



PRÉVOYANCE

Organismes de formation

Contrat collectif à adhésion obligatoire

CONDITIONS GÉNÉRALES

1er janvier 2021

SOMMAIRE

LEXIQUE

TITRE 1 - DISPOSITIONS COMMUNES	7
ARTICLE 1 - OBJET DU CONTRAT	7
1.1. L'Accord de prévoyance du 3 juillet 1992	7
1.2. Les organismes assureurs	7
1.3. Degré élevé de solidarité	7
ARTICLE 2 - SOUSCRIPTION DU CONTRAT	8
2.1. Cadre juridique	8
2.2. Date d'effet, durée et renouvellement du contrat	8
2.3. Obligations d'information du souscripteur	9
ARTICLE 3 - CONDITIONS DE REPRISE DES EN-COURS À LA DATE D'EFFET DU CONTRAT	10
3.1. En présence d'un contrat de prévoyance souscrit antérieurement	10
3.2. En l'absence d'un contrat de prévoyance souscrit antérieurement	10
ARTICLE 4 - RÉSILIATION DU CONTRAT	11
4.1. Modalités de résiliation du contrat	11
4.2. Information des assurés	11
4.3. Conséquences de la résiliation pour les assurés	11
ARTICLE 5 - RÉVISION DU CONTRAT	12
5.1. Evolutions conventionnelles et réglementaires	12
5.2. Modalités de révision	12
ARTICLE 6 - AFFILIATION DES SALARIÉS	13
6.1. Conditions et formalités d'affiliation des salariés	13
6.2. Information des salariés	13
ARTICLE 7 - PRISE D'EFFET DE L'AFFILIATION ET DES GARANTIES	13
7.1. Prise d'effet de l'affiliation	13
7.2. Prise d'effet des garanties	13
7.3. Modifications des garanties en cours de contrat	13
ARTICLE 8 - CESSATION DE L'AFFILIATION ET DES GARANTIES	14
8.1. Cessation de l'affiliation	14
8.2. Cessation des garanties	14
ARTICLE 9 - MAINTIEN DES GARANTIES	14
9.1. En cas de suspension du contrat de travail	14
9.2. En cas de cessation du contrat de travail ouvrant droit à indemnisation par le régime d'assurance chômage (portabilité)	15
9.3. Maintien des garanties décès après rupture du contrat de travail	15
ARTICLE 10 - COTISATIONS	16
10.1. Base de calcul des cotisations	16
10.2. Modalités de paiement des cotisations	16
10.3. Défaut de paiement des cotisations	16

ARTICLE 11 - PRESTATIONS	17
11.1. Base de calcul des prestations	17
11.2. Modalités d'ouverture du droit à prestation et délai de transmission des pièces justificatives	17
11.3. Revalorisation	18
11.4. Revalorisation spécifique des prestations décès	18
ARTICLE 12 - EXCLUSIONS	19
ARTICLE 13 - RÉFÉRENCES LÉGALES	19
13.1. Déchéance	19
13.2. Prescription	19
13.3. Subrogation	20
13.4. Réclamation - Médiation	20
13.5. Juridiction compétente	21
13.6. Protection des données à caractère personnel	21
13.7. Organisme de contrôle	22
TITRE 2 - DISPOSITIONS PARTICULIÈRES À CHAQUE GARANTIE	23
ARTICLE 14 - GARANTIE CAPITAL DÉCÈS	23
14.1. En cas de décès toutes causes	23
14.2. En cas de décès accidentel	24
14.3. En cas de perte totale et irréversible d'autonomie toutes causes	24
14.4. En cas de décès simultané ou postérieur du conjoint (double effet)	24
ARTICLE 15 - GARANTIE ALLOCATION OBSÈQUES	25
ARTICLE 16 - GARANTIE RENTE D'ÉDUCATION	25
16.1. Définition de la garantie	25
16.2. Définition des enfants à charge	25
16.3. Modalités et durée de versement de la rente	26
ARTICLE 17 - GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL	26
17.1. Définition de la garantie	26
17.2. Montant des prestations	27
17.3. Franchise	27
17.4. Reprise du travail pour motif thérapeutique	27
17.5. Modalités et durée de versement des prestations	27
ARTICLE 18 - GARANTIE INVALIDITÉ OU INCAPACITÉ PERMANENTE	28
18.1. Définition de la garantie	28
18.2. Reprise d'activité	28
18.3. Montant des prestations	28
18.4. Modalités et durée de versement des prestations	28
ARTICLE 19 - DISPOSITIONS COMMUNES AUX GARANTIES INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL ET INVALIDITÉ / INCAPACITÉ PERMANENTE	29
19.1. Règle de cumul	29
19.2. Prélèvements sociaux et impôt à la source	29
19.3. Contrôle médical	29
ARTICLE 20 - PIÈCES JUSTIFICATIVES	31
TITRE 3 - COORDONNÉES DES ORGANISMES ASSUREURS	34

LEXIQUE

Dans le contrat, les termes suivants sont utilisés :

Les organismes assureurs	<ul style="list-style-type: none">▪ APICIL Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le Code de la sécurité sociale, Siège social : 38 rue François PEISSEL - 69300 Caluire et Cuire, N° SIREN 321 862 500.▪ Ocirp (Organisme Commun des Institutions des Rentes et de Prévoyance), Union d'institutions régie par l'article L.931-2 du Code de la sécurité sociale, Siège social : 17 rue de Marignan - 75008 Paris, assureur de la rente d'éducation.
L'organisme assureur	<p>L'organisme assureur auprès duquel l'entreprise a souscrit son contrat APICIL Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le Code de la sécurité sociale, Siège social : 38 rue François PEISSEL - 69300 Caluire et Cuire, N° SIREN 321 862 500, est l'interlocuteur unique de l'entreprise et de la catégorie assurée.</p> <p>L'organisme assureur est habilité à gérer la garantie rente d'éducation assurée par l'Ocirp.</p>
L'Accord de prévoyance	<p>L'accord de branche du 3 juillet 1992 instituant le régime conventionnel de prévoyance, tel que modifié en dernier lieu par l'avenant du 1^{er} décembre 2020.</p>
Le souscripteur	<p>La personne morale qui a conclu le contrat avec l'organisme assureur au bénéfice des salariés appartenant à la catégorie assurée.</p>
La catégorie assurée	<p>L'ensemble des salariés du souscripteur appartenant à la catégorie assurée définie aux conditions particulières, répondant aux conditions d'affiliation prévues à l'article 6.1. « Conditions et formalités d'affiliation des salariés ».</p>
L'assuré	<p>La personne physique, affiliée au contrat, sur la tête de laquelle repose le risque et appartenant à la catégorie assurée.</p>
Le conjoint	<p>Il est entendu par conjoint : le conjoint, à défaut le partenaire lié par un pacte civil de solidarité (pacs) et à défaut le concubin :</p> <ul style="list-style-type: none">▪ L'époux ou l'épouse de l'assuré non-séparé(e) de corps, ni divorcé(e),▪ La personne liée à l'assuré par un pacte civil de solidarité (PACS).▪ Le concubin ou la concubine de l'assuré au sens de l'article 515-8 du Code civil, lorsqu'à la date du sinistre générateur de garantie le/la concubin(e) peut justifier d'une communauté de vie d'au moins deux ans et/ou qu'un enfant commun soit né de leur union. Le/la concubin(e) n'est pas assimilé(e) au conjoint lorsque l'assuré ou le/la concubin(e) est par ailleurs marié(e) à un tiers ou lié(e) par un pacte civil de solidarité (PACS). <p>Le conjoint non assuré au régime conventionnel de prévoyance est le conjoint qui n'est pas couvert lui-même directement dans le cadre du champ d'application de l'Accord de prévoyance.</p>

<p>Les enfants à charge</p>	<p>Sont considérés comme enfants à charge de l'assuré, les enfants mineurs nés ou à naître, reconnus par l'assuré ou son conjoint au sens du contrat et/ou rattachés à l'un de leur foyer fiscal.</p> <p>Sont également considérés comme à charge de l'assuré jusqu'à leur 26^e anniversaire, les enfants majeurs répondant aux critères de reconnaissance ou de rattachement fiscal précisé ci-dessus, lorsqu'ils poursuivent des études.</p> <p>Cette définition s'applique sauf dérogation expresse aux conditions générales.</p>
<p>Les personnes à charge</p>	<p>Sont considérés comme personnes à charge de l'assuré :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ les enfants à charge définis ci-avant ; ▪ tout ascendant ou descendant atteint d'un handicap l'empêchant de se livrer à une quelconque activité rémunératrice, non bénéficiaire d'une pension de vieillesse, titulaire d'une carte d'invalidité ou de la carte mobilité inclusion portant la mention « invalidité » prévue à l'article L. 241-3 du Code de l'action sociale et des familles, et rattaché à son foyer fiscal.
<p>Les bénéficiaires</p>	<p>Les personnes mentionnées à chaque garantie pouvant recevoir des prestations.</p>
<p>Accident</p>	<p>Toute atteinte à l'intégrité physique, non intentionnelle et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure à l'assuré.</p>
<p>Maladie</p>	<p>Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.</p>
<p>Affection de longue durée (ALD)</p>	<p>Affections dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessite un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse et pour lesquelles l'assuré bénéficie de l'exonération du ticket modérateur au titre du remboursement de ses frais de santé par la Sécurité sociale.</p>
<p>Sinistre</p>	<p>Réalisation du risque.</p>
<p>L'acte authentique</p>	<p>Acte rédigé et reçu par un officier public ayant le droit d'instrumenter dans le lieu où l'acte a été rédigé et avec les solennités requises.</p>
<p>L'acte sous seing privé</p>	<p>Acte juridique rédigé par les parties à l'acte ou par un tiers dès lors que celui-ci n'agit pas en tant qu'officier public.</p>
<p>DSN</p>	<p>La déclaration sociale nominative est un fichier mensuel centralisé produit à partir de la paie et destiné à communiquer des informations nécessaires à la gestion de la protection sociale des salariés aux organismes et administrations concernées.</p>
<p>Plafond annuel de la Sécurité sociale</p>	<p>Salaires de référence fixés annuellement par arrêté publié au journal officiel qui sert au calcul des tranches de cotisations sociales. Son évolution est consultable sur www.securite-sociale.fr</p>
<p>Portabilité</p>	<p>Le maintien des garanties de prévoyance accordé aux anciens salariés demandeurs d'emploi indemnisés par l'assurance chômage et bénéficiaires de ce dispositif en vertu de l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale.</p>

**Sécurité sociale
(Régime obligatoire)**

Régime général ou local de Sécurité sociale française dont dépendent les bénéficiaires tels que définis au Lexique.

Les tranches de salaire

Le salaire étant ventilé en tranches de salaire 1 et 2, celles-ci s'entendent ainsi :

- Tranche 1 (T1) : tranche de salaire limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale ;
- Tranche 2 (T2) : tranche de salaire comprise entre une fois et huit fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.

TITRE 1 - DISPOSITIONS COMMUNES

ARTICLE 1 - OBJET DU CONTRAT

1.1. L'Accord de prévoyance du 3 juillet 1992

Le souscripteur doit relever de la Convention Collective Nationale des Organismes de Formation (IDCC 1516).

Les partenaires sociaux de la branche professionnelle des organismes de formation ont instauré, par accord du 3 juillet 1992 (incluant les avenants postérieurs et tel que modifié en dernier lieu par l'avenant du 1^{er} décembre 2020), un régime conventionnel de prévoyance au plan national bénéficiant à l'ensemble des salariés relevant du champ d'application de la Convention collective nationale susvisée.

Le régime conventionnel de prévoyance comporte des garanties en cas de décès ou d'invalidité totale et définitive ainsi que des garanties en cas d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité / incapacité permanente.

Dans le reste des présentes conditions générales, le terme « invalidité totale et définitive » est remplacé par « perte totale et irréversible d'autonomie » ou « PTIA ».

Les catégories de personnels bénéficiaires des garanties précitées sont les suivantes, selon la ou les catégorie(s) retenue(s) mentionnée(s) aux conditions particulières :

- **le personnel non bénéficiaire de l'article 2 de l'ANI du 17 novembre 2017 (anciennement « personnel non affilié à l'AGIRC »),**
- et
- **le personnel bénéficiaire de l'article 2 de l'ANI du 17 novembre 2017 (anciennement « personnel affilié à l'AGIRC »).**

1.2. Les organismes assureurs

Les garanties en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie (à l'exclusion de la garantie rente d'éducation) et en cas d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité / incapacité permanente sont assurées par :

- **APICIL Prévoyance**, Institution de prévoyance régie par le Code de la sécurité sociale, Siège social : 38 rue François Peissel - 69300 Caluire et Cuire,

La garantie rente d'éducation est assurée par :

- **l'Ocirp** (Organisme Commun des Institutions de Rentes et de Prévoyance), Union d'institutions de prévoyance régie par l'article L.931-2 du Code de la sécurité sociale, Siège social : 17 rue de Marignan 75008 Paris.

APICIL Prévoyance a reçu mandat de l'Ocirp pour gérer la garantie assurée par cette Union (adhésion des entreprises, gestion des cotisations et des prestations). L'Ocirp reste seule responsable de la bonne fin des prestations vis-à-vis des assurés, des bénéficiaires et des ayants droit.

APICIL Prévoyance, organisme assureur recommandé recevant l'adhésion de l'entreprise, est gestionnaire de l'ensemble des garanties, y compris celles qui sont assurées par l'Ocirp.

1.3. Degré élevé de solidarité

Outre la mise en place du régime conventionnel de prévoyance, l'Accord de prévoyance a institué un fonds de solidarité permettant notamment la mise en œuvre de garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité, et ce afin de satisfaire aux dispositions de l'article L.912-1 du Code de la sécurité sociale.

À ce titre peuvent notamment être prévues :

- la mise en place d'actions collectives de prévention,
- la prise en charge totale ou partielle de la cotisation de certaines catégories de salariés dont la situation le justifie.

Les orientations des actions de prévention et les modalités de prise en charge totale ou partielle de la cotisation sont déterminées par la Commission paritaire nationale. Leur octroi est donc subordonné à ces décisions, ceci dans la limite des fonds alloués à leur financement (lors de la mise en œuvre des présentes conditions générales, le financement est fixé à 2 % des cotisations hors taxes).

Les partenaires sociaux de la branche professionnelle dont relève l'entreprise ont précisé les prestations non contributives (allouées dans la limite du fonds dédié susmentionné), lesquelles sont rappelées ci-après :

- la prise en charge, sans avance de frais, d'un service en ligne de 2ème avis médical dans la limite des frais réels, plafonnée à 300 €, pour les salariés relevant de la classification « maladies redoutées » selon la liste définie à l'article D.160-4 du Code de la sécurité sociale. Il s'agit d'éclairer le salarié et de lui faire bénéficier d'une seconde expertise médicale, par un expert de la maladie, pour prendre connaissance des alternatives au diagnostic ou au traitement ;
- le versement d'aides pour les salariés en « situation d'aidant », c'est-à-dire éligibles au congé de proche aidant défini aux articles L.3142-16 et D.3142-8 du Code du travail. Cette aide est conditionnée à une rémunération du salarié plafonnée à 2 plafonds annuels de la Sécurité sociale et prendra la forme :
 - d'une participation de 30 € / jour limitée à 900€ / mois sur 3 mois, consécutifs ou fractionnés, sur une période maximale d'un an pour ceux qui bénéficient d'un congé de proche aidant,
 - pour ceux qui ne solliciteraient pas de congé de proche aidant, bien qu'éligibles, la participation (identique à celle précisée ci-dessus) prendra la forme d'une aide financière limitée à 3 mois versée sur présentation de justificatifs, dont le montant de 30 € / jour ou 900 € / mois sera proratisé, le cas échéant, en fonction du temps de travail,
- le versement d'aides aux salariés atteints d'une pathologie relevant de la classification « maladies redoutées » dont la liste est définie à l'article D.160-4 du Code de la sécurité sociale et selon un plafond de ressources apprécié au cas par cas par la Commission Paritaire de Prévoyance et Santé (CPPS) ;
- la prise en charge de l'intégralité de la cotisation prévoyance relative aux garanties décès (garanties capital décès / allocation d'obsèques / rente éducation) pour les salariés en congé parental d'éducation à temps plein, uniquement pour une période d'un an.

ARTICLE 2 - SOUSCRIPTION DU CONTRAT

2.1. Cadre juridique

Le présent contrat est un **contrat collectif à adhésion obligatoire** mis en œuvre en application de l'Accord de prévoyance défini au Lexique et dans le respect du contrat cadre et de la convention de gestion établis entre les partenaires sociaux de la branche d'une part, et les organismes assureurs d'autre part.

Seules les entreprises entrant dans le champ d'application de l'Accord de prévoyance peuvent souscrire le contrat.

L'entreprise souhaitant souscrire un contrat dans le cadre des présentes conditions générales doit remplir une demande d'adhésion auprès d'APICIL Prévoyance, qui **devient alors l'interlocuteur unique de l'entreprise et des assurés pour l'ensemble des opérations découlant du contrat.**

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.

Le présent contrat est composé de deux parties indissociables :

- **les présentes conditions générales** définissant les obligations réciproques des parties ainsi que les modalités d'application des garanties assurées ;
- **les conditions particulières** fixant notamment :
 - la date d'effet du contrat ;
 - les catégories de personnel effectivement couvertes ;
 - les garanties assurées, la nature et le montant des prestations ;
 - les taux de cotisations ;
 - le cas échéant les clauses spécifiques.

Il est susceptible d'être complété d'avenants en modifiant les dispositions.

2.2. Date d'effet, durée et renouvellement du contrat

Le contrat prend effet à la date indiquée aux conditions particulières et expire au 31 décembre suivant.

Il se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année pour des périodes successives d'un an, sauf résiliation dans les conditions visées à l'article 4.1.

2.3. Obligations d'information du souscripteur

2.3.1. Obligations déclaratives

Si les données nécessaires à l'affiliation et à l'enregistrement des garanties n'entrent pas dans le périmètre de la DSN ou ne sont pas traitées par l'organisme assureur via la DSN, le souscripteur doit fournir à l'organisme assureur les éléments suivants :

A la souscription du contrat

Le souscripteur s'engage à adresser à l'organisme assureur :

- La liste nominative du personnel avec indication pour chaque intéressé de ses nom, prénom, année et lieu de naissance, et le cas échéant de sa situation de famille ;
La liste précitée doit impérativement indiquer :
 - si le contrat de travail est suspendu, avec indication de la date d'effet de la suspension et du motif ;
 - si l'assuré exerce son activité avec réduction d'horaire pour raison de santé ;
 - si l'assuré bénéficie du dispositif « cumul emploi-retraite » ;
- lorsque l'organisme assureur le demande : les bulletins individuels d'affiliation complétés et signés par la totalité des personnes répondant à la définition des personnes assurables.

Le souscripteur s'engage à déclarer tous les assurés au contrat dont :

- les anciens salariés bénéficiant de la portabilité et couverts à ce titre par un contrat collectif à adhésion obligatoire immédiatement antérieur, de la date d'effet du présent contrat jusqu'à expiration de leurs droits ;
- les salariés et anciens salariés en incapacité temporaire de travail ou en invalidité / incapacité permanente ;
- les bénéficiaires de rente d'éducation en cours de service.

Cette déclaration doit être effectuée sur le formulaire « Etat des risques en cours » (formulaire mis à disposition).

Elle doit être accompagnée du montant et de l'expression des garanties de même nature précédemment assurées par un autre organisme assureur, des éléments servant de base au calcul des prestations servies ainsi que de leurs conditions d'attribution et de versement.

En cours de contrat

Le souscripteur doit également :

- lorsque l'organisme assureur le demande : communiquer les bulletins individuels d'affiliation complétés et signés par les salariés entrant dans la catégorie assurée ;
- signaler les modifications de situation professionnelle et familiale des assurés ;
- informer de la rupture des contrats de travail des salariés éligibles au maintien des garanties conformément à l'article 9.2. « En cas de cessation du contrat de travail ouvrant droit à indemnisation par le régime d'assurance chômage (portabilité) » ;
- informer du décès de ses salariés.

2.3.2. Les autres obligations et pièces justificatives

Le souscripteur doit :

- adresser à l'organisme assureur un exemplaire du contrat dûment signé ;
- s'acquitter de la cotisation, conformément à l'article 10 « Cotisations » ;
- dans le cadre de la DSN, exploiter le CRM (compte rendu métier) et effectuer toutes les modifications nécessaires afin que ces DSN deviennent exploitables ;
- transmettre à l'organisme assureur sauf si ces informations entrent dans le périmètre de la DSN :
 - chaque trimestre les modifications de la situation professionnelle des salariés et, le cas échéant, familiale sur un bordereau fourni par l'organisme assureur à cet effet ;
 - chaque trimestre, le nombre de salariés à la fin du trimestre civil concerné ainsi que l'assiette ou les assiettes servant de base au calcul des cotisations pour la période concernée ;
 - à la fin de chaque exercice civil, au plus tard le 31 janvier suivant, un état relatif à l'exercice écoulé concernant les salariés déjà affiliés ou restant à affilier. Cet état nominatif comporte les nom, prénom, numéro de Sécurité sociale, le cas échéant, dates d'entrée ou de sortie au cours de l'exercice visé, les salaires bruts annuels ventilés selon les différentes tranches et d'une manière générale tout élément à prendre en compte pour que l'organisme assureur procède au calcul des cotisations annuelles (notamment dates d'entrée et/ou de sortie des effectifs, catégorie professionnelle, périodes de suspension de contrat de travail, périodes de portabilité, etc.) ;

- s'engager à remettre à chacun de ces salariés l'imprimé leur permettant de déclarer ou changer de bénéficiaires ;
- en cas d'événement ouvrant droit aux prestations, le souscripteur doit transmettre dans les délais prévus à l'article 11.2. « Modalités d'ouverture du droit à prestation et délai de transmission des pièces justificatives » les pièces nécessaires au règlement des prestations telles qu'énumérées à l'article 20 « Pièces justificatives ».

2.3.3. Obligations liées à la territorialité

Les garanties sont acquises aux assurés exerçant leur activité sur le territoire français y compris les départements et collectivités d'outre-mer, ainsi qu'en cas de détachement (au sens de la législation de Sécurité sociale française) dans ou hors pays de l'Union Européenne. En présence d'un régime local dans ou hors Union Européenne, le régime de prévoyance s'applique en complément de la couverture sociale de base assurée au plan local, dans la limite de l'engagement de l'organisme assureur selon les modalités en vigueur en France.

ARTICLE 3 - CONDITIONS DE REPRISE DES EN-COURS À LA DATE D'EFFET DU CONTRAT

3.1. En présence d'un contrat de prévoyance souscrit antérieurement

3.1.1. Salariés ou anciens salariés en arrêt de travail et autres bénéficiaires de prestations périodiques

Les salariés ou anciens salariés en arrêt de travail ou ayants droit, bénéficiaires de prestations périodiques, déclarés dans l'état des risques en cours » (document remis par l'organisme assureur et devant être complété par le souscripteur) bénéficiant, à la date de prise d'effet du présent contrat :

- pour les assurés, de la revalorisation des prestations périodiques (indemnités journalières, rentes d'invalidité/incapacité permanente) en cours de service, que leur contrat de travail soit rompu ou non ;
- et de l'éventuel différentiel de prestations pour le maintien des garanties décès si les garanties assurées par le précédent organisme assureur sont inférieures aux dispositions du présent contrat, et si le contrat de travail n'est pas rompu ;
- pour les autres bénéficiaires, de la revalorisation des prestations périodiques (rente éducation) servies.

La prise en charge des risques en cours à la date d'effet du contrat collectif ne donnera pas lieu à tarification supplémentaire pour l'entreprise adhérente concernée.

Le maintien des garanties décès peut également être pris en charge au profit des bénéficiaires d'indemnités journalières ou de rentes d'invalidité/incapacité permanente versées ou à verser par le précédent organisme assureur en cas de transfert d'engagement de celui-ci (provisions constituées) vers l'organisme assureur, que le contrat de travail soit rompu ou non.

3.1.2. Anciens salariés bénéficiant d'un maintien de garantie (portabilité)

Les anciens salariés indemnisés par le régime d'assurance chômage dans les conditions prévues à l'article 9.2. « En cas de cessation du contrat de travail ouvrant droit à indemnisation par le régime d'assurance chômage (portabilité) » qui, à la date de prise d'effet du contrat, demeurent bénéficiaires d'un maintien de garanties, sont garantis, pour la période du droit à maintien restant à courir, dans les conditions prévues au présent contrat. Toutefois, dans le cas où le précédent organisme assureur maintient sa garantie pour la période restant à courir, l'organisme assureur ne prend en charge que le différentiel éventuel. Ces anciens salariés doivent être déclarés dans « l'état des risques en cours » remis par l'organisme assureur.

3.2. En l'absence d'un contrat de prévoyance souscrit antérieurement

Les salariés non radiés des effectifs, y compris les salariés en arrêt de travail pour maladie ou accident à la date de prise d'effet du présent contrat, bénéficient de l'ensemble des garanties dudit contrat.

Le coût de la prise en charge des risques en cours à la date d'effet du contrat est calculé par l'organisme assureur. Il pourra prendre la forme d'une prime unique ou d'une sur-cotisation à la charge exclusive du souscripteur. Ils doivent être déclarés dans « l'état des risques en cours » remis par l'organisme assureur.

ARTICLE 4 - RÉSILIATION DU CONTRAT

4.1. Modalités de résiliation du contrat

Le souscripteur peut résilier le contrat :

- en cas de refus de nouvelles conditions contractuelles, dans les conditions visées à l'article 5.2 « Modalités de révision » ;
- à l'échéance annuelle du 31 décembre, sous réserve d'en informer l'organisme assureur deux (2) mois au moins avant chaque date de renouvellement, soit au plus tard le 31 octobre (le cas échéant le cachet de la poste faisant foi).

Le souscripteur peut adresser sa demande en application des dispositions prévues par la loi n°2019-733 du 14 juillet 2019 :

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

Les moyens de notification retenus par chaque organisme assureur sont précisés au Titre 3 « Coordonnées des organismes assureurs ».

Le destinataire confirme par écrit la réception de la notification.

D'autre part, le souscripteur ou, le cas échéant, l'entreprise l'ayant absorbée doit informer sans délai l'organisme assureur par l'un des moyens exposés ci-avant de tout changement d'activité ayant pour conséquence de le placer en dehors du champ d'application de l'Accord de prévoyance (notamment à l'occasion d'opérations de fusion-absorption, de restructuration, de regroupements d'activités...). En pareil cas, le contrat sera résilié au plus tard à l'expiration de la période de survie de douze mois prévu à l'article L.2261-14 du Code du travail.

L'organisme assureur peut résilier le contrat :

- en cas de non-paiement des cotisations, dans les conditions visées à l'article 10.3 ;
- à l'échéance annuelle du 31 décembre, sous réserve d'en informer le souscripteur par lettre recommandée, en respectant un préavis de deux (2) mois au moins avant chaque date de renouvellement, soit au plus tard le 31 octobre (le cachet de la poste faisant foi).

En cas de cessation de la recommandation, la continuité de la couverture d'assurance est garantie ; le contrat perdure tant qu'il n'est pas résilié à l'initiative du souscripteur ou de l'organisme assureur, notamment à l'échéance annuelle du 31 décembre dans les conditions définies ci-avant.

4.2. Information des assurés

Quelles que soient l'origine et la cause de la résiliation, le souscripteur s'engage à en informer l'ensemble des assurés, ainsi que des conséquences précisées ci-après.

4.3. Conséquences de la résiliation pour les assurés

4.3.1. Pour les salariés en activité ou anciens salariés bénéficiant d'un maintien de garanties (hors incapacité temporaire de travail ou invalidité / incapacité permanente)

Les garanties prennent fin de plein droit à la date d'effet de la résiliation ou du non-renouvellement du contrat, pour tous les assurés, qu'ils soient en activité ou dont le contrat de travail est suspendu ou rompu dans les conditions prévues aux articles 9.1. « En cas de suspension du contrat de travail » et 9.2 « En cas de cessation du contrat de travail ouvrant droit à indemnisation par le régime d'assurance chômage (portabilité) ».

Les assurés disposent de la faculté de solliciter une adhésion, à titre individuel, aux conditions et tarifs en vigueur à l'un des régimes présentés par l'organisme assureur. Ils doivent en faire la demande dans un délai de 6 mois suivant la date d'effet de la résiliation du contrat.

4.3.2. Pour les salariés ou anciens salariés en incapacité temporaire de travail ou en invalidité / incapacité permanente

Les salariés ou anciens salariés en incapacité temporaire de travail ou en invalidité / incapacité permanente demeurent bénéficiaires des garanties incapacité temporaire de travail et invalidité / incapacité permanente dès lors que les prestations, immédiates ou différées (invalidité), sont acquises ou nées auprès de l'organisme assureur antérieurement à la résiliation ou au non-renouvellement du contrat.

Les prestations continuent d'être versées à un niveau au moins égal à celui de la dernière prestation due ou payée avant la résiliation ou le non-renouvellement et d'être revalorisées dans les conditions prévues à l'article 11.3 « Revalorisation ».

Les assurés susvisés continuent de bénéficier des garanties décès, tant que :

- ils remplissent les conditions requises pour bénéficier des prestations en cas d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité / incapacité permanente au titre du présent contrat ;
- ils perçoivent une prestation en cas d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité / incapacité permanente de la part de la Sécurité sociale ;
- ils n'ont pas liquidé la pension de vieillesse du régime de base de la Sécurité sociale ou du régime complémentaire unifié AGIRC - ARRCO. Par exception, en cas de cumul emploi-retraite, les garanties décès seront maintenues pendant la période de versement des indemnités journalières de la Sécurité sociale.

Les garanties décès qui s'appliquent sont celles en vigueur à la date de la résiliation pour les salariés présents à l'effectif et, pour les anciens salariés, les garanties décès en vigueur à la date de leur radiation des effectifs ou à la date de fin de leur période de maintien des garanties (cas des anciens salariés indemnisés par le régime d'assurance chômage visé à l'article 9.2 « En cas de cessation du contrat de travail ouvrant droit à indemnisation par le régime d'assurance chômage (portabilité) »).

4.3.3. Pour les bénéficiaires de la garantie rente d'éducation

Les rentes d'éducation, en cours de service ou nées auprès de l'Ocirp antérieurement à la résiliation ou au non-renouvellement du contrat, sont versées et revalorisées jusqu'à leur terme.

ARTICLE 5 - RÉVISION DU CONTRAT

5.1. Evolutions conventionnelles et règlementaires

Le contrat a vocation à être conforme aux dispositions conventionnelles dont relève le souscripteur. Dans le cas où les partenaires sociaux apportent des modifications à l'Accord de prévoyance, le présent contrat sera modifié en conséquence.

Les garanties et les taux de cotisations sont définis en fonction de la législation et de la réglementation en vigueur à la date de leur prise d'effet.

En cas d'instauration ou de modification par les pouvoirs publics de taxes, contributions ou charges de toute nature, assises sur les cotisations et/ou en cas de modification de la législation ou de la réglementation, l'organisme assureur est fondé à les répercuter sur le présent contrat.

Pour les garanties dont les montants et modalités sont établis en considération de conditions en vigueur dans d'autres régimes (Sécurité sociale, etc.), les changements apportés à ces conditions postérieurement à la date de prise d'effet du présent contrat ne sauraient avoir pour effet d'augmenter l'étendue des engagements de l'organisme assureur qui sera, en pareil cas, fondé à apporter à l'expression de ses garanties, les aménagements nécessaires.

5.2. Modalités de révision

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

Le souscripteur peut refuser la proposition de l'organisme assureur dans les trente (30) jours qui suivent la réception de l'avenant portant modification **en envoyant sa demande de résiliation par l'un des moyens exposés à l'article 4.1. « Modalités de résiliation du contrat »**. Le contrat est alors résilié le dernier jour du trimestre civil au cours duquel le délai susvisé expire.

En cas d'absence de réponse dans les trente (30) jours de l'envoi de la notification par lettre recommandée de l'organisme assureur, l'organisme assureur considérera que le souscripteur a accepté les nouvelles conditions. Elles prendront effet à la date de modification mentionnée sur l'avenant.

Jusqu'à la date d'effet de la modification du contrat, les dispositions antérieures continuent à s'appliquer au contrat.

ARTICLE 6 - AFFILIATION DES SALARIÉS

6.1. Conditions et formalités d'affiliation des salariés

Le souscripteur s'engage à affilier tous les salariés présents et futurs appartenant à la (aux) catégorie(s) de personnel définie(s) aux conditions particulières, le cas échéant, au moyen du bulletin individuel d'affiliation mis à disposition par l'organisme assureur.

La notion de salariés comprend également :

- les anciens salariés du souscripteur bénéficiant de la portabilité et couverts à ce titre par un contrat d'assurance collectif à adhésion obligatoire immédiatement antérieur, de la date d'effet du contrat jusqu'à expiration de leurs droits ;
- les salariés en arrêt de travail à la date d'effet du contrat, sous déduction des éventuelles prestations versées par le précédent organisme assureur, et selon les conditions et modalités de financement spécifiées aux conditions particulières.

6.2. Information des salariés

L'organisme assureur établit et remet au souscripteur un exemplaire de la notice d'information définissant les garanties souscrites, leurs modalités d'entrée en vigueur, ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre.

Conformément aux dispositions légales :

- Il est de la responsabilité du souscripteur de remettre aux assurés la notice d'information établie par l'organisme assureur et de porter à la connaissance des assurés les modifications apportées à leurs droits et obligations.
- La preuve de la remise de la notice d'information ou de l'information relative aux modifications des droits et obligations incombe au souscripteur.

ARTICLE 7 - PRISE D'EFFET DE L'AFFILIATION ET DES GARANTIES

7.1. Prise d'effet de l'affiliation

Les salariés sont couverts pour autant qu'ils appartiennent à la (aux) catégorie(s) de personnel définie(s) aux conditions particulières.

7.1.1. A la souscription du contrat

L'affiliation des salariés prend effet à la même date que le contrat.

7.1.2. En cours de contrat

L'affiliation des personnes assurables prend effet à la date d'entrée dans la catégorie assurée (embauche, promotion, ...).

7.2. Prise d'effet des garanties

Les garanties prennent effet, pour chaque assuré, à la date d'effet de son affiliation.

7.3. Modifications des garanties en cours de contrat

En cas de modification des garanties incapacité temporaire de travail, invalidité / incapacité permanente et/ou décès, les assurés, dont les garanties sont maintenues au titre de la portabilité, sont couverts selon les nouvelles garanties.

En cas de modification des garanties incapacité temporaire de travail et invalidité / incapacité permanente, les assurés en arrêt de travail pour maladie ou accident restent couverts selon les modalités contractuelles en vigueur à la date du sinistre.

En cas de modification des garanties décès, les assurés en arrêt de travail pour maladie ou accident, figurant toujours aux effectifs, sont garantis suivant ces nouvelles modalités.

Si leur contrat de travail est rompu, ils seront couverts selon les modalités en vigueur à la date de radiation des effectifs.

ARTICLE 8 - CESSATION DE L’AFFILIATION ET DES GARANTIES

8.1. Cessation de l’affiliation

L’affiliation au contrat prend fin pour chaque assuré dans les cas suivants :

- en cas de non-paiement des cotisations dans les conditions prévues à l’article 10.3. « Défaut de paiement des cotisations » ;
- à la date à laquelle il cesse d’appartenir à la catégorie assurée ;
- à la date de suspension du contrat de travail sauf dans les cas prévus à l’article 9.1. « En cas de suspension du contrat de travail » ;
- à la date de rupture de son contrat de travail, quel qu’en soit le motif, sauf dans les cas prévus à l’article 9.2. « En cas de cessation du contrat de travail ouvrant droit à indemnisation par le régime d’assurance chômage (portabilité) » ;
- à la date de la liquidation normale ou anticipée de sa pension d’assurance vieillesse d’un régime obligatoire quel qu’en soit le motif, sauf cumul emploi retraite ;
- à la date de résiliation du contrat quel qu’en soit le motif, sauf application de l’article 4.3.2 « Pour les salariés ou anciens salariés en incapacité temporaire de travail ou en invalidité / incapacité permanente » ;
- à la date du décès de l’assuré.

8.2. Cessation des garanties

Les garanties cessent pour chaque assuré à la date de cessation de son affiliation.

ARTICLE 9 - MAINTIEN DES GARANTIES

9.1. En cas de suspension du contrat de travail

9.1.1. Principe

Les garanties sont suspendues de plein droit lorsque l’assuré, dont le contrat de travail est suspendu, ne bénéficie d’aucun maintien de salaire, sauf application des dispositions qui suivent.

Le souscripteur doit informer l’organisme assureur de la période suspension du contrat de travail dans un délai de trente (30) jours.

9.1.2. Suspension du contrat de travail rémunérée

Les garanties continuent à s’appliquer aux assurés dont le contrat de travail est suspendu, s’ils sont :

- bénéficiaires d’un maintien total ou partiel de salaire versé par le souscripteur ;
- ou
- en arrêt de travail, indemnisés à ce titre par la Sécurité sociale ou par un régime complémentaire de prévoyance que le souscripteur finance au moins pour partie ;
- ou
- bénéficiaires d’un revenu de remplacement versé par le souscripteur en raison :
 - d’une situation d’activité partielle ou activité partielle de longue durée (activité totalement suspendue ou réduction des horaires de travail)
 - de toute période de congé rémunéré par le souscripteur (reclassement, mobilité...).

En cas de maladie ou d’accident survenu pendant le congé maternité, entraînant la non-reprise du travail à l’issue du congé, les garanties sont maintenues.

9.1.3. Suspension du contrat de travail non rémunérée

En cas de suspension du contrat de travail non visé à l’article 9.1.2. ci-avant, les garanties sont suspendues dès le premier jour de la suspension du contrat de travail.

Pendant la durée des congés légaux non rémunérés ni indemnisés, et au maximum pendant douze mois, les garanties en cas de décès (garanties capital décès / allocation d’obsèques / rente éducation) peuvent toutefois être maintenues, à la demande de l’intéressé, moyennant le paiement d’une cotisation individuelle à la charge exclusive de l’assuré. Ce dispositif individuel est géré hors du présent contrat collectif.

Par exception, le fonds dédié au « Degré élevé de solidarité » finance dans la limite des sommes qui y sont allouées et uniquement pour une période d'un an, l'intégralité de la cotisation prévoyance relative aux garanties en cas de décès (garanties capital décès / allocation d'obsèques / rente éducation) pour les salariés en congé parental d'éducation à temps plein.

En cas d'invalidité réduisant ou empêchant la reprise d'activité à l'issue du congé, la garantie incapacité – invalidité s'applique à compter de cette date.

9.2. En cas de cessation du contrat de travail ouvrant droit à indemnisation par le régime d'assurance chômage (portabilité)

En cas de cessation du contrat de travail ouvrant droit à indemnisation par le régime d'assurance chômage, non consécutive à une faute lourde, l'assuré bénéficie à titre gratuit du maintien des garanties.

Le souscripteur doit en aviser l'organisme assureur dans un délai de trente jours qui suit la cessation du contrat de travail.

Le maintien des garanties prend effet au lendemain de la date de cessation du contrat de travail pour une période égale à la durée :

- d'indemnisation chômage, et dans la limite de la durée :
- du dernier contrat de travail de l'ancien salarié, ou le cas échéant,
- des derniers contrats de travail consécutifs chez le souscripteur.

Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, **sans pouvoir excéder douze (12) mois**. Les prestations sont versées directement à l'assuré.

Le maintien des garanties cesse à la date de :

- cessation du versement des allocations payées par le régime d'assurance chômage quel qu'en soit la cause ;
- liquidation de la pension de vieillesse du régime obligatoire de l'ancien salarié ;
- cessation de la durée de maintien à laquelle l'ancien salarié a droit ;
- résiliation du contrat.

Les indemnités journalières sont versées dans la limite du montant de l'allocation nette du régime obligatoire d'assurance chômage à laquelle l'assuré ouvre droit et qu'il aurait perçue au titre de la même période. Si l'allocation chômage due à l'assuré n'a pas encore été versée, celle-ci sera reconstituée sur la base des conditions du régime d'assurance chômage applicables au jour de l'incapacité.

En tout état de cause, les droits garantis par le présent contrat au titre de l'incapacité temporaire ne pourront pas conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage au titre de la même période.

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 maintien des garanties.

En cas de modification du contrat, les modifications de garanties sont appliquées à l'ancien salarié dans les conditions visées à l'article 7.3. « Modifications des garanties en cours de contrat ».

9.3. Maintien des garanties décès après rupture du contrat de travail

9.3.1. En cas d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité / incapacité permanente

Les garanties décès (garanties capital décès / allocation d'obsèques / rente éducation) sont maintenues aux assurés qui, à la date de rupture du contrat de travail (ou à la date d'expiration de la période de maintien de garantie prévues au contrat pour les anciens salariés indemnisés par le régime d'assurance chômage) sont en arrêt de travail, dès lors qu'ils sont et continuent d'être indemnisés par la Sécurité sociale au titre d'une incapacité temporaire de travail, d'une invalidité, d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, et ce jusqu'à la date de survenance de l'un des événements suivants :

- reprise d'une activité professionnelle ;
- cessation du versement des prestations par la Sécurité sociale au titre de l'état de maladie ou d'invalidité ;
- entrée en jouissance d'une pension de retraite servie par le régime général de la Sécurité sociale (sauf cas de cumul emploi-retraite).

Lorsque l'assuré reprend une activité partielle, le cas échéant auprès d'un autre employeur, le maintien de garantie porté sur la base de calcul des prestations définie à l'article 11.1 « base de calcul des prestations », diminuée du salaire de référence afférant à l'activité reprise.

9.3.2. En cas de rupture du contrat de travail sans indemnisation du régime d'assurance chômage

En cas de rupture du contrat de travail sans indemnisation par le régime d'assurance chômage, les garanties en cas de décès (garanties capital décès / allocation d'obsèques / rente éducation) peuvent être maintenues, à la demande de l'ancien salarié, moyennant le paiement d'une cotisation individuelle, jusqu'à la reprise d'une activité et, sans reprise d'activité, au maximum pendant une durée de douze mois. Ce dispositif individuel est géré en dehors du présent contrat.

ARTICLE 10 - COTISATIONS

10.1. Base de calcul des cotisations

La base de calcul des cotisations est exprimée en pourcentage du salaire brut servant de base aux cotisations de la Sécurité sociale, à l'exclusion :

- de la part déclarée à la Sécurité sociale des indemnités journalières complémentaires versées au titre du présent contrat ;
- de toutes sommes versées en raison de la rupture du contrat de travail (primes, indemnités et rappels), lors du départ de l'entreprise ou ultérieurement.

Les taux de cotisations, indiqués aux conditions particulières, sont limités au plafond des tranches de salaire 1 et 2 :

- Tranche 1 ou « T1 » : tranche de salaire limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale ;
- Tranche 2 ou « T2 » : tranche de salaire comprise entre une fois et huit fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.

Le salaire brut défini ci-dessus est limité au plafond de la tranche 2 pour l'ensemble du personnel.

Pour les salariés en suspension du contrat de travail bénéficiant du maintien de garanties et percevant un revenu de remplacement versé par le souscripteur en application de l'article 9.1.2 à compter du 1^{er} juillet 2021, la base de calcul des cotisations est égale au montant de l'indemnisation perçue dans le cadre de la suspension du contrat de travail.

Pour les salariés ou anciens salariés ayant demandé à bénéficier d'un maintien des garanties décès (garanties capital décès / allocation d'obsèques / rente éducation) moyennant le paiement d'une cotisation individuelle (suspension du contrat de travail sans rémunération ni indemnisation, rupture du contrat de travail sans indemnisation chômage) en application de l'article 9.1.3 ou de l'article 9.3.2, l'assiette fictive de cotisation sera calculée à partir des salaires des douze derniers mois d'activité, le cas échéant reconstitués en cas de période de référence inférieure à douze mois.

Enfin, par dérogation, aucune cotisation n'est due pour tout assuré bénéficiant des prestations du présent régime.

10.2. Modalités de paiement des cotisations

Les cotisations annuelles, y compris les taxes présentes ou futures et contributions éventuelles, sont payables trimestriellement à terme échu dans les quinze (15) premiers jours de chaque trimestre civil.

Le souscripteur est seule responsable du paiement des cotisations. À ce titre, il procède lui-même à leur calcul et à leur versement aux échéances prévues.

Le souscripteur doit respecter les obligations mentionnées à l'article 2.3.2. « Les autres obligations et pièces justificatives ».

10.3. Défaut de paiement des cotisations

En cas de non-paiement d'une cotisation au terme du délai de quinze (15) jours de son échéance, l'organisme assureur adresse une lettre recommandée de mise en demeure avec avis de réception au souscripteur.

Si le paiement n'intervient pas, les garanties sont suspendues trente (30) jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure et le contrat est résilié dix (10) jours après la date d'effet de la suspension.

La résiliation met fin aux garanties selon les modalités prévues à l'article 4.3. « Conséquences de la résiliation pour les assurés ».

Dans tous les cas, les cotisations antérieures à la date de résiliation du contrat restent dues. L'organisme assureur a la faculté d'en poursuivre le recouvrement par tous moyens de droit.

ARTICLE 11 - PRESTATIONS

11.1. Base de calcul des prestations

La base de calcul des prestations correspond au salaire brut servant de base au calcul des cotisations de Sécurité sociale au cours des douze (12) mois précédant l'événement ouvrant droit à prestation, perçu au titre d'activités salariées effectuées dans les entreprises relevant du champ d'application de la convention collective nationale. Il est calculé en tenant compte de tous les éléments du salaire (13^e mois, primes, avantages en nature).

La base de calcul des prestations est limitée aux tranches de salaire 1 et 2 pour les garanties concernées :

- Tranche 1 (« T1 ») : tranche de salaire limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale ;
- Tranche 2 (« T2 ») : tranche de salaire comprise entre une fois et huit fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.

Pour les salariés ayant moins de douze mois d'ancienneté dans la profession :

- au titre des garanties décès, le salaire annuel de référence défini ci-avant est calculé en ajoutant la rémunération que l'intéressé aurait pu percevoir au titre de la période nécessaire pour compléter les douze mois ;
- au titre des garanties incapacité temporaire de travail et invalidité / incapacité permanente, le salaire de référence défini ci-dessus est calculé à partir de la période effective d'emploi.

Il est précisé que la base de calcul des prestations intègre, à compter du 1^{er} juillet 2021, le montant de l'indemnisation versée dans le cadre de la suspension du contrat de travail visée à l'article 9.1.2 (indemnisation légale, le cas échéant complétée d'une indemnisation complémentaire ou conventionnelle versée par l'employeur).

Pour les anciens salariés bénéficiaires d'un maintien de garantie en application de l'article 9.2, de l'article 9.3.1 (et selon les modalités qui y sont prévues) ou de l'article 9.3.2, la période de référence retenue est celle des douze mois civils ayant précédé la cessation du contrat de travail, le cas échéant reconstitué fictivement en cas de période incomplète, comme indiqué ci-dessus.

Pour les salariés bénéficiaires d'un maintien de garanties en application de l'article 9.1.3, la période de référence retenue est celle des douze mois civils ayant précédé la date de suspension du contrat de travail.

Pour les salariés sous contrat de travail intermittent, la rémunération annuelle de référence est celle prévue par le contrat de travail, à laquelle s'ajoutent les heures complémentaires effectuées au cours des douze derniers mois.

Lorsque les salaires pris en considération pour le calcul du salaire de référence sont antérieurs aux douze mois civils précédant immédiatement le point de départ de l'incapacité temporaire de travail ou de l'invalidité / incapacité permanente ou du décès / perte totale et irréversible d'autonomie, ces salaires sont éventuellement actualisés sur la base des taux de revalorisation des prestations précisés à l'article 11.3 « Revalorisation ».

Lorsque les cotisations sont assises sur une tranche des salaires, seule cette tranche est prise en considération pour la détermination des prestations calculées en fonction du salaire de référence.

Au titre de la garantie incapacité temporaire de travail, la base de calcul de la prestation journalière est celle définie ci-avant divisée par 365.

11.2. Modalités d'ouverture du droit à prestation et délai de transmission des pièces justificatives

Tout événement ouvrant droit à garantie doit être déclaré selon les modalités prévues à cet effet.

Le versement des prestations dans les conditions mentionnées au contrat est subordonné à la réception, par l'organisme assureur, de l'ensemble des pièces justificatives, en tant que condition préalable de l'ouverture du droit à garantie. Ainsi, l'organisme assureur effectue le paiement des prestations à compter de la réception de l'ensemble des pièces déclaratives énumérées au titre de chaque garantie (au plus tard dans un délai d'un mois s'agissant des prestations en cas de décès).

L'organisme assureur peut vérifier l'exactitude des informations communiquées et réclamer le cas échéant les informations complémentaires qu'il jugera nécessaires.

L'ensemble des pièces déclaratives doit parvenir à l'organisme assureur dans les **six (6) mois** qui suivent la réalisation de l'évènement ouvrant droit à prestation (dans les plus brefs délais en cas de décès).

La transmission hors délais des pièces déclaratives constituant un préjudice certain à l'organisme assureur (notamment : l'impossibilité pour l'organisme assureur de pouvoir procéder à un contrôle médical pertinent), **ce dernier retiendra** sans contrevenir aux dispositions relatives à la prescription, **la date de réception desdites pièces déclaratives comme point de départ du paiement des prestations.**

11.3. Revalorisation

La revalorisation des indemnités journalières et rentes d'invalidité/incapacité permanente sera calculée sur la base de la valeur du point AGIRC-ARRCO, dans la limite du fonds de revalorisation existant.

Les prestations incapacité temporaire de travail et invalidité/incapacité permanente professionnelle en cours de service sont revalorisées, une fois par an, au 1er janvier, lorsque l'assuré justifie d'un arrêt de travail d'une durée égale ou supérieure à 180 jours continus à la date d'application de la revalorisation.

En cours de vie du contrat, en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie à la suite d'un arrêt de travail, les salaires servant de base au calcul de la Garantie capital décès sont revalorisés :

- dès le 1er janvier qui suit la date d'arrêt de travail ;
 - en fonction de l'évolution de la valeur du point AGIRC-ARRCO constatée entre :
 - la date du décès ou de la date de l'exigibilité du capital en cas de perte totale et irréversible d'autonomie et
 - la date d'arrêt de travail ;
- dans la limite du fonds de revalorisation existant.

En cas de résiliation des contrats d'assurance les prestations continueront à être servies à leur niveau atteint lors de la résiliation.

Les prestations continueront d'être revalorisées par l'Organisme Assureur résilié en cas d'absence de nouvel assureur.

En présence d'un nouvel assureur des garanties concernées, la revalorisation des prestations est prise en charge par celui-ci.

Par exception, les rentes éducation seront revalorisées sur la base des revalorisations décidées annuellement par le conseil d'administration de l'OCIRP.

En présence d'un nouvel assureur de la garantie rente éducation, la revalorisation des prestations continue d'être prise en charge par l'Union OCIRP.

11.4. Revalorisation spécifique des prestations décès

11.4.1. Revalorisation jusqu'à la réception des pièces justificatives nécessaires au paiement ou jusqu'au transfert à la Caisse des dépôts et consignations

En cas de décès de la personne garantie, le montant des prestations décès (qu'elles soient versées sous forme de capital ou de rente) est revalorisé jusqu'à la réception des pièces justificatives nécessaires au paiement et au plus tard jusqu'au transfert à la Caisse des dépôts et consignations suivant les modalités prévues ci-après.

À compter de la date du décès de l'assuré et jusqu'à la date de réception par l'organisme assureur des pièces justificatives, il sera accordé, pour chaque année civile, une revalorisation, nette de frais, égale au moins élevé des deux taux suivants :

- Soit la moyenne sur les douze derniers mois du taux moyen des emprunts de l'Etat français (TME), calculée au 1^{er} novembre de l'année précédente ;
- Soit le dernier taux moyen des emprunts de l'Etat français (TME) disponible au 1^{er} novembre de l'année précédente.

Les revalorisations visées au présent paragraphe sont également applicables postérieurement à la résiliation ou au non-renouvellement du contrat.

11.4.2. Cas des prestations n'ayant pas fait l'objet d'une demande de versement par le(s) bénéficiaire(s)

Conformément à l'article L.132-27-2 du Code des assurances, les sommes dues au titre des contrats d'assurance sur la vie qui ne font pas l'objet d'une demande de versement des prestations décès sont déposées par l'organisme

assureur à la Caisse des dépôts et consignations à l'issue d'un délai de dix ans à compter de la date de connaissance du décès par l'organisme assureur.

Les prestations décès déposées à la Caisse des dépôts et consignations qui n'ont pas été réclamées par le(s) bénéficiaire(s) sont acquises à l'Etat à l'issue d'un délai de vingt ans à compter de la date de leur dépôt à la Caisse des dépôts et consignations.

Pour l'application des dispositions du présent article, la date de connaissance du décès par l'organisme assureur correspond à la réception par celui-ci de l'acte de décès.

ARTICLE 12 - EXCLUSIONS

Pour l'ensemble des garanties, sont exclus les sinistres résultant :

- d'une guerre civile ou étrangère dès lors que l'assuré y prend une part active ;
- des effets directs et indirects d'explosion, de dégagement de chaleur ou de radiations provenant d'une transmutation du noyau de l'atome, telles que par exemple : la fission, la fusion, la radioactivité, ou du fait de radiations provoquées par l'accélération des particules atomiques ;
- de faits intentionnels provoqués par l'assuré (hors suicide).

Pour la garantie décès accidentel, sont exclus en outre les sinistres résultant :

- de l'usage de stupéfiants, lorsqu'ils n'entrent pas dans le cadre d'un traitement médicalement prescrit ;
- des conséquences de l'état d'ivresse constaté médicalement par un taux d'alcoolémie susceptible d'être pénalement sanctionné par la législation française en vigueur pour la conduite d'un véhicule et si l'assuré est reconnu comme étant responsable de l'accident ;
- de vols sur appareils non munis d'un certificat de navigabilité ou pour lesquels le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valide ;
- de vols sur aile volante, sur ULM, de la pratique de parapente, de saut à l'élastique ou en parachute ;
- de la pratique de toute activité sportive sans respecter les règles élémentaires de Sécurité recommandées par les pouvoirs publics ou par la fédération du sport correspondant à l'activité,
- de rixes, sauf en cas de légitime défense ;
- d'émeutes quel que soit le lieu où se déroulent les événements et quels que soient les protagonistes dès lors que l'assuré y prend une part active.

Pour les garanties incapacité temporaire de travail et invalidité / incapacité permanente, sont exclus les sinistres résultant :

- de faits intentionnellement causés ou provoqués par l'assuré ;
- d'attentats ou d'agressions dès lors que l'assuré y participe ;
- d'un acte effectué sous l'emprise de l'ivresse si le taux d'alcoolémie est égal ou supérieur aux limites fixées par le Code de la route en vigueur au moment de l'accident ;
- de l'utilisation de stupéfiants ou de substances médicamenteuses en l'absence ou en dehors des limites des prescriptions médicales ;
- de la pratique des sports automobiles, motocyclistes à titre professionnel ou amateur et de tous les autres sports à titre professionnel ;
- d'accidents et maladies dus aux effets directs ou indirects d'explosion, de chaleur ou de radiations provenant d'une transmutation du noyau de l'atome, telles que par exemple : la fission, la fusion, la radioactivité, ou du fait de radiations provoquées par l'accélération des particules atomiques ;
- d'un congé normal de maternité.

ARTICLE 13 - RÉFÉRENCES LÉGALES

13.1. Déchéance

Le bénéficiaire qui a été condamné pour avoir donné volontairement la mort à l'assuré est déchu du bénéfice des garanties, celles-ci produisant leur effet au profit des autres bénéficiaires.

13.2. Prescription

Les actions relatives au contrat sont prescrites dans un délai de deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois ce délai ne court :

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

Lorsque le souscripteur, l'assuré ou le bénéficiaire intente une action en justice à l'encontre de l'organisme assureur et que celle-ci a pour fondement le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court qu'à compter du jour où ce tiers a lui-même exercé l'action en justice à l'encontre du souscripteur, de l'assuré ou du bénéficiaire ou a été indemnisé par le souscripteur, l'assuré ou le bénéficiaire.

La prescription est portée à cinq (5) ans en ce qui concerne l'incapacité temporaire de travail.

Elle est portée à dix (10) ans pour les opérations dont l'objet est de contracter des engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, si le bénéficiaire n'est pas l'assuré et, dans les opérations relatives à la couverture du risque accident, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré en cas de décès de celui-ci.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente (30) ans à compter du décès de l'assuré.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription de droit commun que sont :

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

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 ou d'un envoi recommandé électronique, avec avis de réception soit que l'organisme assureur s'adresse au souscripteur en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, soit que l'assuré ou le bénéficiaire s'adresse à l'organisme assureur en ce qui concerne le règlement de la prestation.

13.3. Subrogation

Lorsque l'assuré est atteint d'une affection ou est victime d'un accident susceptible d'être indemnisé par un tiers responsable, l'organisme assureur dispose d'un recours subrogatoire légal concernant les indemnités journalières et les rentes d'invalidité/incapacité permanente qu'il a payées contre la personne tenue à réparation ou son organisme assureur.

Par ailleurs, les prestations que l'organisme assureur verse en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie et dont les modalités de calcul sont en relation directe avec les revenus salariaux de l'assuré, constituent une avance sur recours. En conséquence, l'assuré, le bénéficiaire ou leurs ayants droit subrogent expressément l'organisme assureur dans leurs droits ou actions contre l'organisme assureur du tiers responsable dans la limite des prestations versées.

L'assuré victime d'un dommage causé par un tiers responsable, le bénéficiaire ou leurs ayants-droit doivent en informer l'organisme assureur lors de la demande de prestation.

13.4. Réclamation - Médiation

Toutes les demandes d'information relatives au contrat doivent être adressées à l'organisme assureur dont dépend l'assuré.

Toute réclamation concernant l'application du contrat peut être adressée à l'organisme assureur à(aux) adresse(s) mentionnée(s) au Titre 3 « Coordonnées des organismes assureurs ».

Lorsqu'aucune solution à un litige relatif aux garanties n'a pu être trouvée, le souscripteur, l'assuré et/ou les bénéficiaires peuvent s'adresser au médiateur (Cf. les coordonnées du médiateur mentionnées au Titre 3), dans un délai maximal d'un an à compter de l'envoi de la réclamation écrite à l'organisme assureur et sans préjudice du droit d'agir en justice.

13.5. Juridiction compétente

A défaut de règlement amiable, toute difficulté entre les parties liées à l'exécution ou à l'interprétation du contrat sera portée devant le tribunal français compétent.

13.6. Protection des données à caractère personnel

Conformément à la réglementation européenne et française en matière de données à caractère personnel, en particulier le Règlement Général sur la Protection des Données n°2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD ») et la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés »), l'assuré et les bénéficiaires sont informés par l'organisme assureur, responsable du traitement des données à caractère personnel collectées, que :

L'organisme assureur a désigné un délégué à la protection des données à caractère personnel qui peut être contacté à l'adresse de l'organisme assureur mentionnée au Titre 3 « Coordonnées de l'organisme assureur ».

1. Les données à caractère personnel de l'assuré et des bénéficiaires peuvent être collectées et traitées pour les finalités suivantes :

- la souscription, la gestion, y compris commerciale, et l'exécution du contrat d'assurance ainsi que la gestion ou l'exécution de tout autre contrat souscrit auprès de l'organisme assureur ou d'autres sociétés du groupe de l'organisme assureur ;
- la gestion des avis de l'assuré et des bénéficiaires sur les produits, services ou contenus proposés par l'organisme assureur ou ses partenaires ;
- l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- l'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par l'assuré et les bénéficiaires ;
- l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement, une fois les données anonymisées par des procédés techniques permettant de s'assurer de la non ré-identification de l'assuré et des bénéficiaires ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme et à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à son inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, incluant un dispositif mutualisé des données des contrats et des sinistres déclarés auprès des organismes assureurs, mis en œuvre par l'Agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance (ALFA) ;
- la proposition à l'assuré et les bénéficiaires de produits, de services et/ou d'outils permettant de réduire la sinistralité ou d'offrir un contrat ou une prestation complémentaire par l'organisme assureur ou ses partenaires ;
- la mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation, à destination de l'assuré et des bénéficiaires.

L'organisme assureur s'engage à ne pas exploiter les données personnelles de l'assuré et des bénéficiaires pour d'autres finalités que celles précitées.

Sont notamment nécessaires à la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance, les données à caractère personnel suivantes : des données d'identification, des données relatives à sa situation familiale, économique, patrimoniale et financière, professionnelle, à sa vie personnelle, à sa santé, à l'appréciation du risque, à la gestion du contrat, etc. De plus, en sa qualité d'organisme d'assurance, l'organisme assureur utilise le NIR (dénommé couramment « numéro de Sécurité sociale ») de l'assuré et des bénéficiaires pour la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et la mise en œuvre des échanges ou traitements intéressant plusieurs acteurs de la protection sociale.

En dehors des traitements nécessaires aux fins de l'exécution des obligations en matière de protection sociale, le consentement explicite et spécifique de l'assuré et des bénéficiaires est recueilli pour permettre le traitement de données personnelles de santé, conformément à la loi Informatique et Libertés et à l'article 9 du RGPD.

Les destinataires des données à caractère personnel de l'assuré et des bénéficiaires sont, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités réalisées : les services de l'organisme assureur dont le personnel est en charge des traitements portant sur ces données, ainsi que les sous-traitants éventuels, les délégataires de gestion, les intermédiaires d'assurance, les réassureurs et coassureurs, les organismes professionnels habilités, les partenaires et les sociétés extérieures s'il y a lieu.

Les données de santé de l'assuré et des bénéficiaires sont destinées au Service médical de l'organisme assureur et à toute personne placée sous la responsabilité du Service Médical, exclusivement aux fins de la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance. Elles ne sont en aucun cas utilisées à des fins commerciales.

L'organisme assureur s'engage à ce que les données à caractère personnel de l'assuré et des bénéficiaires ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

Les données à caractère personnel relatives à la santé de l'assuré et des bénéficiaires sont traitées dans des conditions garantissant leur Sécurité notamment par la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles renforcées.

Si des données à caractère personnel de l'assuré et des bénéficiaires venaient à être traitées chez un tiers situé dans un pays hors de l'Union européenne et ne présentant pas un niveau de protection des données personnelles reconnu adéquat par la Commission européenne, l'organisme assureur s'assurera que le tiers s'est engagé par contrat, via les clauses contractuelles types de la Commission européenne, au respect de la réglementation européenne en matière de protection des données à caractère personnel.

Les durées de conservation des données à caractère personnel traitées dans le cadre de la gestion des contrats d'assurance et de la relation clients avec l'assuré et les bénéficiaires varient en fonction des finalités susvisées et sont conformes aux recommandations de la CNIL. En tout état de cause, le calcul de ces durées est réalisé en fonction des finalités pour lesquelles les données sont collectées, de la durée de la relation contractuelle, des obligations légales de l'organisme assureur et des prescriptions légales applicables.

L'organisme assureur et ses partenaires s'engagent (1) à prendre les mesures techniques et organisationnelles appropriées pour garantir un niveau de Sécurité et de confidentialité adapté au risque présenté par le traitement des données de l'assuré et des bénéficiaires et (2) à notifier à la CNIL et informer ces derniers en cas de violation de leurs données dans les limites et conditions des articles 33 et 34 du RGPD.

2. L'assuré et les bénéficiaires disposent d'un droit de demander l'accès à leurs données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, et de décider du sort de leurs données, post-mortem. L'assuré et les bénéficiaires disposent également d'un droit de s'opposer au traitement à tout moment pour des raisons tenant à leur situation particulière, de limiter le traitement dont ils font l'objet et d'un droit à la portabilité des données à caractère personnel dans les limites fixées par la loi. Ils disposent enfin de la possibilité de s'opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est réalisée de manière ciblée.

Ces droits peuvent être exercés à l'adresse de l'organisme assureur mentionnée au Titre 3 « Coordonnées de l'organisme assureur ».

En cas de réclamation relative à la protection des données, l'assuré et les bénéficiaires disposent également du droit de contacter la CNIL directement sur son site internet <https://www.cnil.fr/fr/agir> ou par courrier à l'adresse suivante : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy - TSA 80715, 75334 PARIS CEDEX 07.

L'assuré et les bénéficiaires disposent également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Opposetel. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr.

13.7. Organisme de contrôle

APICIL prévoyance est soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, 4 place de Budapest CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

TITRE 2 - DISPOSITIONS PARTICULIÈRES À CHAQUE GARANTIE

Les garanties du contrat ont pour objet le versement de prestations en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) de l'assuré ainsi qu'en cas d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité / incapacité permanente de ce dernier.

Le montant des prestations figure aux conditions particulières.

ARTICLE 14 - GARANTIE CAPITAL DÉCÈS

14.1. En cas de décès toutes causes

La garantie a pour objet de verser, au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) en cas de décès de l'assuré, un capital dont le montant est indiqué aux conditions particulières.

Ce capital est déterminé quelle que soit la situation de famille de l'assuré au jour de son décès.

Une majoration du capital, mentionnée aux conditions particulières, est versée pour chaque personne à charge de l'assuré (cf. définition au Lexique).

Les majorations pour personnes à charge sont obligatoirement versées aux personnes (ou à leur représentant légal) en considération desquelles elles sont attribuées.

Sur production d'un certificat de décès, un acompte équivalant aux salaires bruts soumis à cotisation au cours des 3 derniers mois est versé sous huitaine. La régularisation du solde sera faite dans un délai de 3 mois par l'organisme assureur.

Désignation de bénéficiaires liée à la garantie capital décès :

Pour le capital, hors majoration susvisée revenant aux personnes à charge, l'assuré est libre de désigner un ou plusieurs bénéficiaires de son choix au moment de son affiliation ou ultérieurement.

Cette désignation peut être effectuée à l'aide de l'imprimé « Désignation de bénéficiaires » délivré à cet effet par l'organisme assureur ou par un acte sous seing privé ou authentique.

La désignation peut comporter l'acceptation du bénéficiaire. L'acceptation peut prendre la forme d'un écrit signé de l'assuré, du bénéficiaire et de l'organisme assureur ; elle peut également être faite par un acte authentique ou sous seing privé, signé de l'assuré et du bénéficiaire. **Une fois acceptée, la désignation devient irrévocable, l'assuré ne pourra pas la modifier sauf accord du bénéficiaire ou sauf cas particuliers prévus par le Code des assurances et le Code civil.**

Dans tous les cas, la désignation d'un ou plusieurs bénéficiaires n'a d'effet auprès de l'organisme assureur que lorsqu'elle lui aura été notifiée par écrit. Il appartient donc à l'assuré de prendre toute disposition à cet effet, en temps utile.

L'organisme assureur procède au versement des prestations en fonction des informations portées à sa connaissance lors de l'instruction du dossier ; ce versement libère l'organisme assureur de toute obligation dans le cas où une désignation particulière de bénéficiaire lui serait notifiée ultérieurement.

Lorsque le bénéficiaire est nommément désigné, l'assuré peut préciser ses coordonnées, afin que ce bénéficiaire soit informé par les services de l'organisme assureur, dans le cadre de l'instruction du dossier de versement du capital.

En l'absence de désignation expresse de bénéficiaires par l'assuré ou en cas de prédécès de tous les bénéficiaires désignés, les capitaux décès sont versés dans l'ordre de priorité suivant :

- au conjoint de l'assuré tel que défini au Lexique à savoir : à l'époux ou l'épouse de l'assuré non-séparé(e) de corps, ni divorcé(e), ou à la personne liée à l'assuré par un pacte civil de solidarité, ou au concubin ;
- à défaut, aux enfants de l'assuré, par parts égales entre eux ;
- à défaut, aux parents de l'assuré par parts égales entre eux et, en cas de décès de l'un d'entre eux, au survivant pour la totalité ;
- à défaut aux grands-parents, par parts égales entre eux ;
- à défaut, aux héritiers de l'assuré, à proportion de leur part héréditaire.

14.2. En cas de décès accidentel

En cas de décès de l'assuré consécutif à un accident de la circulation, exclusivement dans l'exercice de fonctions professionnelles ou représentatives (au sens de l'article L. 2141-4 du Code du travail), quel que soit le mode de transport, le capital de base (dont la majoration pour personnes à charge) prévu à l'article précédent est doublé.

Le montant global des capitaux versés au titre d'un sinistre ne peut être supérieur au taux mentionné aux conditions particulières (majorations pour personnes à charge comprises). L'éventuelle réduction induite par ce plafonnement est appliquée dans la même proportion à chacun des bénéficiaires.

14.3. En cas de perte totale et irréversible d'autonomie toutes causes

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré, **celui-ci peut recevoir par anticipation, et à sa demande**, le capital prévu en cas de décès toutes causes, hors majoration pour personnes à charge.

Est considéré en état de perte totale et irréversible d'autonomie, l'assuré reconnu par la Sécurité sociale en 3^{ème} catégorie d'invalidité ou atteint d'incapacité permanente d'un taux de 100%.

Le capital est exigible à la date de reconnaissance de la perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré.

Le versement du capital perte totale et irréversible d'autonomie met fin à la garantie décès toutes causes de l'assuré sous la réserve ci-après.

En cas de décès de l'assuré invalide avant la prise d'effet de sa retraite de la Sécurité sociale, seules les majorations pour personnes à charge, s'il en existe, sont alors versées à ces derniers.

Si, **après le décès de l'assuré**, le conjoint (cf. définition au Lexique) non assuré au titre du régime conventionnel de prévoyance vient lui-même à être reconnu invalide (3^e catégorie d'invalide ou en incapacité permanente de 100 %), une ou plusieurs personnes à charge de l'assuré restant à cette date à la charge du conjoint, il lui est versé un capital d'un montant égal au capital de base (y compris majoration pour personnes à charge).

Dans ce cas, les dispositions de l'article 14.4. cessent de s'appliquer, aucune somme n'étant due en cas de décès postérieur dudit conjoint.

14.4. En cas de décès simultané ou postérieur du conjoint (double effet)

14.4.1. Décès simultané de l'assuré et de son conjoint (cf. définition au Lexique) non assuré au titre du régime conventionnel de prévoyance (hors accident de la circulation tel que défini à l'article 14.2)

En cas de décès simultané de l'assuré et de son conjoint non assuré au titre du régime conventionnel de prévoyance, alors qu'ils ont une ou plusieurs personnes à charge, il est procédé au versement de deux capitaux distincts :

- l'un pour le décès de l'assuré, pour un montant correspondant au capital versé pour un « décès toutes causes » ;
- l'autre pour le décès du conjoint non assuré, pour un montant correspondant au montant du capital « décès toutes causes ».

Le montant du capital dû pour le décès de l'assuré est versé, hors majorations pour personnes à charge, au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) ou, à défaut de désignation particulière, selon la dévolution conventionnelle définie à l'article 14.1. Les majorations sont quant à elles versées aux personnes en considération desquelles elles sont attribuées.

Le capital dû en raison du décès du conjoint non assuré au titre du régime conventionnel de prévoyance est quant à lui versé aux personnes à charge par parts égales entre elles.

14.4.2. Décès simultané de l'assuré et de son conjoint (cf. définition au Lexique) non assuré au titre du régime conventionnel de prévoyance, consécutivement à un accident de la circulation

En cas de décès simultané de l'assuré et de son conjoint non assuré consécutif à un accident de la circulation, exclusivement dans le cadre de l'exercice de fonctions professionnelles ou représentatives (au sens de l'article L. 2141-4 du Code du travail), alors qu'ils ont une ou plusieurs personnes à charge, il est procédé au versement de deux capitaux distincts :

- l'un pour le décès de l'assuré pour un montant correspondant au double du capital « décès toutes causes » ;
- l'autre pour le décès du conjoint non assuré au titre du régime conventionnel de prévoyance pour un montant correspondant au montant du capital « décès toutes causes ».

Le montant du capital dû pour le décès de l'assuré est versé, hors majorations pour personnes à charge, au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) ou à défaut de désignation particulière, selon la dévolution conventionnelle définie à l'article 14.1. Les majorations sont quant à elles versées aux personnes en considération desquelles elles sont attribuées.

Le capital dû en raison du décès du conjoint non assuré au titre du régime conventionnel de prévoyance est quant à lui versé aux personnes à charge par parts égales entre elles.

Le montant global des capitaux versés au titre d'un sinistre ne peut être supérieur au taux mentionné aux conditions particulières, majorations pour personnes à charge comprises. L'éventuelle réduction induite par ce plafonnement est appliquée dans la même proportion à chacun des bénéficiaires.

14.4.3. Décès du conjoint (cf. définition au Lexique) non assuré au titre du régime conventionnel de prévoyance, postérieurement à celui de l'assuré

Si après le décès d'un assuré, laissant une ou plusieurs personnes à charge (y compris les enfants à naître), le conjoint non assuré vient lui-même à décéder, il est versé aux personnes qui seraient toujours à charge et par parts égales entre elles, un capital d'un montant égal à celui qui serait versé pour un « décès toutes causes ».

ARTICLE 15 - GARANTIE ALLOCATION OBSÈQUES

La garantie a pour objet de verser une allocation obsèques en cas de décès de l'assuré, de son conjoint (cf. définition du Lexique) ou d'un de ses enfants à charge ou d'une autre personne à charge tels que définis au Lexique et dans la limite des frais réels.

L'allocation est versée à la personne ayant acquitté les frais d'obsèques sur présentation d'une facture originale acquittée.

ARTICLE 16 - GARANTIE RENTE D'ÉDUCATION

16.1. Définition de la garantie

La garantie a pour objet de verser, à chaque enfant à charge, une rente d'éducation en cas de décès toutes causes ou de perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré.

Cette garantie est assurée par l'Ocirp qui est seul responsable de la bonne fin des prestations vis-à-vis des assurés et des bénéficiaires.

La perte totale et irréversible d'autonomie est définie à l'article 14.3.

Le versement anticipé de la rente au titre de la perte totale et irréversible d'autonomie met fin à la garantie (aucune rente complémentaire n'est due au titre du décès postérieur de l'assuré).

16.2. Définition des enfants à charge

Par dérogation à la définition prévue au Lexique, sont considérés comme à charge de l'assuré, 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) de l'assuré 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 de l'assuré, les enfants de l'assuré, dont la filiation avec celui-ci, y compris adoptive, est légalement établie (ainsi que les enfants recueillis) :

- jusqu'à leur 18^e anniversaire, sans conditions ;
- jusqu'à leur 25^e anniversaire, sous conditions :

- 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 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 du régime d'assurance chômage comme demandeurs d'emploi, ou stagiaires de la formation professionnelle ;
- d'être employés dans un ESAT (Établissement et service d'aide par le travail) ou dans un atelier protégé en tant que travailleurs handicapés ;
- d'être reconnus en invalidité équivalente à l'invalidité de 2e ou 3e catégorie de la Sécurité Sociale justifiée par un avis médical ou de bénéficier de l'allocation d'adulte handicapé ou d'être titulaires de la carte d'invalidité civile ou de la carte mobilité inclusion portant la mention « invalidité ».

16.3. Modalités et durée de versement de la rente

La date d'effet de la rente est fixée au 1^{er} jour du mois qui suit celui au cours duquel est survenu le décès de l'assuré, ou le cas échéant au cours duquel a été effectuée la demande de versement anticipé au titre de la perte totale et irréversible d'autonomie.

La rente est payable par trimestre civil, à terme d'avance ; le premier paiement comprenant, le cas échéant, un prorata au titre de la période écoulée entre la date d'effet de la rente et la fin du trimestre en cours.

Le montant de la rente étant progressif selon l'âge de l'enfant, la majoration intervient au premier jour du mois civil suivant l'anniversaire de l'enfant.

La rente en cas de décès est versée au représentant légal de l'enfant ou à l'enfant bénéficiaire, sur sa demande, s'il a la capacité juridique. La rente en cas de perte totale et irréversible d'autonomie est versée à l'assuré.

Lorsque le bénéficiaire cesse de remplir les conditions requises (hors la limite d'âge prévue au contrat), le bénéficiaire ou son représentant légal doit en informer sans délai l'organisme assureur.

L'organisme assureur demande annuellement de justifier que les enfants bénéficiaires continuent de remplir les conditions requises pour la poursuite du versement des prestations. En l'absence de justification, le versement de la rente est suspendu.

La rente est versée jusqu'à la fin du trimestre civil au cours duquel l'enfant cesse de remplir les conditions requises pour être bénéficiaire ou décède. Le service de la rente ne peut en aucun cas être repris.

ARTICLE 17 - GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL

17.1. Définition de la garantie

L'assuré qui se trouve temporairement dans l'incapacité, constatée médicalement et reconnue par l'organisme assureur, d'exercer toute activité professionnelle et bénéficie du versement des indemnités de la Sécurité sociale au titre de l'assurance maladie ou au titre de l'assurance des accidents du travail et des maladies professionnelles, perçoit des indemnités journalières de l'organisme assureur dans les conditions prévues ci-après.

Toutefois, la garantie bénéficie également aux assurés qui ne sont pas pris en charge par la Sécurité sociale dans le cas où ils ne remplissent pas les conditions requises en termes de cotisations ou d'heures travaillées selon le cas.

Les arrêts de travail indemnisés par la Sécurité sociale au titre des congés de maternité, de paternité ou d'adoption n'entrent pas dans l'objet de la garantie.

Les arrêts de travail en mi-temps thérapeutique sont pris en charge sous réserve que pendant cette période le salarié perçoive une rémunération de son activité à temps partiel versée par son employeur et les indemnités journalières versées par la Sécurité sociale. Les modalités de calcul de l'indemnité journalière versée par la Sécurité sociale sont identiques à celle d'un arrêt maladie ; le montant de cette indemnité ne peut être supérieur à la perte de gain journalier liée à la réduction de l'activité résultant du travail à temps partiel thérapeutique.

L'assuré ou le souscripteur doivent informer l'organisme assureur de la reprise d'activité totale ou partielle ou de toute modification de la situation à l'égard de la Sécurité sociale. A défaut, l'assuré doit rembourser les prestations qui lui ont été indûment versées et, dans le cas où il est animé d'une intention frauduleuse, il est déchu de ses droits.

17.2. Montant des prestations

Le montant de l'indemnité journalière, mentionné aux conditions particulières, est exprimé sous déduction des prestations brutes de la Sécurité sociale (ou des prestations reconstituées de manière théorique pour les assurés sans droits auprès de cet organisme) et de l'éventuel salaire à temps partiel, sous réserve de la règle de cumul énoncée à l'article 19.1 « Règle de cumul ».

Pour l'ancien salarié indemnisé par le régime d'assurance chômage, bénéficiaire du maintien des garanties prévu à l'article 9.2« En cas de cessation du contrat de travail ouvrant droit à indemnisation par le régime d'assurance chômage (portabilité) », la limitation à la rémunération nette d'activité est appréciée par rapport au montant net des allocations que le régime d'assurance chômage aurait versées pour la même période.

17.3. Franchise

Le droit à prestations prend effet au terme d'une période de franchise, variable selon que l'ancienneté de l'assuré ouvre droit à maintien de salaire par le souscripteur au titre de ses obligations conventionnelles. L'ancienneté est appréciée à la date du 1^{er} jour d'arrêt de travail.

Pour les anciens salariés indemnisés par le régime d'assurance chômage bénéficiaires d'un maintien des garanties (article 9.2« En cas de cessation du contrat de travail ouvrant droit à indemnisation par le régime d'assurance chômage (portabilité) »), le droit à prestations est fixé en considérant fictivement l'assuré en activité, en fonction de l'ancienneté acquise à la date de rupture du contrat de travail.

17.3.1. Pour les salariés ayant plus d'un an d'ancienneté bénéficiant d'un maintien de salaire

Les assurés sont couverts **en relais** (dès que cesse le droit à rémunération totale du souscripteur au titre de ses obligations conventionnelles de maintien de salaire) **et complément** de la deuxième période de maintien de salaire par le souscripteur au titre de ses obligations conventionnelles de maintien de salaire.

17.3.2. Pour les salariés jusqu'à un an d'ancienneté

Les assurés sont couverts avec application d'une franchise identique à celle fixée par la Sécurité sociale, à savoir trois (3) jours en cas de maladie ou d'accident de la vie privée et aucune en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, **sous réserve** :

- de justifier, selon la formule la plus favorable à l'assuré, soit d'une ancienneté de trois mois continus ou discontinus, soit de soixante-quinze (75) jours réellement travaillés au cours des douze (12) mois précédant l'arrêt de travail ;
- et que la durée de l'arrêt de travail soit au moins égale à 21 jours consécutifs.

17.4. Reprise du travail pour motif thérapeutique

Consécutivement à une période d'incapacité totale, les prestations sont versées sous réserve que les indemnités journalières de la Sécurité sociale continuent à être versées dans la limite fixée à l'article 19.1. « Règle de cumul ».

17.5. Modalités et durée de versement des prestations

Les indemnités journalières complémentaires sont payables à réception des pièces justificatives.

Le versement des indemnités journalières complémentaires cesse :

- à la date à laquelle prennent fin les indemnités journalières servies par la Sécurité sociale y compris en cas de suspension ;
- le jour de sa reprise du travail, sauf en cas de reprise du travail pour motif thérapeutique ;
- à la date à laquelle il ne remplit plus les conditions requises pour en bénéficier, notamment en cas de contrôle médical (article 19.3) ;
- à la date de la reconnaissance de son invalidité ou incapacité permanente ;
- à compter de la date d'effet d'une pension de retraite servie par un régime obligatoire, sauf lorsque l'assuré est en cumul emploi-retraite ;
- en tout état de cause au décès de l'assuré.

ARTICLE 18 - GARANTIE INVALIDITÉ OU INCAPACITÉ PERMANENTE

18.1. Définition de la garantie

Il peut être attribué une rente d'invalidité à tout assuré considéré en invalidité permanente partielle ou totale lorsque, par suite d'accident ou de maladie, il est atteint d'une invalidité, constatée médicalement et reconnue par l'organisme assureur, réduisant partiellement ou totalement sa capacité à exercer une activité professionnelle, et qui :

- soit, est reconnu par l'organisme assureur, selon les critères retenus par le Code de la Sécurité sociale, dans l'une des trois catégories d'invalidité de la Sécurité sociale suivantes :
 - Invalidité de 1^{ère} catégorie : Invalides capables d'exercer une activité rémunérée ;
 - Invalidité de 2^{ème} catégorie : Invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque ;
 - Invalidité de 3^{ème} catégorie : Invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession, sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie ;et qui bénéficie d'une pension de 1^{ère}, 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie par la Sécurité sociale ;
- soit, est reconnu invalide par l'organisme assureur, à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, sous réserve que le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par l'organisme assureur selon les critères retenus par le Code de la Sécurité sociale soit au moins égal à 33 %, et reconnu comme tel par la Sécurité sociale avec un taux au moins égal à 33 %.

Dans les situations évoquées ci-dessus, la garantie bénéficie donc également aux salariés qui ne sont pas pris en charge par la Sécurité sociale dans le cas où ils ne remplissent pas les conditions requises en termes de cotisations ou d'heures travaillées selon le cas.

Aucune prestation n'est due par l'organisme assureur si le taux d'incapacité est, ou devient inférieur à 33 %.

Il est précisé que le médecin conseil de l'organisme assureur n'est pas tenu par les décisions prises par la Sécurité sociale et se réserve la possibilité de soumettre l'assuré à un contrôle médical dans les conditions prévues au contrat. En cas de contestation, l'assuré peut, le cas échéant, mettre en œuvre la procédure d'arbitrage prévue à ce même article.

18.2. Reprise d'activité

En cas de reprise totale ou partielle d'activité d'un assuré reconnu en invalidité de 1^{er} catégorie ou assimilé dans les conditions définies ci-avant, si celui-ci continue à bénéficier d'une pension d'invalidité ou d'une rente d'incapacité de la Sécurité sociale, l'organisme assureur accorde des prestations complémentaires réduites dans la limite fixée à l'article 19.1. « Règle de cumul ».

L'assuré ou le souscripteur doivent informer l'organisme assureur de la reprise d'activité totale ou partielle ou de toute modification de la situation à l'égard de la Sécurité sociale.

A défaut, l'assuré doit rembourser les prestations qui lui ont été indûment versées et, dans le cas où il est animé d'une intention frauduleuse, il est déchu de ses droits.

18.3. Montant des prestations

Le montant annuel de la rente d'invalidité, indiqué aux conditions particulières, est exprimé sous déduction des prestations brutes de la Sécurité sociale (ou des prestations reconstituées de manière théorique pour les salariés sans droits auprès de cet organisme) et de l'éventuel salaire à temps partiel, sous réserve de la règle de cumul énoncée à l'article 19.1 « Règle de cumul ».

18.4. Modalités et durée de versement des prestations

Les pensions sont payables mensuellement à terme échu, directement au bénéficiaire.

Le premier paiement est effectué au prorata du temps écoulé entre la date de reconnaissance de l'état d'invalidité et la fin du mois en cours.

Le dernier paiement est effectué au prorata du temps écoulé entre le début du mois civil en cours et la date à laquelle prend fin le service de la rente par la Sécurité sociale.

Le versement de la rente complémentaire cesse :

- à la date à laquelle l'assuré cesse de percevoir par la Sécurité sociale une pension d'invalidité ou une rente d'incapacité au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ;
- à la date à laquelle il ne justifie plus d'un état d'invalidité permanente au sens du contrat ;
- à la date de son refus de se soumettre au contrôle médical demandé par l'organisme assureur conformément à l'article 19.3. « Contrôle médical » sauf cas fortuit et de force majeure ;
- à compter de la date d'effet d'une pension de retraite servie par un régime obligatoire ;
- en tout état de cause au décès de l'assuré.

ARTICLE 19 - DISPOSITIONS COMMUNES AUX GARANTIES INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL ET INVALIDITÉ / INCAPACITÉ PERMANENTE

19.1. Règle de cumul

Au titre des garanties incapacité temporaire ou invalidité et incapacité permanente, les prestations versées par l'organisme assureur ont pour objet de couvrir tout ou partie de la perte de salaire subie par l'assuré.

Elles ont donc un caractère indemnitaire.

En aucun cas, les prestations versées en application du présent contrat ne pourront, en s'ajoutant aux prestations en espèces de même nature qui seraient servies par la Sécurité sociale (**reconstituées de manière fictive pour le personnel n'y ouvrant pas droit**) et par tout autre organisme de prévoyance collective obligatoire, ou toute rémunération notamment en cas d'activité à temps partiel, ou prestation de l'assurance chômage, permettre à l'assuré de disposer de ressources supérieures à la rémunération qu'il aurait perçue s'il avait continué son activité au même poste de travail.

Ne sont pas pris en compte dans le calcul de la limitation énoncée ci-dessus les prestations versées au titre d'un contrat d'assurance Dépendance, collectif ou individuel, ou au titre de l'allocation tierce personne versée par la Sécurité sociale.

En outre, lorsque la Sécurité sociale suspend ou supprime les prestations versées au titre d'une incapacité temporaire, d'une invalidité, d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, l'organisme assureur applique la même décision, dans les mêmes proportions, au versement complémentaire résultant du présent contrat. En cas de réduction par la Sécurité sociale, les prestations complémentaires ne compensent pas cette minoration.

Si l'assuré bénéficiant d'indemnités journalières ou d'une rente d'invalidité/incapacité permanente reprend une activité à temps partiel, le calcul des prestations pouvant lui être versées dans le cadre de la règle de cumul est effectué une fois pour toutes au moment de la reprise d'activité à temps partiel.

S'agissant des anciens salariés indemnisés par le régime d'assurance chômage, garantis au titre du dispositif de maintien temporaire des garanties exposé à l'article 9.2 « En cas de cessation du contrat de travail ouvrant droit à indemnisation par le régime d'assurance chômage (portabilité) », la limitation au salaire net d'activité des prestations complémentaires est appréciée par rapport au montant net des allocations que le régime d'assurance chômage aurait versées pour la même période.

19.2. Prélèvements sociaux et impôt à la source

Pour les garanties ouvrant droit au versement d'une prestation sous forme de rente ou d'indemnité journalière, l'organisme assureur verse les prestations aux bénéficiaires après déduction des prélèvements (C.S.G - C.R.D.S - Impôt à la source, etc.) éventuellement applicables dont l'organisme assureur a la charge du précompte et selon les taux en vigueur lors du versement.

Cette disposition ne s'applique pas aux indemnités journalières lorsqu'elles sont versées au souscripteur (contrat de travail de l'assuré en vigueur).

19.3. Contrôle médical

L'organisme assureur peut faire procéder aux visites médicales, contrôles et enquêtes qu'il jugerait nécessaires pour se prononcer sur l'ouverture ou la poursuite du service des prestations, et réclamer toutes pièces qu'il estimera nécessaires à cette fin.

L'examen de la situation médicale de l'assuré peut amener l'organisme assureur à adopter une position différente de celle de la Sécurité sociale.

L'organisme assureur notifie à l'assuré les résultats du contrôle par courrier recommandé. En cas de désaccord, l'intéressé devra indiquer à l'organisme assureur, dans les huit jours de la notification, les coordonnées du médecin qu'il a choisi.

Si les deux médecins, choisis respectivement par l'assuré et l'organisme assureur, ne peuvent parvenir à des conclusions communes, ils choisiront un tiers médecin pour les départager.

Les résultats de ce nouveau contrôle seront notifiés à l'intéressé dans les mêmes formes et délais.

À défaut de contestation, par lettre recommandée, sous huitaine de la réception de ces résultats, l'intéressé est considéré comme les ayant acceptés.

Dans ces conditions, l'organisme assureur peut procéder, au vu de ce contrôle, à la suspension voire la suppression des prestations ; il en sera de même en cas de refus ou opposition à contrôle par l'assuré.

Dans l'hypothèse d'un désaccord persistant de l'assuré sur le contrôle médical, ou de son refus avéré de se soumettre aux visites et enquêtes jugées nécessaires par l'organisme assureur, l'intéressé devra demander, par voie de justice, la désignation d'un expert judiciaire ; les droits à prestations de l'assuré seront suspendus tant que n'interviendra pas soit, l'accord de l'intéressé sur les conclusions des contrôles effectués soit, une décision judiciaire définitive.

ARTICLE 20 - PIÈCES JUSTIFICATIVES

Pièces nécessaires au paiement des prestations

Le paiement des prestations est subordonné à la réception des pièces justificatives suivantes :

Constitution des dossiers pour l'ouverture des droits à prestations en cas de...	DECES TOUTES CAUSES	PTA TOUTES CAUSES	DOUBLE EFFET	RENTE D' EDUCATION	ALLOCATION OBSEQUES	DECES ACCIDENTEL	INCAPACITE TEMPORAIRE	INVALIDITE - INCAPACITE PERMANENTE
<u>Déclaration de sinistre</u> fournie par l'organisme assureur et complétée par le souscripteur certifiant que l'assuré faisait toujours partie de l'effectif à la date de son décès ou de son arrêt de travail et précisant le salaire à prendre en considération pour le calcul des prestations (article 11.1. « Base de calcul des prestations »)	X	X		X	X		X	X
Extrait d'acte de décès du défunt	X		X	X	X			
Extrait d'acte de naissance du défunt datant de moins de trois (3) mois et établi postérieurement au décès	X		X	X	X			
Certificat médical attestant que le décès est dû ou non à une cause naturelle	X		X	X				
Toutes pièces justifiant valablement la qualité d'enfant à charge à la date de l'évènement (copie de l'avis d'imposition, copie du livret de famille de l'assuré, contrat d'apprentissage, certificat de scolarité, justificatif pôle emploi pour les primo demandeur d'emploi, justificatif de paiement de l'Allocation pour Adulte Handicapé, carte d'invalidé civil, carte mobilité inclusion ...)	X	X	X	X	X			
Si exonération ou taux réduit de CSG en cas de paiement des prestations directement à l'assuré ou au bénéficiaire : photocopie de l'avis d'imposition sur les revenus du bénéficiaire chaque année				X			X	X
Copie de la pièce d'identité du bénéficiaire en cours de validité (carte d'identité, passeport), le cas échéant un extrait d'acte de naissance	X	X	X	X	X		X	X
Toute preuve établissant la nécessité d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie courante.		X						X
Notification de la Sécurité sociale mentionnant le classement de l'assuré en 3 ^{ème} catégorie ou l'attribution d'une incapacité permanente égale à 100%		X						X
Certificat médical sous pli confidentiel établi par le médecin choisi par l'assuré sous réserve de l'article 11.2. « Modalités d'ouverture du droit à prestation et délai de transmission des pièces justificatives »		X					X	X

Constitution des dossiers pour l'ouverture des droits à prestations en cas de...	DECESTOUTES CAUSES	PTIA TOUTES CAUSES	DOUBLE EFFET	RENTE D' EDUCATION	ALLOCATION OBSEQUES	DECES ACIDENTEL	INCAPACITE TEMPORAIRE	INVALIDITE - INCAPACITE PERMANENTE
Questionnaire/attestation sur l'honneur fourni(e) par l'organisme assureur dûment complété		X					X	X
En cas de temps partiel thérapeutique, les décomptes d'indemnités journalières mi-temps thérapeutique et une attestation mensuelle des salaires maintenus (fixe, primes..) perçus pour la période concernée, à défaut le bulletin de salaire du mois correspondant							X	
Facture acquittée					X			
Attestation du régime obligatoire de retraite précisant que le bénéficiaire n'a pas liquidé sa pension ou qu'il n'y ouvre pas droit			X				X	X
Certificat d'hérédité si l'assuré est célibataire sans enfant	X							
Copie certifiée conforme du jugement de tutelle nommant le représentant légal des enfants à charge	X		X	X				
Toutes pièces officielles : <ul style="list-style-type: none"> ▪ relatant les circonstances particulières dans lesquelles est survenu l'événement ouvrant à prestation et prouvant l'origine accidentelle de celui-ci (procès-verbal de police, de gendarmerie, du procureur de la république, le cas échéant une coupure de presse relatant l'accident) ▪ prouvant le lien de causalité entre ledit événement et l'accident. 						X	X	X
Décomptes originaux de la Sécurité sociale (excepté en cas de télétransmission de ceux-ci, ou à défaut attestation portant paiement de ses prestations en cas d'arrêt de travail, à compter du début de l'arrêt							X	X
Le cas échéant, attestation de reprise de travail ou toute pièce attestant du licenciement ou de la démission ou la notification de liquidation de retraite							X	X
Notification de la Sécurité sociale mentionnant le classement de l'assuré dans une des catégories d'invalidité de la Sécurité sociale ou l'attribution d'un taux d'incapacité permanente au moins égal à 33%								X
Justificatif de paiement de la rente d'invalidité ou d'incapacité permanente par la Sécurité sociale								X
L'arrêt de travail délivré par le médecin traitant de l'assuré en cas d'incapacité temporaire de travail n'ouvrant pas droit aux prestations en espèce de la Sécurité sociale (sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de l'organisme assureur)							X	

Constitution des dossiers pour l'ouverture des droits à prestations en cas de...	DECES TOUTES CAUSES	PTIA TOUTES CAUSES	DOUBLE EFFET	RENTE D' EDUCATION	ALLOCATION OBSEQUES	DECES ACIDENTEL	INCAPACITE TEMPORAIRE	INVALIDITE – INCAPACITE PERMANENTE
RIB des bénéficiaires	X	X	X	X	X	X	X	X
Toutes pièces justifiant valablement la qualité de concubin de l'assuré (facture énergétique, bail commun, attestation d'assurance...)	X	X	X		X			
Attestation Pôle emploi pour les anciens salariés bénéficiant d'un maintien de garanties au titre de la portabilité (article 9.2)	X	X	X	X	X	X	X	X

L'organisme assureur se réserve le droit de demander toutes pièces complémentaires qu'il jugerait nécessaire y compris après paiement des prestations. Toute somme indûment versée sera réclamée par l'organisme assureur.

L'organisme assureur ne peut se trouver engagé que par les déclarations et pièces qui lui seront transmises.

TITRE 3 - COORDONNÉES DES ORGANISMES ASSUREURS

ORGANISMES ASSUREURS	MENTIONS LÉGALES	RÉCLAMATION	MÉDIATION	PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES (demande d'exercice de droits)	MOYENS DE NOTIFICATION DE LA RÉSILIATION DU CONTRAT AUPRÈS DE L'ORGANISME ASSUREUR
APICIL Prévoyance	Institution de prévoyance régie par le Livre IX du Code de la sécurité sociale, Siège sociale : 38 rue François Peïssel 69300 CALUIRE, SIREN n° 321 862 500	<ul style="list-style-type: none"> • <i>par courrier</i> à : APICIL Prévoyance Direction Services clients - Equipe réclamation 38, rue François Peïssel 69300 CALUIRE ET CUIRE 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>par courrier</i> à : Centre Technique des Institutions de Prévoyance 10 rue Cambacérés 75008 Paris • <i>ou par mail</i> à : https://ctip.asso.fr/mediateurde-la-protection-sociale-ctip/ 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>par courrier</i> à : APICIL Prévoyance, Délégué à la protection des données (DPO), 38 rue François Peïssel, 69300 Caluire et Cuire • <i>ou par mail</i> à : dpo@apicil.com 	<ul style="list-style-type: none"> • soit par lettre ou tout autre support durable, • soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'organisme assureur ; • soit par acte extrajudiciaire ; • soit, lorsque l'organisme assureur propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.
OCIRP	Union d'institutions de prévoyance régie par l'article L.931-2 du Code de la sécurité sociale, Siège social : 17 rue de Marignan 75008 Paris, assureur de la rente d'éducation	Auprès d'APICIL Prévoyance	Auprès du médiateur dont relève APICIL Prévoyance	Auprès d'APICIL Prévoyance	Auprès d'APICIL Prévoyance



APICIL PRÉVOYANCE

Institution de prévoyance régie par le livre IX
du Code de la sécurité sociale

Siège social : 38 rue François Peissel, 69300 Caluire
N° SIREN 321 862 500



OCIRP

(Organisme Commun des Institutions de Rentes
et de Prévoyance), Union d'institutions de
prévoyance régie par l'article L.931-2 du Code de
la sécurité sociale

Siège social : 17 rue de Marignan, 75008 Paris