>e</sup> anniversaire, et sous condition :
  - de poursuivre des études dans un établissement d'enseignement secondaire, supérieur ou professionnel,
  - d'être en apprentissage,
  - de poursuivre une formation professionnelle en alternance, dans le cadre d'un contrat d'aide à l'insertion professionnelle des jeunes associant d'une part des enseignements professionnels et 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 de Pôle emploi comme demandeurs d'emploi, ou stagiaires de la formation professionnelle,
  - d'être employés dans un Établissement et service d'aide par le travail ou dans un atelier protégé en tant que travailleurs handicapés ;
- sans limitation de durée en cas d'invalidité avant le 26<sup>e</sup> anniversaire, équivalente à l'invalidité de deuxième ou troisième catégorie de la Sécurité sociale justifiée par un avis médical ou tant qu'ils bénéficient de l'allocation d'adulte handicapé ou tant qu'ils sont titulaires de la carte d'invalides civil, devenue la carte « mobilité inclusion », sous réserve d'être âgé de moins de 26 ans à la date du décès du parent Participant.

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

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

La rente est réglée chaque trimestre d'avance :

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

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

#### Revalorisation des rentes en cours de service

Les rentes servies dans le cadre du présent contrat sont revalorisées chaque année au 1<sup>er</sup> janvier, suivant un taux fixé par le Conseil d'administration de l'OCIRP, selon les dispositions prévues à l'article 28.

#### Cessation du droit aux prestations

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

La rente est viagère lorsque l'enfant est reconnu comme étant invalide dans les conditions définies ci-avant.

## 41.2. Rente handicap assurée par l'OCIRP

Cette garantie a pour objet d'assurer le service d'une rente viagère aux enfants handicapés du Participant à la date de son décès ou de son invalidité absolue et définitive s'il survient pendant la période de garantie.

La prestation peut être versée sous forme de capital, au choix du bénéficiaire au moment de l'événement donnant lieu au versement de la prestation. Son montant est alors égal à 80 % du capital constitutif de la rente.

### Définition de l'état de handicap

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.

### Reconnaissance de l'état de handicap

Pour justifier du handicap du ou des bénéficiaire(s), doit être obligatoirement joint à la demande de liquidation des prestations, sous enveloppe cachetée destinée au médecin-conseil, un certificat médical attestant, à la date du décès ou de l'invalidité absolue et définitive du Participant, de la nature de l'infirmité physique et/ou mentale dont sont atteints les bénéficiaires et qui empêche soit de se livrer dans des conditions normales de rentabilité à une activité professionnelle, soit, s'ils sont âgés de moins de 18 ans, d'acquérir une instruction normale ou une formation professionnelle d'un niveau normal.

En outre, l'OCIRP se réserve le droit de demander toute autre pièce complémentaire qui lui serait nécessaire pour l'étude du dossier de liquidation, notamment :

- un justificatif d'un taux d'incapacité de 80 % reconnu par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (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.

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

La rente handicap est versée au bénéficiaire ou à son représentant légal trimestriellement et par avance.

Les prestations prennent effet à compter du premier jour du mois civil suivant la date du décès ou de l'invalidité absolue et définitive du Participant.

Les prestations sont versées au plus tard dans un délai de trois mois après le dépôt du dossier (demande de liquidation de prestations accompagnée de l'ensemble des pièces justificatives nécessaires) auprès des co-assureurs membre dont dépend l'entreprise Adhérente. En outre, le bénéficiaire de la rente handicap ou son représentant légal devra, sous peine d'une suspension des prestations en cours, adresser à l'OCIRP toute pièce valant certificat de vie, au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année.

### Revalorisation des rentes en cours de service

Les rentes servies dans le cadre du présent contrat sont revalorisées chaque année au 1<sup>er</sup> janvier, suivant un taux fixé par le Conseil d'administration de l'OCIRP, selon les dispositions prévues à l'article 28.

### Cessation du droit aux prestations

La rente viagère cesse d'être due à compter du premier jour du mois suivant le décès du bénéficiaire.

# GARANTIES INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL / INVALIDITÉ

## ARTICLE 42 – GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL

---

### 42.1. Conditions de la garantie

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

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

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

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

#### 42.2. Montant des prestations

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

Le montant des prestations est entendu brut de toutes charges sociales et fiscales susceptibles de grever les prestations et est exprimé sous déduction des indemnités journalières brutes versées par le régime général de la Sécurité sociale.

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

#### 42.3. Date d'effet des prestations

Le versement des prestations intervient soit :

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

La période de franchise est continue. Les prestations sont versées si la durée totale de l'incapacité de travail, sans interruption dépasse la période de franchise.

#### 42.4. Modalités de versement des prestations

Les indemnités journalières sont versées directement à l'Adhérente tant que le contrat de travail est maintenu, à charge pour cette dernière de les reverser au Participant, nettes de charges sociales et fiscales et le cas échéant, du montant dû au titre de l'impôt sur le revenu.

Lorsque le contrat de travail est rompu, les indemnités journalières sont versées directement au Participant, nettes de charges sociales et fiscales prévues par la réglementation et le cas échéant, du montant dû au titre de l'impôt sur le revenu.

#### 42.5. Cessation du versement des prestations

Les indemnités journalières complémentaires cessent d'être versées :

- dès que la Sécurité sociale cesse le versement des indemnités journalières ;
- à la date de la reprise d'une activité professionnelle à temps complet ;
- au 1 096<sup>e</sup> jour d'arrêt de travail ;
- à la date de l'attribution par la Sécurité sociale d'une pension d'invalidité ou d'une rente d'incapacité permanente ;
- à la date de liquidation de la pension vieillesse ;
- à la date de fin du 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 du refus de contrôle ;
- à la date du décès du Participant.

#### 42.6. Rechute

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

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

## ARTICLE 43 – GARANTIE INVALIDITÉ

En cas d'invalidité ou d'incapacité permanente, les co-assureurs versent, sous réserve d'un éventuel contrôle médical, une prestation complétant la rente ou la pension servie par la Sécurité sociale.

### 43.1. Invalidité d'origine non professionnelle

Le Participant a droit au versement de la rente en cas d'invalidité permanente consécutive à une maladie ou un accident d'origine non professionnelle, lorsque les co-assureurs reconnaissent qu'il remplit les critères d'attribution fixés à l'article L.341-1 du Code de la sécurité sociale.

Le montant de la rente est fixé en pourcentage du traitement de base, selon le classement par la Sécurité sociale du Participant en 1<sup>er</sup>, 2<sup>e</sup>, 3<sup>e</sup> catégorie d'invalidité telles que définies à l'article L.341-4 du Code de la sécurité sociale. La rente versée par les co-assureurs s'entend brute de toutes charges sociales et fiscales et est exprimée sous déduction des prestations brutes versées par la Sécurité sociale (hors majoration pour recours à une tierce personne) selon les modalités prévues aux Dispositions Spécifiques.

### 43.2. Invalidité d'origine professionnelle

Cette rente est versée en cas d'incapacité permanente suite à un accident de travail ou une maladie professionnelle, selon le taux d'incapacité permanente attribué par la Sécurité sociale.

Le montant est fixé en pourcentage du traitement de base.

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

### 43.3. Modalités de versement des prestations

La rente est payée mensuellement à terme échu. Elle est versée directement au Participant nette de charges sociales et fiscales et le cas échéant, du montant dû au titre de l'impôt sur le revenu, sauf demande expresse de l'Adhérente ou du Participant lorsque ce dernier reste inscrit dans les effectifs de l'entreprise.

### 43.4. Cessation du versement des prestations

La rente cesse d'être due :

- dès que la Sécurité sociale ne verse plus la pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité ;
- à la date de la reprise d'une activité professionnelle à temps complet ;
- à la date à laquelle le taux d'incapacité devient inférieur à 66 % en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle ;
- à la date de l'attribution par la Sécurité sociale de la pension vieillesse, y compris au titre de l'inaptitude au travail ;
- à la suite d'un contrôle médical concluant à un arrêt de travail non justifié ou d'un refus de contrôle ;
- à la date du décès du Participant.

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

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

## TITRE VII. DOCUMENTS NÉCESSAIRES AU RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

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

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



# DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES

## TITRE I. TAUX DE COTISATIONS

Les cotisations sont fixées en pourcentage du traitement de base défini à l'article 21 des Dispositions Générales.

Détail des garanties	Taux de cotisation avec chargements	
	T1	T2
Décès	0,29 %	0,29 %
Rente Éducation OCIRP	0,09 %	0,09 %
Rente Handicap OCIRP	0,03 %	0,03 %
Incapacité de travail	0,30 %	0,62 %
Invalidité	0,27 %	0,57 %
Reprise des sinistres antérieurs*	0,18 %	0,18 %
<b>Total</b>	<b>1,16 %</b>	<b>1,78 %</b>

\* Le cout de la reprise des sinistres antérieurs finance la couverture des risques des salariés en arrêt de travail lors de la souscription, définis à l'article 14 ci-dessus et s'applique à toutes les entreprises de moins de 500 salariés. À partir de 500 salariés, une pesée spécifique des risques en cours sera effectuée par les co-assureurs et pourra aboutir à appliquer un taux supérieur.

## TITRE II. TABLEAU DE GARANTIES

	Ensemble du personnel (en % du traitement de base) T1 + T2
<b>Capital Décès toutes causes / Invalidité Absolue et Définitive</b>	
Participant, quelle que soit sa situation familiale	140 %
Majoration par enfant à charge	60 %
<b>Double effet</b>	
En cas de décès du conjoint, simultané ou postérieur à celui du Participant, à condition qu'il reste au moins un enfant à charge du conjoint lors de son décès et initialement à la charge du participant	100 % du capital Décès toutes causes
<b>Frais d'obsèques</b>	
En cas de décès du Participant	FR limités à 100 % PMSS
<b>Rente éducation (assurée par l'OCIRP)</b>	
En tout état de cause, le montant annuel de la rente ne peut être inférieur à 1 000 €	
Enfant de moins de 12 ans	5 %
Enfant de 12 ans à moins de 18 ans	7,5 %
Enfant de 18 ans à moins de 26 ans si poursuite d'études	10 %
Doublement pour orphelin des deux parents	Garanti
Rente viagère si enfant invalide	Garanti
<b>Rente handicap (assurée par l'OCIRP)</b>	
Viagère	500 € / mois
<b>Incapacité de travail</b>	
<b>Franchise</b>	
- Ancienneté > 1 an	Relais du maintien de salaire (derniers droits)
- Ancienneté < 1 an	90 jours continus
<b>Indemnités journalières (sous déduction des indemnités journalières brutes de Sécurité sociale)</b>	
- Ancienneté supérieure à 1 an	70 %
- Ancienneté inférieure à 1 an	70 %
<b>Invalidité (y compris les indemnités journalières de Sécurité sociale)</b>	
- Rente d'invalidité 1 <sup>re</sup> catégorie	42 %
- Rente d'invalidité 2 <sup>e</sup> et 3 <sup>e</sup> catégorie ou taux d'IPP supérieur ou égal à 66 %	70 %

**FR** : Frais réels.

**PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale, en vigueur au moment du décès (à titre indicatif au 01/01/2020 : 3428 €).

**Taux d'IPP** : Taux d'Incapacité Permanente Partielle.

**T1** : Tranche 1 (part de la rémunération entre le premier euro et une fois le Plafond Annuel de la Sécurité sociale).

**T2** : Tranche 2 (part de la rémunération entre un et quatre Plafonds Annuels de la Sécurité sociale).

# LEXIQUE

## ACCIDENT

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

## BÉNÉFICIAIRE

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

## COTISATIONS

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

## DÉLAI DE FRANCHISE

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

## ENTREPRISE OU ADHÉRENTE

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

## GARANTIE

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

## MALADIE

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

## PARTICIPANT

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

## PRESTATION

Exécution de la garantie par l'Institution.

## RISQUE

Événement 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 L.242-1 du Code de la sécurité sociale.

## SINISTRE

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

## TRANCHES SOUMISES À COTISATIONS SOCIALES

Ces tranches sont déterminées comme suit :

- Tranche 1 : Fraction de la rémunération limitée au montant du Plafond Annuel de la Sécurité sociale (PASS).
- Tranche 2 : Fraction de la rémunération comprise entre 1 et 4 fois le montant du Plafond Annuel de la Sécurité Sociale (PASS).



**MALAKOFF HUMANIS PRÉVOYANCE**

Institution de prévoyance régie par le Titre III du Livre IX du Code de la sécurité sociale, située au 21 rue Laffitte 75009 Paris



**OCIRP**

Organisme commun des institutions de rentes et de prévoyance régi par le Code de la sécurité sociale – 17 rue de Marignan, 75008 Paris



**KLESIA PRÉVOYANCE**

Institution de prévoyance régie par le Titre III du Livre IX du Code de la sécurité sociale, située 4 rue Georges Picquart, 75017 Paris



**APICIL PRÉVOYANCE**

Institution de prévoyance régie par le Titre III du Livre IX du Code de la sécurité sociale, située au 38 rue François Peissel, 69300 Caluire et Cuire

