



RÉGIME DE PRÉVOYANCE

Convention collective nationale
du 15 mars 1966

(établissements et services pour personnes
inadaptées et handicapées)



Notice d'information 2011

SOMMAIRE

Préambule	3
1. Les Garanties.....	4
2. Rente Éducation (O.C.I.R.P.).....	6
3. Rente Handicap(O.C.I.R.P.)	8
4. Incapacité Temporaire Totale	9
3. Invalidité - Incapacité Permanente Professionnelle (I.P.P.).....	11
4. Dispositions Générales.....	12
Documents à fournir	21

AG2R PREVOYANCE membre du groupe AG2R LA MONDIALE
Institution de prévoyance relevant du Code de la Sécurité sociale,
Siège social : 35 bd Brune – 75014 PARIS – Membre du GIE AG2R

VAUBAN HUMANIS PREVOYANCE
Institution de Prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale,
Siège social : 18 av Léon Gaumont – 75980 PARIS Cedex 20

APICIL PREVOYANCE
Institution de prévoyance relevant du Code de la Sécurité sociale,
Siège social : 38, rue François Peissel – 69300 CALUIRE ET CUIRE

Union Nationale de la Prévoyance de la Mutualité Française (U.N.P.M.F.) (*)
Union soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité,
enregistrée au Registre National des Mutuelles sous le n° 442 574 166
Siège social : 255, rue de Vaugirard – 75015 PARIS

MEDERIC Prévoyance (*)
Institution de prévoyance relevant du Code de la Sécurité sociale,
Siège social : 21, rue Laffitte – 75009 PARIS
(*) la gestion étant confiée à la Mutuelle **CHORUM**, 56-60 rue Nationale, 75013 Paris

Agissant pour le compte de l'OCIRP
Organisme Commun des Institutions de Rentes et de Prévoyance
Union d'institutions de prévoyance relevant du Code de la Sécurité sociale,
Siège social : 10, rue Cambacérès – 75008 PARIS

PRÉAMBULE

Une profession maîtrise sa prévoyance

Par avenant n° 322 du 8 octobre 2010, les organisations d'employeurs et les organisations syndicales de salariés ont redéfini les conditions de couverture minima du régime de prévoyance conventionnel institué par l'article 42 des dispositions permanentes et par l'article 7 de l'annexe 6 de la Convention Collective du 15 mars 1966. Les dispositions du nouvel avenant se substituent à celles de l'avenant 300 du 30 septembre 2005 à compter de sa date d'effet.

Le régime de prévoyance conventionnel a été amélioré visant ainsi à une meilleure protection sociale des assurés cadres et non cadres : le montant des garanties décès, invalidité absolue et définitive et rente éducation augmente, et de nouvelles garanties sont intégrées au sein du nouveau régime, une rente de conjoint substitutive à la Rente Éducation et une Rente Handicap.

Aussi, les partenaires sociaux ont co-désigné plusieurs organismes assureurs dans le cadre de la mutualisation et pour faciliter une bonne diffusion et application des garanties.

Votre employeur a souscrit son contrat de prévoyance collective auprès d'un des organismes assureurs suivants :

- soit l'Union Nationale de la Prévoyance de la Mutualité Française (U.N.P.M.F.) et MEDERIC Prévoyance ; la Mutuelle CHORUM assurant la gestion du contrat,
- soit AG2R Prévoyance,
- soit VAUBAN HUMANIS Prévoyance,
- soit APICIL Prévoyance.

L'U.N.P.M.F., MÉDÉRIC prévoyance, AG2R Prévoyance, VAUBAN HUMANIS Prévoyance et APICIL Prévoyance gèrent les garanties « Rente Éducation », « Rente substitutive de conjoint » et « Rente Handicap », au nom et pour le compte de l'Organisme Commun des Institutions de Rente et de Prévoyance (O.C.I.R.P.).

Modalités d'affiliation

Vous êtes immédiatement admis dans l'assurance dès lors que vous êtes salarié non-cadre ou cadre, sous contrat de travail à la date d'effet du contrat souscrit par votre employeur et que vous êtes affilié à la Sécurité sociale.

Si vous êtes engagé postérieurement à la prise d'effet du contrat conclu par votre employeur, votre affiliation prend effet dès lors que vous répondez aux conditions définies ci-dessus, sous réserve d'avoir été déclaré aux organismes assureurs dans les trois mois suivants la date de votre embauche et d'avoir effectivement pris vos fonctions.

Au-delà de ce délai, les garanties ne prennent effet qu'au 1^{er} jour du mois civil suivant la réception par l'organisme assureur de la déclaration de votre employeur.

Information

La présente notice d'information vous est obligatoirement remise par votre employeur dès lors que vous appartenez à la catégorie au bénéfice de laquelle est souscrit le contrat de prévoyance collective à adhésion obligatoire, et que vous êtes dûment affilié. Cette notice vous permet de connaître les garanties définies au contrat de prévoyance collective à adhésion obligatoire souscrit par votre employeur, les conditions de leur application, les formalités à accomplir et les justificatifs à fournir. Cette notice indique également le contenu des clauses édictant les nullités, les déchéances, les exclusions ou les limitations de garanties ainsi que les délais de prescription.

Vous devez compléter et remettre à votre employeur l'attestation se trouvant en dernière page ; cette attestation est destinée à certifier que vous avez bien reçu la présente notice.

Vous pouvez vous adresser à votre employeur ou aux délégués du personnel pour connaître le contenu complet des dispositions conventionnelles relatives au régime de Prévoyance tel que défini par l'avenant n°322 du 8 octobre 2010.

Pour toute question d'interprétation, d'orientation générale, d'application de la Convention Collective, vous pouvez vous adresser aux membres de la Commission Nationale Paritaire Technique de Prévoyance (C.N.P.T.P.).

Pour toute question liée à la gestion du Régime, les organismes assureurs sont à votre disposition.

LES GARANTIES

> Décès - Invalidité Absolue et Définitive (IAD)

Quel est l'objet de la garantie ?

Cette garantie a pour objet le versement d'un capital dans l'hypothèse de votre décès, de votre Invalidité Absolue et Définitive (I.A.D.) ou de votre Incapacité Permanente Professionnelle (I.P.P.) dont le taux est supérieur ou égal à 80 % (telles que définies au chapitre « Définitions » des dispositions générales de la présente notice), reconnue par la Sécurité sociale (ou le médecin contrôleur ou conseil de l'organisme assureur), quelle qu'en soit la cause, au profit d'un ou plusieurs bénéficiaires tels que définis ci-après.

Quel est le montant de la prestation ?

a) Montant du capital versé en cas de décès

Tout assuré : **350 % du salaire brut de référence** tel que défini aux dispositions générales de la présente notice.

b) Montant du capital versé en cas d'I.A.D. ou d'I.P.P. d'un taux supérieur ou égal à 80 %

Tout assuré : **450 % du salaire brut de référence** tel que défini aux dispositions générales de la présente notice.

Le versement du capital au titre de l'I.A.D. ou de l'I.P.P. d'un taux égal ou supérieur à 80 % se substitue à la garantie décès et y met fin par anticipation.

c) Capital pour Orphelin

Le décès postérieur ou simultané de votre conjoint non remarié, de votre concubin ou de votre partenaire de Pacs ⁽¹⁾, et alors qu'il reste des enfants à charge tels que définis au chapitre « Définitions » des dispositions générales de la présente notice, entraîne le versement au profit de ces derniers par parts égales d'un capital égal à 100 % du capital versé en cas de décès toutes causes.

En tout état de cause, le bénéfice de cette garantie n'est pas accordé en cas de remariage de votre conjoint ou à l'occasion d'une nouvelle situation de concubinage ou en cas de conclusion d'un nouveau Pacs.

L'Invalidité Absolue et Définitive ou l'I.P.P. d'un taux supérieur ou égal à 80 % de votre conjoint sont assimilées au décès pour l'attribution de la prestation « Capital pour orphelin ».

Le versement anticipé du capital pour orphelin faisant suite à l'Invalidité Absolue et Définitive ou l'I.P.P. d'un taux supérieur ou égal à 80 % du conjoint met fin à la garantie capital pour orphelin.

⁽¹⁾ Les concubins notoires et permanents ainsi que les partenaires de Pacs tels que définis au chapitre « Définitions » sont assimilés aux conjoints.

Qui sont les bénéficiaires des prestations ?

1. En cas de décès

Les bénéficiaires des capitaux dus dans l'hypothèse de votre décès sont la ou (les) personne(s) ayant fait l'objet d'une désignation écrite et formelle de votre part auprès de l'organisme assureur, dans les conditions définies ci-après.

En cas de pluralité de bénéficiaires de même rang et de prédécès de l'un ou de plusieurs d'entre eux, la part du capital lui (leur) revenant est répartie entre les autres bénéficiaires au prorata de leur part respective.

En l'absence de désignation expresse ou en cas de prédécès de tous les bénéficiaires, le capital est attribué suivant l'ordre de priorité ci-après :

- au conjoint survivant non divorcé ni séparé de corps judiciairement, à défaut au partenaire de Pacs ou au concubin notoire (ceux-ci ayant toujours cette qualité au jour du décès),
- à défaut, à ses enfants nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales,
- à défaut, à ses petits enfants par parts égales,
- à défaut de descendants directs, à ses parents survivants par parts égales,
- à défaut de ceux-ci, aux grands-parents survivants par parts égales,

- à défaut, et par parts égales, à ses frères et sœurs,
- à défaut de tous les susnommés, aux héritiers et selon la répartition en vigueur conformément aux principes du droit des successions.

Vous pouvez modifier votre désignation à tout moment à condition que votre ou vos bénéficiaire(s) n'aient pas accepté le bénéfice de l'assurance.

En vertu des dispositions de la loi du 17 décembre 2007, la désignation de bénéficiaire devient irrévocable en cas d'acceptation par ce dernier, si elle est effectuée dans les conditions suivantes :

- par un écrit signé conjointement de vous-même, du bénéficiaire désigné et de l'organisme assureur,
- ou par voie d'acte authentique ou sous seing privé, signé de vous-même et du bénéficiaire désigné, qui devra être notifié à l'organisme assureur pour lui être opposable.

Si le bénéficiaire fait connaître dans ces conditions, en cours de contrat, son acceptation, vous ne pourrez plus modifier la désignation effectuée sans l'accord du bénéficiaire acceptant.

2. En cas d'I.A.D. ou d'I.P.P.

En cas d'Invalidité Absolue et Définitive ou d'I.P.P. d'un taux supérieur ou égal à 80 %, le bénéficiaire est vous-même.

3. En cas de Capital pour Orphelin

Les bénéficiaires de la garantie capital pour orphelin sont les enfants à charge, par parts égales entre eux, tels que définis au chapitre « Définitions » des dispositions générales de la présente notice.

Quelles sont les conditions de règlement des prestations ?

1.1 Ouverture des droits

La déclaration de décès ou de reconnaissance de l'état d'I.A.D. ou d'I.P.P. d'un taux supérieur ou égal à 80 % et le dépôt du dossier auprès de l'organisme assureur doivent avoir lieu dans un délai d'un an à compter de l'événement.

A. En cas de décès ou Capital pour Orphelin, le capital est versé sur production des pièces et justificatifs mentionnés sur les imprimés remis par les organismes assureurs.

A titre d'exemple :

- 1) une demande de capital « décès » signée par le représentant qualifié de votre employeur,
- 2) une pièce justifiant votre décès, ou celui de votre conjoint, concubin ou partenaire de Pacs pour la garantie capital pour orphelin, sous la forme, en principe, d'un bulletin de décès,
- 3) un certificat médical indiquant si le décès est dû ou non à une cause naturelle,
- 4) le cas échéant, toute pièce justifiant soit le lien conjugal, soit le concubinage notoire (déclaration sur l'honneur des concubins et de 2 témoins, justificatifs de domicile commun) soit le Pacs (Convention de Pacs, attestation du Tribunal d'Instance), soit la qualité d'enfants à charge,
- 5) les justificatifs utiles de l'identité, la qualité et l'adresse de vos bénéficiaires.

Les organismes assureurs se réservent le droit de vous demander tout autre pièce justificative nécessaire au paiement des prestations.

B. En cas d'Invalidité Absolue et Définitive ou d'Incapacité Permanente Professionnelle, les capitaux sont versés sur production des pièces et justificatifs mentionnés sur les imprimés remis par les organismes assureurs.

A titre d'exemple :

- 1) une demande de capital « Invalidité Absolue et Définitive » ou « Incapacité Permanente Professionnelle d'un taux supérieur ou égal à 80 % » signée par le représentant qualifié de votre employeur,
- 2) un titre de pension d'invalidité de 3^{ème} catégorie ou de rente d'accident du travail ayant donné lieu à l'attribution d'une majoration pour tierce personne, émis par la Sécurité sociale,
- 3) éventuellement les pièces et justificatifs prévus au § 1.1.A. ci-dessus ainsi que ceux mentionnés sur le formulaire de demande de capital.

Les organismes assureurs se réservent le droit de vous demander tout autre pièce justificative nécessaire au paiement des prestations.

1.2 Modalités de versement des prestations

Le capital est versé en une seule fois à réception des pièces visées au 1.1 ci-dessus et sous réserve, le cas échéant, du contrôle médical prévu au chapitre « Quelles sont les règles relatives aux prestations » de la présente notice en cas de demande de capital pour I.A.D. ou I.P.P..

Si votre enfant à charge tel que défini au chapitre « Définitions » de la présente notice est mineur non émancipé ou majeur protégé, le capital est servi pour son compte et sur un compte bloqué ouvert à son nom, à son représentant légal. Si l'enfant à charge est majeur, le capital lui est versé directement, sur sa demande.

RENTE EDUCATION (O.C.I.R.P.)

Quel est l'objet de la garantie et quel est le montant de la prestation ?

1. Rente éducation

Dans l'hypothèse de votre décès, de votre Invalidité Absolue et Définitive (I.A.D.) ou de votre Incapacité Permanente Professionnelle (I.P.P.) dont le taux est supérieur ou égal à 80 % reconnue par la Sécurité sociale (ou le médecin contrôleur ou conseil de l'organisme assureur), quelle qu'en soit la cause, il est versé une rente temporaire au profit de chacun de vos enfants à charge tels que définis au chapitre « Définitions » des dispositions générales de la présente notice, dont le montant annuel est fixé à :

- jusqu'au 19^{ème} anniversaire :
15 % du salaire brut de référence tel que défini aux dispositions générales de la présente notice.
- du 19^{ème} au 26^{ème} anniversaire (sous conditions d'étude ou évènements assimilés) :
20 % du salaire brut de référence tel que défini aux dispositions générales de la présente notice.

Le montant de la rente servie par enfant à charge ne pourra être inférieur à 200 euros par mois.

Le décès consécutif à une Invalidité Absolue et Définitive (I.A.D.) ou à une Incapacité Permanente Professionnelle (I.P.P.) d'un taux supérieur ou égal à 80 %, ne peut donner lieu au versement d'une nouvelle Rente Éducation.

En tout état de cause, le versement de la rente éducation ayant débuté à la date de reconnaissance de votre I.A.D. ou de votre I.P.P. se poursuit dans le cas de votre décès.

2. Rente temporaire de conjoint substitutive (en lieu et place de la rente éducation)

Dans l'hypothèse de votre décès, de votre Invalidité Absolue et Définitive (I.A.D.) ou de votre Incapacité Permanente Professionnelle (I.P.P.) dont le taux est supérieur ou égal à 80 % reconnue par la Sécurité sociale (ou le médecin contrôleur ou conseil de l'organisme assureur), quelle qu'en soit la cause alors que vous n'avez pas d'enfant à charge, il est versé en lieu et place de la rente éducation, une rente temporaire à votre conjoint, à votre concubin ou à votre partenaire de PACS dont le montant annuel est fixé à 5 % du salaire brut de référence tel que défini aux dispositions générales de la présente notice.

Elle est versée jusqu'à la date de liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale de votre bénéficiaire.

Le décès consécutif à une Invalidité Absolue et Définitive (I.A.D.) ou à une Incapacité Permanente Professionnelle dont le taux est supérieur ou égal à 80 %, ne peut donner lieu au versement d'une nouvelle rente substitutive de conjoint.

En tout état de cause, le versement de la rente de conjoint substitutive ayant débuté à la date de reconnaissance de votre I.A.D. ou de votre I.P.P., se poursuit dans le cas de votre décès.

Qui sont les bénéficiaires de la garantie rente éducation et de la garantie rente temporaire de conjoint substitutive ?

1. Rente éducation

Les bénéficiaires de la Rente Éducation sont vos enfants à charge tels que définis au chapitre « Définitions ». La qualité d'enfant à charge s'apprécie à la date de l'évènement ouvrant droit aux prestations.

Si votre enfant est mineur non émancipé, la rente est servie pour son compte à la personne qui, au moment du versement de la rente, assume la charge effective et permanente de votre enfant.

Si votre enfant est majeur protégé, la rente est servie pour son compte à son représentant légal.

Si votre enfant est majeur, la rente lui est versée sur sa demande.

En cas d'I.A.D. ou d'I.P.P., la rente vous est versée directement.

En tout état de cause, les enfants répondant aux définitions et conditions ci-dessus doivent obligatoirement être à la charge du bénéficiaire.

2. Rente temporaire de conjoint substitutive

Le bénéficiaire de la rente temporaire de conjoint est votre conjoint survivant non divorcé, ni séparé de corps judiciairement à la date de votre décès, ou votre concubin ou votre partenaire de Pacs(ceux-ci ayant toujours cette qualité au jour de votre décès).

Quelles sont les conditions de règlement des rentes ?

La déclaration de décès ou de reconnaissance de l'état d'I.A.D. ou d'I.P.P. d'un taux supérieur ou égal à 80 % et le dépôt du dossier auprès de l'organisme assureur doivent avoir lieu dans un délai d'un an à compter de l'événement.

1. Rente Éducation

Les rentes sont servies à compter du 1^{er} jour du mois civil qui suit votre décès ou la constatation de votre invalidité absolue et définitive (I.A.D.) ou de votre incapacité permanente professionnelle (I.P.P.).

Elles sont versées trimestriellement et à terme avance sur production des pièces et justificatifs mentionnés sur les imprimés remis par les organismes assureurs, 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. Lorsque l'enfant 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.

2. Rente temporaire de conjoint substitutive

Les rentes sont servies à compter du 1^{er} jour du mois civil qui suit votre décès ou la constatation de votre invalidité absolue et définitive (I.A.D.) ou de votre incapacité permanente professionnelle (I.P.P.). Elles sont versées trimestriellement et à terme avance sur production des pièces et justificatifs mentionnés sur les imprimés remis par les organismes assureurs et sur production périodique d'un justificatif attestant que le bénéficiaire remplit toujours les conditions requises pour la poursuite du versement des prestations.

En l'absence de justification, le versement de la rente est suspendu.

Quel est le terme de l'indemnisation ?

1. Rente Éducation

Le service des rentes prend fin à dater :

- du dernier jour du trimestre civil au cours duquel l'enfant cesse d'être à charge,
- et en tout état de cause, à compter du premier jour du mois suivant la date du décès du bénéficiaire.

Le service de la rente ne peut en aucun cas être repris.

2. Rente temporaire de conjoint substitutive

Le service de la rente temporaire cesse à la date de liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale du bénéficiaire et en tout état de cause le dernier jour du trimestre civil au cours duquel se produit son décès.

RENTE HANDICAP (O.C.I.R.P.)

Quel est l'objet de la garantie et quel est le montant de la prestation ?

Dans l'hypothèse de votre décès, de votre Invalidité Absolue et Définitive (I.A.D.) ou de votre Incapacité Permanente Professionnelle (I.P.P.) dont le taux est supérieur ou égal à 80 % reconnue par la Sécurité sociale (ou le médecin contrôleur ou conseil de l'organisme assureur), quelle qu'en soit la cause, il est versé une rente viagère handicap pour chacun des enfants handicapés bénéficiaires tels que définis ci-après dont le montant mensuel est fixé à 500 euros par mois.

L'évolution du montant de cette garantie est indexée sur l'augmentation du montant de l'Allocation aux Adultes Handicapés (A.A.H.). En cas de modification notable, ou bien la disparition de l'A.A.H., une autre allocation spécifique sera déterminée. Le décès consécutif à une Invalidité Absolue et Définitive (I.A.D.) ou à une Incapacité Permanente Professionnelle dont le taux est supérieur ou égal à 80 %, ne peut donner lieu au versement d'une nouvelle rente handicap.

En tout état de cause, le versement de la rente handicap ayant débuté à la date de reconnaissance de votre I.A.D. ou de votre I.P.P., se poursuit dans le cas de votre décès.

Qui sont les bénéficiaires de la Rente Handicap ?

Les bénéficiaires sont vos enfants handicapés reconnus comme tels à la date de votre décès ou de la constatation de votre invalidité absolue et définitive ou de votre I.P.P. dont le taux est supérieur ou égal à 80 %, et dont l'état de handicap est reconnu selon les modalités définies ci-après.

Quelles sont les modalités de reconnaissance de l'état de handicap ?

Pour justifier du handicap du ou de vos bénéficiaires, la demande de liquidation des prestations doit être obligatoirement accompagnée, sous enveloppe cachetée destinée au médecin conseil de l'O.C.I.R.P., d'un certificat médical attestant, à la date de votre décès ou de la constatation de votre I.A.D. ou I.P.P., de l'état de handicap de votre ou (vos) bénéficiaire(s) potentiel(s) limitant son ou (leur) activité ou restreignant sa ou (leur) participation à la vie en société, subie dans son (leur) environnement en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.

L'O.C.I.R.P. se réserve le droit de demander toutes autres pièces complémentaires qui lui seraient nécessaires pour l'étude du dossier et attestant du caractère substantiel, durable ou définitif du handicap et notamment toute décision administrative rendue par une commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées.

Quelles sont les conditions de règlement de la rente ?

1.1 Ouverture de la Rente Handicap

A. Dans l'hypothèse de votre décès, les rentes sont versées sur production des pièces et justificatifs mentionnés sur les imprimés remis par les organismes assureurs.

A titre d'exemple :

- 1) une demande de rente signée par le représentant qualifié de votre employeur,
- 2) une pièce justifiant votre décès sous la forme, en principe, d'un bulletin de décès,
- 3) un certificat médical indiquant si le décès est dû ou non à une cause naturelle,
- 4) un extrait du livret de famille ou de l'acte de naissance confirmant la qualité d'enfant,
- 5) les justificatifs utiles de l'identité, la qualité et l'adresse de vos bénéficiaires.

Les organismes assureurs se réservent le droit de vous demander tout autre pièce justificative au moment de la survenance de l'évènement et en cours de service des prestations.

B. En cas d'Invalidité Absolue et Définitive ou d'Incapacité Permanente Professionnelle, les rentes sont versées sur production des pièces et justificatifs mentionnés sur les imprimés remis par les organismes assureurs.

A titre d'exemple :

- 1) une demande de rente « Invalidité Absolue et Définitive » ou « Incapacité Permanente Professionnelle d'un taux supérieur ou égal à 80 % » signée par le représentant qualifié de votre employeur,
- 2) votre titre de pension d'invalidité de 3^{ème} catégorie ou de rente d'accident du travail ayant donné lieu à l'attribution d'une majoration pour tierce personne, émis par la Sécurité sociale,
- 3) éventuellement les pièces et justificatifs prévus au § 1.1.A. 4) ; 5) ci-dessus ainsi que ceux mentionnés sur le formulaire de demande de rente.

Et dans tous les cas, sur production des justificatifs suivants concernant votre bénéficiaire :

- 1) un certificat médical sous enveloppe cachetée, attestant de l'infirmité de votre bénéficiaire,
- 2) tout document justifiant de l'incapacité juridique de votre bénéficiaire et désignant un ou plusieurs représentants légaux,
- 3) un relevé d'identité bancaire ou de caisse d'épargne au nom de votre bénéficiaire ou de son représentant légal.

En tout état de cause, les organismes assureurs se réservent le droit de vous demander toute autre pièce justificative au moment de la survenance de l'évènement et en cours de service des prestations.

1.2 Modalités de versement de la rente

La rente prend effet à compter du premier jour du mois civil suivant la date de votre décès ou de la constatation de votre Invalidité Absolue et Définitive ou Incapacité Permanente Professionnelle, sous réserve de la reconnaissance de l'état de handicap de votre enfant.

Chaque rente est versée à votre bénéficiaire s'il a la capacité juridique ou à son représentant légal.

Les rentes sont versées trimestriellement et à terme avance au plus tard dans un délai de trois mois après le dépôt du dossier (demande de liquidation de prestations accompagnée de l'ensemble des pièces justificatives nécessaires) auprès de l'organisme assureur.

En outre, le bénéficiaire de la rente handicap ou son représentant légal devra, sous peine d'une suspension des prestations en cours, adresser à l'O.C.I.R.P. toute pièce valant certificat de vie, au 1^{er} janvier de chaque année.

Quel est le terme de l'indemnisation ?

La rente cesse d'être versée à compter du premier jour du mois suivant la date de décès de votre bénéficiaire.

INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE

Quel est l'objet de la garantie ?

En cas d'arrêt de travail consécutif à une maladie ou à un accident d'ordre professionnel ou non, médicalement constaté, indemnisé ou non par la Sécurité sociale (exclusivement dans ce dernier cas au profit des salariés ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale), les organismes assureurs vous versent des indemnités journalières dans les conditions définies ci-après.

Quand débute le versement de la prestation ?

Les indemnités journalières sont servies à compter du 91^{ème} jour d'arrêt de travail, à l'issue d'une franchise de 90 jours d'arrêt de travail continu ou discontinu.

La franchise discontinuée est appréciée au 1^{er} jour d'arrêt de travail en décomptant tous les jours d'arrêts (indemnisés ou non par l'organisme assureur) intervenus au cours des 12 mois consécutifs antérieurs.

Toutefois, dès lors que la prise en charge de l'arrêt de travail intervient durant la période de franchise de la Sécurité sociale, le montant de la prestation complémentaire s'entend y compris les prestations versées par la Sécurité sociale qui sont reconstituées de manière théorique.

Lorsque la franchise est atteinte, tout nouvel arrêt de travail fera l'objet d'une indemnisation dès le premier jour d'arrêt.

Par ailleurs, en cas de diminution du montant des indemnités journalières servies par la Sécurité sociale en raison de la transmission tardive de l'arrêt de travail le versement des indemnités journalières complémentaires par les organismes assureurs ne se fera qu'après accord de la Commission Nationale Paritaire Technique de Prévoyance sous déduction d'une indemnité Sécurité sociale reconstituée de manière théorique, sans toutefois se substituer à celle de la Sécurité sociale.

Quel est le montant de la prestation ?

100 % du salaire net de référence tel que défini dans les dispositions générales de la présente notice, y compris les prestations nettes de CSG et de CRDS de la Sécurité sociale (reconstituées de manière théorique pour les salariés ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits en espèces de la Sécurité sociale).

En tout état de cause, le total net à payer perçu (prestation nette de CSG/CRDS de la Sécurité sociale reconstituée de manière théorique le cas échéant, éventuel salaire net à payer à temps partiel et prestations complémentaires nettes ainsi que toutes autres ressources nettes) ne saurait excéder votre salaire net à payer d'activité. L'organisme assureur pourra donc réduire le montant des prestations si cette limite venait à être dépassée.

Quand cesse le versement des indemnités journalières ?

La prestation cesse d'être versée :

- du jour où la Sécurité sociale cesse le versement des indemnités journalières, ou à la date à laquelle le médecin contrôleur ou conseil de l'organisme assureur cesse de reconnaître votre état d'incapacité temporaire de travail,
- dès votre reprise du travail à temps complet,
- dès votre reprise de travail à temps partiel, sauf si celle-ci est préconisée par la Sécurité sociale pour des raisons thérapeutiques,
- à la liquidation de votre pension vieillesse de la Sécurité sociale, sauf cas de cumul emploi-retraite tel que défini par la législation en vigueur,
- au jour de votre décès,
- à la date de reconnaissance par la Sécurité sociale de votre état d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle,
- et au plus tard, au 1095^{ème} jour d'arrêt de travail.

Quelles sont les conditions de versement des indemnités journalières ?

Les demandes d'indemnités journalières doivent être transmises dès réception des décomptes de prestations en espèces de la Sécurité sociale sur production des pièces et justificatifs mentionnés sur les imprimés remis par les organismes assureurs, et à défaut d'intervention de la Sécurité sociale (exclusivement dans ce dernier cas au profit des salariés ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits en espèces de la Sécurité sociale), dès notification de l'arrêt de travail signé par votre médecin traitant et réception de l'attestation de non prise en charge de la Sécurité sociale :

A titre d'exemple :

- une demande d'indemnités journalières signée par le représentant qualifié de votre employeur,
- le décompte des prestations en espèces émanant de la Sécurité sociale et justifiant de l'incapacité de travail, à défaut de l'intervention de la Sécurité sociale, la notification de l'arrêt de travail signée par votre médecin traitant et l'attestation de non prise en charge de la Sécurité sociale,
- les photocopies des bulletins de salaire des 3 derniers mois civils précédant l'arrêt de travail.

Les organismes assureurs se réservent le droit de vous demander tout autre pièce justificative au moment de la survenance de l'évènement et en cours de service des prestations.

Les indemnités journalières sont versées par les organismes assureurs directement à votre employeur au fur et à mesure de la présentation des pièces justificatives mentionnées ci-dessus, et en cas de rupture du contrat de travail, à vous-même.

INVALIDITÉ - INCAPACITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE (I.P.P.)

Quel est l'objet de la garantie ?

Dès la reconnaissance par la Sécurité sociale de votre état d'invalidité telle que définie à l'article L.341-4 du Code de la Sécurité sociale ou de votre Incapacité Permanente Professionnelle d'un taux supérieur ou égal à 33 % en application de l'article L.434-2 du Code de la Sécurité sociale (ou par le médecin contrôleur ou conseil de l'organisme selon les modalités définies au chapitre « Quelles sont les conditions et modalités du versement de la rente » des dispositions générales de la présente notice), sous réserve du contrôle médical prévu au chapitre « Quelles sont les règles relatives aux prestations » des dispositions générales de la présente notice, une pension ou une rente complétant celle de la Sécurité sociale afin de compenser la perte de salaire vous est versée.

Quel est le montant de la prestation ?

Le montant de la prestation, y compris les prestations nettes de CSG et de CRDS servies par la Sécurité sociale et hors majoration pour tierce personne, est défini comme suit :

1. En cas d'invalidité 1^{ère} catégorie Sécurité sociale :

60 % du salaire net de référence tel que défini aux dispositions générales de la présente notice.

2. En cas d'invalidité 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie Sécurité sociale ou d'I.P.P. d'un taux égal ou supérieur à 66 % :

100 % du salaire net de référence tel que défini aux dispositions générales de la présente notice.

3. En cas d'I.P.P. d'un taux compris entre 33 % et moins de 66 % : $(R \times 3N) / 2$

«R» étant la rente d'invalidité versée en cas d'invalidité 2^{ème} catégorie et «N» le taux d'incapacité déterminé par la Sécurité sociale.

En tout état de cause, le total net à payer perçu, hormis la majoration pour tierce personne (prestation nette de CSG/CRDS de la Sécurité sociale, reconstituée de manière théorique le cas échéant, éventuel salaire net à payer à temps partiel, prestation nette complémentaire, ainsi que toute autre ressource nette) ne saurait excéder votre salaire net à payer d'activité. L'organisme assureur pourra donc réduire le montant de ces prestations si cette limite venait à être dépassée.

Quelle est la durée de l'indemnisation ?

Les rentes d'invalidité ou d'incapacité sont servies à compter de la reconnaissance par la Sécurité sociale ou le médecin contrôleur ou conseil de l'organisme de l'état d'invalidité ou d'incapacité d'un taux supérieur ou égal à 33 % et ce aussi longtemps que votre état de santé le justifie.

Quand cesse le versement de la rente ?

La prestation cesse d'être versée :

- à la date d'effet de la liquidation de votre pension vieillesse de la Sécurité sociale, sauf cas de cumul emploi-retraite tel que défini par la législation en vigueur,
- au jour où la Sécurité sociale cesse le versement de votre pension d'invalidité ou de votre rente d'incapacité ou à la date à laquelle le médecin contrôleur ou conseil de l'organisme assureur cesse de reconnaître votre état d'invalidité ou d'incapacité,
- au jour où cesse votre classement en 1^{ère}, 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie d'invalidité de la Sécurité sociale,
- au jour où votre taux d'incapacité permanente professionnelle est devenu inférieur à 33 %,
- au jour de votre reprise de travail à temps complet,
- au jour de votre reprise de travail à temps partiel, sauf si celle-ci est préconisée pour des raisons thérapeutiques,
- et, en tout état de cause, au jour de votre décès.

Le service des rentes, interrompu en application des dispositions prévues ci-dessus est automatiquement repris dans les limites fixées au contrat à compter du jour où il a été médicalement constaté par la Sécurité sociale ou le médecin contrôleur ou conseil de l'organisme assureur que votre incapacité de travail est redevenue supérieure à 33 % ou que votre état d'invalidité génère à nouveau un classement en 1^{er}, 2^{ème}, 3^{ème} catégorie.

Cas particulier de l'assuré dont le contrat de travail est rompu

Si vous êtes licencié ou arrivé au terme de votre contrat de travail et qu'une pension d'invalidité ou une rente d'incapacité vous a été attribuée par la Sécurité sociale (ou par le médecin contrôleur ou conseil de l'organisme assureur), l'organisme assureur n'interviendra à son tour qu'à la condition que l'arrêt de travail initial médicalement constaté et indemnisé par la Sécurité sociale (ou pris en charge à titre complémentaire sur décision du médecin contrôleur / ou conseil de l'organisme assureur), ait eu lieu avant la rupture du contrat de travail.

Quelles sont les conditions et modalités du versement de la rente ?

Les demandes de prestations doivent être effectuées auprès de l'organisme assureur ayant recueilli votre adhésion et sur production des pièces et justificatifs mentionnés sur les imprimés, et ce, dès réception de la notification d'attribution de la pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité permanente professionnelle par la Sécurité sociale, ou dès la reconnaissance par le médecin contrôleur / ou conseil de l'organisme assureur de votre situation d'invalidité ou d'incapacité.

A titre d'exemple :

- une demande de rente signée par le représentant qualifié de votre employeur,
- la notification d'attribution de la rente d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle par la Sécurité sociale,
- et à défaut d'intervention de la Sécurité sociale, la reconnaissance par le médecin contrôleur / ou conseil de l'organisme assureur de la situation d'invalidité ou d'incapacité, accompagnée de la notification de l'arrêt de travail signée par votre médecin traitant et l'attestation de non prise en charge de la Sécurité sociale,
- les photocopies des bulletins de salaire des 3 derniers mois civils précédant l'arrêt de travail.

Les organismes assureurs se réservent le droit de vous demander tout autre pièce justificative au moment de la survenance de l'évènement et en cours de service des prestations.

Les rentes sont versées par les organismes assureurs à terme échu mensuellement ou, le cas échéant, selon la même périodicité que le versement par la Sécurité sociale des pensions d'invalidité ou des rentes d'incapacité (ou selon appréciation du médecin contrôleur/ ou conseil de l'organisme assureur), et sur production périodique d'un justificatif attestant de la poursuite du versement de la pension ou de la rente.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Salaire de référence

Salaire servant de base au calcul des cotisations

Le salaire retenu est composé, dans la limite des tranches indiquées ci-après :

- la tranche A des rémunérations perçues : partie du salaire annuel brut limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale,
- la tranche B des rémunérations perçues : partie du salaire annuel brut comprise entre le plafond de la tranche A et quatre fois ce plafond,
- la tranche C des rémunérations perçues : partie du salaire annuel brut comprise entre le plafond de la tranche B et huit fois le plafond de la tranche A.

Ce salaire comprend les rémunérations variables perçues au cours de l'année civile d'assurance, à l'exclusion des primes à périodicité plus longue que l'année (prime de départ à la retraite...).

Exonération du paiement des cotisations

Si vous êtes en arrêt de travail, dès lors que vous êtes bénéficiaire d'indemnités journalières ou de rentes complémentaires servies par l'organisme assureur au titre de l'incapacité temporaire de travail, de l'invalidité ou de l'I.P.P., ou en congé maternité, vous êtes exonéré de cotisations prévoyance tant patronales que salariales.

L'exonération des cotisations cesse en cas de reprise de votre travail à temps partiel ou complet, la cotisation étant alors due sur la base du salaire versé par l'employeur.

Salaire servant de base au calcul des prestations garanties

Salaire servant de base au calcul des prestations décès, Rentes Éducation, rentes substitutives de conjoint et rentes handicap. Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations, est le salaire fixe brut ayant servi d'assiette aux cotisations au cours des 12 mois civils précédant l'évènement ouvrant droit aux prestations.

Ce salaire comprend, éventuellement, les rémunérations variables supplémentaires, régulièrement perçues au cours de l'année civile d'assurance, à l'exclusion des primes à périodicité plus longue que l'année (prime de départ à la retraite...). Lorsque la période de 12 mois est incomplète, le salaire de référence est reconstitué sur la base du salaire du ou des derniers mois civils d'activité ayant donné lieu à cotisation.

Si vous percevez des prestations au titre du présent régime de prévoyance au cours de cette période (indemnités journalières ou rentes invalidité/I.P.P.), le capital et les rentes éducation ou rentes substitutives de conjoint seront calculés sur la base du salaire de référence retenu pour le calcul des dernières prestations, y compris éventuellement les revalorisations.

Salaire servant de base au calcul des prestations Incapacité Temporaire de Travail, Invalidité et Incapacité Permanente Professionnelle

Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations, est le salaire net à payer d'activité que vous avez perçu au cours des 12 mois civils précédant l'évènement ouvrant droit aux prestations.

Ce salaire comprend, éventuellement, les rémunérations variables supplémentaires, régulièrement perçues au cours de l'année civile d'assurance, à l'exclusion des primes à périodicité plus longue que l'année (prime de départ à la retraite...). Lorsque la période de 12 mois est incomplète, le salaire de référence est reconstitué sur la base du salaire net du ou des derniers mois civils d'activité ayant donné lieu à cotisation.

En cas d'arrêt de travail au cours de cette période, le salaire net à payer d'activité est entièrement reconstitué.

Clause de cumul :

Concernant les garanties indemnitaires, en aucun cas, le cumul des prestations de la Sécurité sociale, des prestations complémentaires versées par l'organisme assureur, d'un éventuel salaire à temps partiel ou revenu de remplacement, pension de retraite, ne peut vous conduire à percevoir plus que ce que vous auriez perçu si vous aviez été en activité (salaire brut - charges sociales légales et conventionnelles et prélèvements sociaux).

Revalorisation du salaire de référence

Le salaire de référence peut être revalorisé pour le calcul des prestations autres que celles liées à l'incapacité temporaire totale, lorsque vous justifiez d'un arrêt de travail indemnisé par la Sécurité sociale ou non (exclusivement dans ce dernier cas au profit des salariés ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits en espèces de la Sécurité sociale et indemnisés par le contrat) d'une durée égale ou supérieure à 180 jours continus, au jour de votre décès, de votre I.A.D., de votre I.P.P. ou votre invalidité.

Le taux de revalorisation est fixé par référence à la variation du point de retraite A.G.I.R.C. constatée entre le début de votre arrêt de travail et le décès, I.A.D., I.P.P. ou invalidité.

Conséquences de la suspension du contrat de travail sur les garanties du régime

Suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à maintien des garanties

Les garanties sont suspendues de plein droit lorsque votre contrat de travail est suspendu, en dehors des cas visés au paragraphe « Suspension du contrat de travail donnant lieu à maintien des garanties » défini ci-après.

Pendant la période de suspension de la garantie, aucune cotisation n'est due et les arrêts de travail, ou les décès survenant durant cette période ne peuvent donner lieu à leur prise en charge au titre du régime, les garanties étant suspendues.

La suspension de la garantie intervient à la date de cessation de votre activité professionnelle. La garantie reprend effet dès votre reprise effective du travail, sous réserve que l'organisme assureur en soit informé dans les trois mois suivant la date de reprise.

A défaut, la garantie ne reprend effet qu'au 1^{er} jour du mois civil suivant la réception par l'organisme assureur de la déclaration de l'employeur de votre reprise d'activité.

Suspension du contrat de travail donnant lieu à maintien des garanties

Les garanties définies à la présente notice d'information sont maintenues lorsque votre contrat de travail est suspendu et ce pour la période au titre de laquelle vous bénéficiez :

- soit d'un maintien total ou partiel de salaire par votre employeur,
- soit d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par votre employeur, et directement versées par ce dernier ou pour son compte par un tiers.

Les garanties sont également maintenues lorsque votre contrat de travail est suspendu suite à l'exercice du droit de grève et lorsque vous bénéficiez d'un congé non rémunéré de toute nature, d'une durée maximale d'un mois consécutif.

Dans ce cas, la participation patronale et la part salariale afférentes aux cotisations continuent à être calculées et versées selon les modalités en vigueur à la date de chaque échéance, sous réserve des dispositions afférentes à l'exonération du paiement de cotisation définie au chapitre « Salaire de référence » figurant dans les dispositions générales de la présente notice.

Maintien optionnel des garanties décès

A compter du deuxième mois de suspension de votre contrat de travail non rémunérée, vous pouvez continuer à bénéficier des garanties Décès/I.A.D., Rente Education, Rente substitutive de conjoint et Rente Handicap sous réserve du paiement des cotisations correspondantes auprès de l'organisme assureur.

Votre demande doit être formulée par écrit et adressée avant la date d'effet de la suspension de votre contrat de travail. Au-delà de cette date, vous ne pouvez plus bénéficier de ce maintien.

Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations correspond au salaire tel que défini au chapitre « Salaire de référence » des dispositions générales de la présente notice et précédant la date du début de suspension de votre contrat de travail.

Le salaire de référence servant de base au calcul des cotisations est égal à la moyenne des salaires bruts des 12 derniers mois civils d'activité perçus avant la suspension de votre contrat de travail, majoré du 1/12^{ème} des rémunérations variables brutes régulièrement versées au cours des 12 mois civils précédant la suspension de votre contrat de travail, à l'exclusion des primes à périodicité plus longue que l'année.

Quand cessent vos garanties ?

Sous réserve des dispositions prévues aux points 1 et 2 suivants, les garanties du régime cessent au plus tard :

- à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion de votre employeur consécutive à la dénonciation du régime de prévoyance prévue par la Convention Collective Nationale du 15 mars 1966, et ce au plus tard à la fin de la période de survie du régime,
- à la date d'effet de la radiation de votre employeur consécutive au changement de secteur d'activité, ou au changement d'organisme assureur désigné,
- à la date d'effet de la liquidation de votre pension vieillesse de la Sécurité sociale sauf cas de cumul emploi retraite prévu par la législation en vigueur,
- à la date de rupture de votre contrat de travail,
- à votre décès.

1. Rupture du contrat de travail

Lorsque vous cessez d'appartenir aux effectifs de votre employeur (démission, licenciement, survenance du terme du contrat de travail...), vous êtes radié de la garantie dès la date d'effet de la démission, du licenciement (préavis éventuel effectué ou non, inclus) ou du terme du contrat de travail.

Toutefois, si vous êtes en arrêt de travail pour maladie, accident, invalidité ou incapacité et que vous bénéficiez à ce titre de prestations au titre du contrat avant la rupture du contrat de travail, vous restez garanti pendant toute la durée de votre indemnisation.

2. Résiliation du contrat

2.1. Effets sur les garanties

Toutes les garanties prennent fin à la date de résiliation du contrat.

En cas de résiliation, le bénéfice des garanties en cas de décès (capital décès et rente d'éducation ou substitutive de conjoint ou Rente Handicap) est maintenu si vous êtes salarié ou ancien salarié bénéficiaire des prestations incapacité et invalidité au titre du contrat, tant que se poursuit l'arrêt de travail ou le classement en invalidité en cause et ce, au niveau des prestations en vigueur au jour de la résiliation.

2.2. Effets sur les prestations

Les prestations en cours de service ou résultant d'un événement garanti survenu antérieurement à la date de résiliation, continuent d'être assurées au niveau atteint jusqu'à l'extinction des droits.

L'organisme assureur garantira les prestations en cas de passage en invalidité dans les conditions prévues à la présente notice d'information si vous êtes indemnisé au titre de la garantie Incapacité Temporaire à la date de résiliation.

La revalorisation du salaire de référence servant au calcul des prestations cesse à la date d'effet de la résiliation.

Quelles sont les limites de vos garanties ?

Exclusions

Ne sont pas pris en charge les risques résultant :

- du fait intentionnel de l'assuré provoquant une incapacité temporaire ou permanente ;
- du fait d'une guerre étrangère à laquelle la France serait partie sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à venir ;
- du fait de guerres civiles et étrangères dès lors que l'assuré y prend une part active ;
- du fait de sinistres survenus à la suite des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de la transmutation de noyaux atomiques ;
- d'un acte effectué sous l'emprise de l'ivresse si le taux d'alcoolémie est supérieur à la limite fixée par le Code de la Route en vigueur au moment du sinistre, de l'utilisation de stupéfiants ou de substances médicamenteuses en l'absence ou en dehors des limites des prescriptions médicales.

Le bénéficiaire ayant fait l'objet d'une condamnation pénale pour l'homicide volontaire ou la tentative d'homicide volontaire de l'assuré est déchu de tout droit au capital décès, à la Rente Handicap, à la Rente Éducation ou à la rente substitutive de conjoint. Le capital est versé aux autres bénéficiaires, à l'exception de ceux reconnus comme co-auteurs ou complices.

Quelles sont les règles relatives aux prestations ?

Revalorisation des prestations en cours de service

Au titre des garanties Incapacité Temporaire et Invalidité

Les prestations Incapacité Temporaire de Travail, Invalidité et Incapacité Permanente Professionnelle en cours de service sont revalorisées, une fois par an, au 1^{er} juillet, sur la base de l'évolution du point de retraite A.G.I.R.C., lorsque vous justifiez d'un arrêt de travail d'une durée égale ou supérieure à 180 jours continus à la date d'application de la revalorisation. La première revalorisation sera donc mise en œuvre au plus tôt à compter du 181^{ème} jour d'arrêt de travail continu.

Le taux de revalorisation est fixé par référence à la variation du point de retraite A.G.I.R.C. constatée entre le début de votre arrêt de travail et la date à laquelle vous pouvez prétendre contractuellement au versement des prestations.

Au titre des garanties Rentes Éducation, Rentes substitutives de conjoint et Rentes Handicap

Les rentes Éducation, rentes substitutives de conjoint O.C.I.R.P. et Rentes Handicap sont revalorisées chaque année au 1^{er} janvier et au 1^{er} juillet selon les coefficients fixés par le Conseil d'administration de l'O.C.I.R.P.

Lorsqu'une période d'arrêt de travail pour maladie ou accident intervient avant la survenance de votre décès ou de la constatation de votre I.A.D. ou de votre I.P.P. d'un taux égal ou supérieur à 80%, l'assiette des prestations correspond à votre dernier salaire annuel brut effectivement versé, revalorisé selon un indice fixé annuellement par le conseil d'administration de l'O.C.I.R.P., et tenant compte notamment de l'inflation.

Versement des prestations

Les prestations garanties par les organismes assureurs vous sont versées soit directement, soit directement aux bénéficiaires, soit par l'intermédiaire de votre employeur, sur production d'une demande de prestation accompagnée des justificatifs requis.

Lorsque le mode de paiement choisi donne lieu à perception de frais, ceux-ci sont déduits du montant des prestations. Les pièces justificatives nécessaires à la constitution du dossier sont à votre charge ou à la charge des bénéficiaires.

Prescription

Les délais de prescription sont définis comme suit :

Versement des capitaux ou rentes suite à décès :

Les demandes non présentées dans un délai de dix ans suivant la date du décès ne donneront pas lieu au versement des prestations, sauf cas de force majeure.

Versement des capitaux ou rentes suite à invalidité absolue et définitive ou incapacité permanente professionnelle d'un taux supérieur ou égal à 80 % :

Les demandes non présentées dans un délai de cinq ans suivant la date d'attribution par la Sécurité sociale (ou par le médecin contrôleur ou conseil de l'organisme assureur) de la pension d'invalidité ou de la rente pour accident du travail au taux supérieur ou égal à 80 % ne donneront pas lieu au versement des prestations, sauf cas de force majeure.

Versement des indemnités journalières ou rentes suite à Incapacité Temporaire de Travail, Invalidité ou Incapacité Permanente Professionnelle :

Les demandes non présentées dans un délai de cinq ans suivant la date de l'arrêt de travail ou de la date d'attribution par la Sécurité sociale de la pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité permanente ne donneront pas lieu au versement des prestations, sauf cas de force majeure.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception.

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

Territorialité

Les garanties définies dans la présente notice vous sont acquises si vous exercez votre activité sur le territoire français. Celles-ci produisent leur effet dans le monde entier. Les prestations sont payées en euros.

Fausse déclaration intentionnelle

La garantie qui vous est accordée par les organismes assureurs est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour les organismes assureurs, alors même que le risque omis ou dénaturé par vous-même a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises aux organismes assureurs qui ont droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

Contrôles

Les organismes assureurs peuvent, à tout moment, faire procéder à tous contrôles, visites médicales et enquêtes qu'ils jugeraient nécessaires pour se prononcer sur l'ouverture ou la poursuite du service des prestations. Ils peuvent également, à tout moment, effectuer eux-mêmes les enquêtes et contrôles administratifs qu'ils estiment utiles.

Le service des prestations peut être refusé ou suspendu si vous refusez ces contrôles ou refusez de fournir les pièces justificatives demandées par l'organisme ayant recueilli votre adhésion ou si l'arrêt n'est pas médicalement justifié.

En tout état de cause, l'organisme assureur s'engage à informer votre employeur du contrôle et du résultat de celui-ci. Votre situation médicale peut conduire l'organisme assureur à adopter une position différente de celle de la Sécurité sociale par rapport au service des prestations d'Incapacité de Travail et d'Invalidité Permanente.

Quelles sont les modalités de gestion spécifiques aux personnes ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale ?

Arrêt de travail ayant pour origine un accident du travail ou une maladie professionnelle

La Sécurité sociale ne conditionne pas le versement de ses prestations dans ce cas, ni en terme de durée, ni d'ancienneté ou montant de cotisations réglé. En conséquence, les prestations du régime complémentaire sont versées sans aucune particularité.

Arrêt de travail ayant pour origine un accident ou une maladie d'ordre privé

Dans ce cas, et à défaut de justification de l'arrêt de travail par la production du bordereau de Sécurité sociale, la légitimité de l'indemnisation complémentaire (avec reconstitution de la prestation Sécurité sociale) devra être justifiée comme suit :

- Il devra être fourni un certificat médical, ainsi que l'attestation de non prise en charge de la Sécurité sociale qui en précise la raison.
- Dans l'hypothèse où votre arrêt se poursuivrait, l'éventuel classement en invalidité ainsi que le niveau de celle-ci (susceptible d'entraîner le versement anticipé du capital décès) seront déterminés par le médecin contrôleur / ou conseil de l'organisme assureur désigné, en accord avec votre médecin traitant, et selon les barèmes utilisés par la Sécurité sociale. Les décisions de l'organisme assureur désigné vous seront notifiées et imposées, si vous ne les contestez pas en apportant des éléments contradictoires. En cas de désaccord, une procédure de conciliation sera engagée par l'intermédiaire de votre médecin traitant.
- Dans tous les cas, vous ne pourrez pas vous soustraire au contrôle que jugera nécessaire le médecin contrôleur ou conseil de l'organisme assureur, et vous devrez répondre positivement à toute convocation de ce dernier. En cas d'impossibilité, dûment justifiée, de se déplacer, vous devrez accepter de recevoir le médecin à votre domicile, selon un rendez-vous pris en commun.
- Sauf cas de force majeure, si vous refusez de vous soumettre à un contrôle, votre droit à prestation sera suspendu tant que le dit contrôle ne pourra avoir lieu.

En tout état de cause, si vous ne pouvez pas bénéficier des prestations de la Sécurité sociale du fait que vous ne remplissez pas les conditions de durée d'immatriculation, le règlement des prestations est effectué le cas échéant par l'organisme assureur comme si cet organisme intervenait, sous réserve que lui soit délivrée toute pièce justifiant de l'arrêt de travail acceptée comme telle par l'organisme assureur dans les conditions décrites ci-avant.

Litiges Médicaux

En cas de contestation médicale, celle-ci est appréciée en dernier ressort par un médecin arbitre désigné d'un commun accord par le médecin conseil mandaté par l'organisme assureur et votre médecin traitant.

Dans le cas où cet accord ne pourrait être réalisé, le médecin arbitre sera désigné, à la demande d'un des deux médecins, par le Président du T.G.I. statuant par ordonnance de référé, dans le ressort du siège social de l'organisme assureur. Les conclusions de cette expertise seront opposables à l'organisme assureur et à vous-même, sans que vous puissiez vous prévaloir de la poursuite éventuelle d'une indemnisation par la Sécurité sociale.

Les honoraires du médecin conseil ou du médecin choisi par l'organisme ayant recueilli votre adhésion restent à la charge de l'organisme assureur ayant recueilli votre adhésion ainsi que les honoraires et les frais de nomination du tiers expert.

Toutefois, dans l'hypothèse où le tiers expert confirmerait la décision prise à votre égard, les honoraires et les frais de nomination du tiers expert seront à votre charge.

Généralités

Autorité de Contrôle des organismes assureurs

L'organisme de contrôle des organismes assureurs est l'Autorité de Contrôle Prudentiel (A.C.P.), située au 61 rue Taitbout 75009 PARIS.

Informatique et Libertés

En vertu des dispositions de la Loi informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des informations nominatives détenues qui s'exerce auprès de l'organisme assureur.

L'ensemble des informations recueillies dans le cadre de la gestion d'un dossier de prestations sont destinées à mettre en œuvre les garanties auxquelles vous pouvez prétendre ou celles auxquelles peut prétendre le ou les bénéficiaires.

Ces informations sont uniquement transmises aux prestataires sollicités dans l'organisation de la gestion des prestations et de leurs contrôles ainsi qu'à l'organisme assureur.

A ce titre, les articles R.115.1 et R.115.2 du Code de la Sécurité sociale autorisent les organismes assureurs à gérer informatiquement des données nominatives et le Numéro d'Inscription au Répertoire (N.I.R.) dans le seul objectif de la gestion du régime.

Subrogation

Pour les garanties Incapacité Temporaire Totale, Invalidité-Incapacité Permanente, les organismes assureurs sont subrogés de plein droit aux assurés victimes d'un accident à l'occasion duquel ont été versées des prestations complémentaires à caractère indemnitaire, dans leur action contre les tiers responsables et dans la limite des dépenses supportées par eux.

Définition

Sauf avis médical différent en cas de contrôle et chaque fois que les garanties en tiennent compte, il faut entendre par :

Invalidité et Incapacité Permanente Professionnelle

1. Invalidité

Par invalidité il faut entendre la réduction de la capacité de travail ou de gain reconnue par la Sécurité sociale et entraînant le classement dans l'une des catégories d'invalides visées à l'article L.341-4 du Code de la Sécurité Sociale (*).

2. Incapacité Permanente Professionnelle d'un taux égal ou supérieur à 66 %

Il s'agit de la reconnaissance par la Sécurité sociale (en application de l'article L.434-2 alinéa 1^{er} du Code de la Sécurité sociale) d'un taux d'incapacité permanente égal ou supérieur à 66 %, entraînant le versement d'une rente au titre des accidents du travail ou des maladies professionnelles (article L. 434-2 dudit Code).

L'incapacité permanente d'un taux égal ou supérieur à 66 % qui résulte d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle est assimilée, pour le calcul du montant de la prestation versée, à l'invalidité de 2^e catégorie ou de 3^e catégorie si l'état de l'assuré nécessite l'assistance d'une tierce personne.

3. Incapacité Permanente Professionnelle d'un taux compris entre 33 % et moins de 66 %

Est visée par le présent paragraphe, l'incapacité permanente (au sens de l'article L.434-2 du Code de la Sécurité sociale) d'un taux compris entre 33 % et moins de 66 % résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle et indemnisée comme telle par la Sécurité sociale au titre de l'article L.434-2.

Le montant de la rente d'incapacité permanente partielle est calculé en fonction de la formule : $(R \times 3N) / 2$

« N » étant le taux d'incapacité permanente,

« R » le montant trimestriel de la rente d'invalidité 2^{ème} catégorie qui serait versé par l'organisme assureur ayant recueilli l'adhésion.

Invalidité Absolue et Définitive (I.A.D.)

Il faut entendre par Invalidité Absolue et Définitive, l'invalidité 3^e catégorie définie à l'article L.341-4 du Code de la Sécurité sociale :

"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."

Est assimilé à l'état d'I.A.D., le salarié en arrêt de travail pour cause d'accident du travail ou maladie professionnelle dont le taux d'Incapacité fixé par la Sécurité sociale en application de l'article L.434-2 du Code de la Sécurité sociale est supérieur ou égal à 80 %.

(*) Art. L 341-4 du Code de la Sécurité sociale. En vue de la détermination du montant de la pension, les invalides sont classés comme suit :

1° Invalides capables d'exercer une activité rémunérée ;

2° Invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque ;

3° 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.

Accident et accident du travail

On entend par accident toute atteinte corporelle non intentionnelle de votre part, provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Ne sont pas considérés comme accidents les dommages résultant d'un traitement médical ou chirurgical ou de conséquences d'examens médicaux.

Par accident du travail ou maladie professionnelle, il faut entendre celui (ou celle) reconnu(e) comme tel(le) par la Sécurité sociale.

Enfants à charge

Sont considérés comme tels, indépendamment de la position fiscale, vos enfants et ceux de votre conjoint (ou concubin ou partenaire lié par un Pacs), qu'ils soient légitimes, naturels, adoptifs, reconnus ou recueillis :

- jusqu'à leur 18^{ème} anniversaire, sans condition,
- jusqu'à leur 26^{ème} anniversaire, et sous condition, soit :
 - de poursuivre des études dans un établissement d'enseignement secondaire, supérieur ou professionnel,
 - d'être en apprentissage,

- de poursuivre une formation professionnelle en alternance, dans le cadre d'un contrat d'aide à l'insertion professionnelle des jeunes associant d'une part des enseignements 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 :
 - 1) inscrits auprès de Pôle Emploi comme demandeurs d'emploi,
 - 2) ou stagiaires de la formation professionnelle.
 - d'être employés dans un Etablissement et Service d'Aide par le Travail (E.S.A.T) ou dans un atelier protégé, en tant que travailleurs handicapés,
- sans limitation de durée en cas d'invalidité avant le 26^{ème} anniversaire, équivalente à l'invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie de la Sécurité sociale justifiée par un avis médical ou tant qu'ils bénéficient de l'allocation spécifique aux personnes handicapées (Allocation d'Enfant Handicapé ou d'Adulte Handicapé) et tant qu'ils sont titulaires de la carte d'invalidité civile, sous réserve d'être âgés de moins de 26 ans à la date du décès du parent assuré.

Par assimilation, sont considérés à charge, s'ils remplissent les conditions indiquées ci-dessus, les enfants à naître et nés viables et les enfants recueillis, c'est-à-dire ceux de votre ex-conjoint éventuel, de votre conjoint ou de votre concubin ou de votre partenaire lié par un Pacs, qui ont vécu au foyer jusqu'au moment de votre décès et si leur autre parent n'est pas tenu au versement d'une pension alimentaire.

Conjoint

On entend par conjoint, votre époux ou votre épouse non divorcé ni séparé de corps judiciairement.

Concubin

On entend par concubin, la personne vivant en couple avec vous au moment de l'évènement ouvrant droit à garantie.

La définition de concubinage est celle retenue par l'article 515-8 du Code Civil. De plus, le concubinage doit avoir été notoire et continu pendant une durée d'au moins 2 ans jusqu'au sinistre. Aucune durée n'est exigée si un enfant au moins est né ou a été adopté lors de la vie commune.

Pacsé

On entend par partenaire lié par un Pacs, la personne étant liée avec vous par un Pacte Civil de Solidarité tel que défini à l'article 515-1 du Code Civil.

DOCUMENTS À FOURNIR		INCAPACITÉ DE TRAVAIL (I.J.)	RENTES INVALIDITÉ ET I.P.P.	DÉCÈS I.A.D.	RENTE EDUCATION O.C.I.R.P.	RENTE SUBSTITUTIVE DE CONJOINT O.C.I.R.P.	RENTE HANDICAP O.C.I.R.P.
Demande d'indemnités journalières, signée par votre employeur		●					
Décomptes d'indemnités journalières de la Sécurité sociale, à défaut, la notification de l'arrêt de travail du médecin traitant et l'attestation de non prise en charge émanant de la Sécurité sociale		●					
En cas de temps partiel thérapeutique joindre les attestations de salaires et les bordereaux de Sécurité sociale		●					
Photocopies des bulletins de salaire des 12 derniers mois civils précédant l'évènement ouvrant droit aux prestations		●		●	●	●	●
Photocopies des bulletins de salaire des 3 derniers mois civils précédant l'évènement ouvrant droit aux prestations conjoint ou de rente handicap signée de votre employeur		●	●		●	●	●
Demande de rente d'invalidité, d'incapacité permanente professionnelle, de rente éducative, de rente substitutive de conjoint ou de rente handicap signée de votre employeur			●		●	●	●
Notification d'attribution de la rente d'invalidité ou d'incapacité Permanente Professionnelle en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, émanant de la Sécurité sociale, à défaut, la notification de l'arrêt de travail du médecin traitant et l'attestation de non prise en charge émanant de la Sécurité Sociale			●				
Attestation sur l'honneur de non activité rémunérée ou justificatif de salaire en cas d'activité rémunérée			●				
Demande de capital Décès signée de votre employeur				●			
Acte de décès (bulletin de décès)				●			
Titre de pension d'invalidité de 3 ^{ème} catégorie ou de rente d'accident du travail ayant donné lieu à l'attribution d'une majoration pour tierce personne, émis par Sécurité sociale				●	●	●	●
Copie du livret de famille du défunt ou un acte de mariage, à défaut un acte de naissance du défunt				●			
Acte de naissance de chaque enfant bénéficiaire si le livret de famille du défunt n'est pas produit					●		●
Justificatif de la qualité de conjoint ou à défaut, d'ayants droit ainsi que les numéros de Sécurité sociale des ayants droit				●	●	●	●
Acte de naissance de chaque bénéficiaire lorsque le bénéficiaire est un ascendant de l'assuré ou un bénéficiaire désigné (autre que conjoint et enfants) ou un héritier				●	●	●	●
Photocopie du dernier avis d'imposition du salarié, et le cas échéant du concubin ou partenaire Pacs				●		●	●
En présence d'enfants, un certificat de scolarité ou, à défaut pour les enfants de plus de 18 ans, copie du contrat d'apprentissage ou de professionnalisation				●	●	●	●
Si personne infirme à charge, la carte d'invalidité civil ou d'attribution de l'allocation pour adulte handicapé					●	●	●
Justificatifs utiles de l'identité, la qualité et l'adresse des bénéficiaires				●	●	●	●
Attestation d'inscription à Pôle Emploi				●	●	●	●
Copie certifiée conforme du jugement de tutelle nommant le représentant légal des orphelins					●	●	●
S'il y a lieu, une attestation de concubinage délivrée par la mairie, une photocopie du livret de famille pour les concubins ayant des enfants en commun ou, à défaut, une déclaration sur l'honneur accompagnée d'un justificatif de domicile commun (quittance de loyer aux deux noms, quittance d'électricité, de téléphone)				●		●	
S'il y a lieu une attestation établissant l'engagement dans les liens d'un Pacs, délivrée par le greffe du tribunal d'instance du lieu de naissance (attestation de moins de 3 mois)				●		●	
Attestation détaillée de votre médecin traitant				●		●	●
Certificat médical sous enveloppe cachetée attestant de l'état de handicap du bénéficiaire					●		●



IMPORTANT

Attestation de réception de la notice d'information à découper et à remettre à votre employeur



ATTESTATION DE RÉCEPTION de la Notice d'Information

à remettre à votre employeur

Je soussigné(e),

Reconnais avoir reçu la notice d'information référencée « CCN du 15 mars 1966-2011 » relative au régime de prévoyance conventionnel souscrit auprès de l'organisme assureur ayant recueilli l'adhésion de mon employeur:

.....

À..... Le.....

Signature:

