



RÉGIME DE PRÉVOYANCE

Notice d'information
Édition 2011

Convention Collective Nationale
des Ateliers et Chantiers d'Insertion



SOMMAIRE

CHAPITRE I - PRÉSENTATION DU RÉGIME COVENTIONNEL	Page 4
RÉGIME CONVENTIONNEL DE PRÉVOYANCE OBLIGATOIRE	Page 4
INFORMATION DES SALARIÉS	Page 4
CHAPITRE II - LES GARANTIES DU RÉGIMES	Pages 5 à 10
INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL	Page 5
PERSONNEL CONCERNÉ	
QUEL EST L'OBJET DE LA GARANTIE ?	
QUEL EST LE POINT DE DÉPART DE L'INDEMNISATION ? QUEL EST LE MONTANT DE LA PRESTATION ?	
QUEL EST LE TERME DE L'INDEMNISATION ?	
CONDITIONS DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS	
INVALIDITÉ - INCAPACITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE	Pages 5 à 7
PERSONNEL CONCERNÉ	
QUEL EST L'OBJET DE LA GARANTIE ?	
QUEL EST LE MONTANT ANNUEL DE LA PRESTATION ? QUEL EST LE TERME DE L'INDEMNISATION ? ASSURÉ DONT LE CONTRAT DE TRAVAIL EST ROMPU CONDITIONS DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS	
DÉCÈS - INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE (IAD)	Pages 7 à 8
PERSONNEL CONCERNÉ	
QUEL EST L'OBJET DE LA GARANTIE ?	
QUEL EST LE MONTANT DE LA PRESTATION ?	
QUI SONT LES BÉNÉFICIAIRES DE LA PRESTATION ? CONDITIONS DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS	
RENTE ÉDUCATION (OCIRP)	Pages 8 à 9
PERSONNEL CONCERNÉ	
QUEL EST L'OBJET DE LA GARANTIE ET LE MONTANT DE LA PRESTATION ? QUI SONT LES BÉNÉFICIAIRES DE LA PRESTATION ?	
CONDITIONS DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS	
QUAND CESSE LE VERSEMENT DES RENTES ?	

RENTE VIAGÈRE CONJOINT - SALARIÉS CADRES UNIQUEMENT (OCIRP)	Pages 9 à 10
---	--------------

PERSONNEL CONCERNÉ

QUEL EST L'OBJET DE LA GARANTIE ET LE MONTANT DE LA
PRESTATION ? QUI EST LE BÉNÉFICIAIRE DES PRESTATIONS ?

CONDITIONS DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

QUAND CESSE LE VERSEMENT DES RENTES ?

CHAPITRE III - DISPOSITIONS GÉNÉRALES **Pages 10 à 16**

SALAIRE SERVANT DE BASE DE CALCUL AUX COTISATIONS Page 10

EXONÉRATION DE PAIEMENT DES COTISATIONS Page 10

SALAIRE SERVANT DE BASE DE CALCUL AUX PRESTATIONS GARANTIES Page 10

REVALORISATION Page 11

SUSPENSION DES GARANTIES Page 11

QUAND CESSENT LES GARANTIES ? Page 12

MAINTIEN DES GARANTIES Page 12

VERSEMENT DES PRESTATIONS Page 14

PRESCRIPTION Page 14

EXCLUSIONS Page 14

CONTRÔLE MÉDICAL Page 15

LITIGES MÉDICAUX Page 15

FAUSSE DÉCLARATION INTENTIONNELLE Page 15

SUBROGATION Page 15

TERRITORIALITÉ Page 15

AUTORITÉ DE CONTRÔLE DES ASSURANCES ET DES MUTUELLES..... Page 15

INFORMATIQUE ET LIBERTÉS Page 15

DÉFINITIONS Page 16

ANNEXE : **Page 19**

ATTESTATION DE LA NOTICE D'INFORMATION À REMETTRE À VOTRE EMPLOYEUR Page 19

PIÈCE JUSTIFICATIVES À FOURNIR POUR TOUTE DEMANDE DE PRESTATIONS Page 21

CHAPITRE I PRÉSENTATION DU RÉGIME CONVENTIONNEL

>> RÉGIME CONVENTIONNEL DE PRÉVOYANCE OBLIGATOIRE

Par la signature de l'accord du 17 juin 2010, le Syndicat national des employeurs spécifiques d'insertion (SYNESI) et les organisations syndicales de salariés ont institué un régime de prévoyance applicable à l'ensemble des employeurs et salariés de droit privé, cadres et non cadres, titulaires d'un contrat de travail et ce quelle que soit la nature et la durée de ce contrat, des Ateliers et Chantiers d'Insertion conventionnés par l'Etat au titre de l'article L.5132-15 du Code du travail.

Le présent régime est applicable à compter du 1^{er} janvier 2011 pour les adhérents au SYNESI et au 1^{er} jour du trimestre civil qui suit la publication au Journal officiel de l'arrêté d'extension de l'accord du 17 juin 2010, pour les ACI non adhérents au SYNESI.

Dans le cadre de la mutualisation et pour faciliter une bonne diffusion et application des garanties, l'Union Nationale de la Prévoyance de la Mutualité Française, ci-après dénommée l'UNPMF, Malakoff Médéric Prévoyance et l'Organisme commun des institutions de rentes et de prévoyance, ci-après dénommé l'OCIRP, sont désignés comme assureurs.

L'UNPMF et Malakoff Médéric Prévoyance, organismes assureurs des garanties Incapacité temporaire de travail, Invalidité/Incapacité permanente professionnelle et Décès-IAD, agissent pour le compte de l'OCIRP assureur de la garantie rente éducation et de la rente de conjoint.

La gestion de l'ensemble des risques est déléguée à la Mutuelle CHORUM, mutuelle relevant du livre II du Code de la Mutualité, qui assure la mise en place du régime.

Modalités d'affiliation

Le salarié est immédiatement admis dans l'assurance dès lors que celui-ci est non-cadre ou cadre, sous contrat de travail à la date d'effet du contrat souscrit par son employeur et affilié à la Sécurité sociale.

Si le salarié non-cadre ou cadre est engagé postérieurement à la prise d'effet du contrat conclu par son employeur, son affiliation prend effet à la date de son

engagement, dès lors qu'il répond aux conditions définies ci-dessus, et sous réserve d'avoir été déclaré à l'organisme assureur dans les trois mois suivants la date de son embauche et d'avoir effectivement pris ses 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 l'adhérent.

>> INFORMATION DES SALARIÉS

La présente notice d'information est obligatoirement remise par l'employeur aux salariés non-cadres et cadres dès lors qu'ils sont dûment affiliés au contrat de prévoyance collective à adhésion obligatoire. Cette notice leur permet de connaître les garanties définies au contrat de prévoyance collective à adhésion obligatoire souscrit par leur 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.

Chaque salarié doit compléter et remettre à son employeur l'attestation destinée à certifier qu'il a bien reçu la notice, et se trouvant en dernière page de la présente notice; lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations de l'assuré, l'adhérent est tenu d'informer chaque assuré en lui remettant une mise à jour de la notice ou un additif établi(e) à cet effet par les organismes assureurs.

Chaque salarié peut s'adresser à son employeur ou à ses délégués du personnel pour connaître le contenu complet des dispositions conventionnelles relatives à la prévoyance de la Convention Collective Nationale des Ateliers et Chantiers d'Insertion (ACI).

Pour toute question d'interprétation, d'orientation générale, d'application de l'accord de prévoyance, chaque salarié peut s'adresser aux membres de la Commission paritaire. Pour toute question liée à la gestion du régime, la Mutuelle CHORUM est à sa disposition.

CHAPITRE II LES GARANTIES DU RÉGIME

INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL

>> PERSONNEL CONCERNÉ

Tout assuré ayant au moins 1 an d'ancienneté dans la structure (au 1^{er} jour d'arrêt de travail).

>> 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 et indemnisé par la Sécurité sociale ou la Mutualité sociale agricole, l'organisme assureur verse des indemnités journalières complémentaires aux assurés dans les conditions définies ci-dessous :

>> QUEL EST LE POINT DE DÉPART DE L'INDEMNISATION ?

Les indemnités journalières sont servies en relais des obligations minimales de maintien de salaire mises à la charge de l'employeur au titre de l'article 7 de la Loi du 19 janvier 1978 modifié par l'article 5 de l'Accord National Interprofessionnel du 11 janvier 2008 (articles L.1226-1 et D.1226-1 à 8 du Code du travail).

>> QUEL EST LE MONTANT DE LA PRESTATION ?

15 % du salaire de référence tel que défini aux Dispositions Générales de la présente notice (prestations versées par la Sécurité sociale ou la Mutualité sociale agricole non comprises, CSG et CRDS retranchées).

En tout état de cause, le total perçu par le salarié (prestations de la Sécurité sociale ou de la Mutualité sociale agricole, éventuel salaire à temps partiel, pension de retraite et prestations complémentaires ainsi que toute autre ressource) ne saurait excéder son salaire net à payer d'activité.

>> QUEL EST LE TERME DE L'INDEMNISATION ?

La prestation cesse d'être versée dès la survenance de l'un des événements suivants :

- **dès la reprise du travail à temps complet ;**
- **dès la reprise de travail à temps partiel, sauf si celle-ci est préconisée par la Sécurité sociale ou la Mutualité sociale agricole, pour des raisons thérapeutiques ;**

- **à la date à laquelle l'assuré cesse de percevoir des indemnités journalières de la Sécurité sociale ou de la Mutualité sociale agricole ;**
- **à la date de reconnaissance par la Sécurité sociale ou la Mutualité sociale agricole de l'état d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle étant à l'origine du versement des indemnités journalières ;**
- **à la date d'effet de la liquidation d'une pension vieillesse de la Sécurité sociale ou de la Mutualité sociale agricole à l'exception des personnes en situation de cumul emploi retraite tel que défini par les textes en vigueur ;**
- **au plus tard au 1095^e jour d'arrêt de travail ;**
- **et en tout état de cause, au jour du décès de l'assuré.**

>> CONDITIONS DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Les demandes d'indemnités journalières doivent être effectuées auprès de l'organisme assureur ayant recueilli l'adhésion dès réception des décomptes de prestations en espèces émanant de la Sécurité sociale ou de la Mutualité sociale agricole et sur production des justificatifs définis dans le tableau récapitulatif des pièces à fournir.

Les indemnités journalières sont versées par l'organisme assureur au fur et à mesure de la présentation des décomptes de prestations en espèces émanant de la Sécurité sociale ou de la Mutualité sociale agricole :

- à l'adhérent ;
- en cas de rupture du contrat de travail, à l'assuré.

INVALIDITÉ - INCAPACITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE

>> PERSONNEL CONCERNÉ

Tout assuré quelle que soit son ancienneté dans la structure.

>> QUEL EST L'OBJET DE LA GARANTIE ?

Dès la reconnaissance par la Sécurité sociale ou la Mutualité sociale agricole de l'état d'Invalidité telle que définie à l'article L.341-4 du Code de la Sécurité sociale ou de l'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, de l'assuré, l'organisme assureur verse, sous réserve du contrôle

médical tel que prévu aux Dispositions Générales de la présente notice, une rente complétant celle de la Sécurité sociale ou de la Mutualité sociale agricole, afin de compenser la perte de salaire de l'assuré.

>> QUEL EST LE MONTANT ANNUEL DE LA PRESTATION ?

Le montant annuel de la rente nette défini ci-après s'entend sous déduction des prestations servies par la Sécurité sociale ou la Mutualité sociale agricole, CSG et CRDS retranchées :

En cas d'invalidité de 2^e ou 3^e catégorie de la Sécurité sociale ou d'IPP d'un taux égal ou supérieur à 66 % :

- 78 % du salaire de référence tel que défini aux Dispositions Générales de la présente notice

En cas d'invalidité de 1^{re} catégorie de la Sécurité sociale :

- 48 % du salaire de référence tel que défini aux Dispositions Générales de la présente notice.

En cas d'IPP d'un taux « n » compris entre 33 % et moins de 66 %, le montant de la rente nette est calculé selon la formule suivante :

- $3n / 2 * 78\%$ du salaire de référence tel que défini aux Dispositions Générales de la présente notice.

n = taux d'incapacité retenu par la Sécurité sociale ou la Mutualité sociale agricole.

En tout état de cause, le total perçu par le salarié (prestations de la Sécurité sociale ou de la Mutualité sociale agricole, éventuel salaire à temps partiel, pension de retraite, prestations complémentaires ainsi que tout autre ressource) ne saurait excéder son salaire net à payer d'activité. Le complément de pension accordé par la Sécurité sociale ou la Mutualité sociale agricole au titre de l'assistance d'une tierce personne n'entre pas dans ce calcul.

>> QUEL EST LE TERME DE L'INDEMNISATION ?

La prestation cesse d'être versée dès la survenance de l'un des événements suivants :

- du jour où la Sécurité sociale ou la Mutualité sociale agricole cesse le versement de la pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité permanente professionnelle de l'assuré;
- du jour où cesse le classement de l'assuré en 1^{re}, 2^e ou 3^e catégorie de la Sécurité sociale ou de la Mutualité sociale agricole;

- du jour où le taux d'incapacité permanente au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle devient inférieur à 33 %;
- du jour auquel l'assuré perçoit une pension vieillesse de la Sécurité sociale ou de la Mutualité sociale agricole, à l'exception des personnes en situation de cumul emploi retraite tel que défini par les textes en vigueur;
- du jour de la reprise de travail à temps complet;
- au jour de la reprise du travail à temps partiel, sauf si celle-ci est préconisée par la Sécurité sociale ou la Mutualité sociale agricole pour des raisons thérapeutiques;
- et en tout état de cause, au jour du décès de l'assuré.

Le service des rentes interrompu en application des dispositions prévues ci-dessus est automatiquement repris dans les limites fixées ci-dessus, à compter du jour où il a été médicalement constaté par la Sécurité sociale ou la Mutualité sociale agricole, que l'invalidité génère à nouveau un classement en 1^{re}, 2^e ou 3^e catégorie, ou que le taux d'incapacité permanente professionnelle redevient égal ou supérieur à 33 %, et ce en cas de rechute reconnue comme telle par la Sécurité sociale ou la Mutualité sociale agricole.

>> ASSURÉ DONT LE CONTRAT DE TRAVAIL EST ROMPU

Si l'assuré est licencié ou est arrivé au terme de son contrat de travail et se voit attribuer par le régime de la Sécurité sociale ou de la Mutualité sociale agricole une rente ou une pension, l'organisme assureur ayant recueilli l'adhésion n'interviendra à son tour qu'à la condition que l'arrêt de travail initial médicalement constaté et indemnisé par le régime de la Sécurité sociale ou de la Mutualité sociale agricole ait eu lieu avant la rupture du contrat de travail (à l'issue de la période de préavis effectué ou non).

>> CONDITIONS DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Les demandes de rentes doivent être effectuées dès réception des décomptes de prestations en espèces de la Sécurité sociale ou de la Mutualité sociale agricole auprès de l'organisme assureur et sur production des justificatifs visés au tableau récapitulatif des pièces à fournir.

Les rentes sont versées par l'organisme assureur à l'assuré à terme échu, mensuellement ou, le cas échéant, selon la même périodicité que le versement par la Sécurité

sociale ou la Mutualité sociale agricole des pensions d'invalidité ou des rentes d'incapacité, sur production périodique d'un justificatif attestant de la poursuite du versement de la rente ou de la pension par la Sécurité sociale ou la Mutualité sociale agricole.

DÉCÈS - INVALIDITÉ ABSOLUE ET DEFINITIVE (IAD)

>> PERSONNEL CONCERNÉ

Tout assuré quelle que soit son ancienneté dans la structure.

>> QUEL EST L'OBJET DE LA GARANTIE ?

Garantir le versement d'un capital lorsque survient le décès ou l'invalidité absolue et définitive ou l'incapacité permanente professionnelle (I.P.P.) d'un taux égal ou supérieur à 80% de l'assuré, 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 ?

Montant du capital versé en cas de décès

• Personnel non cadre et cadre

- Quelle que soit la situation familiale de l'assuré :
 - ▶ 100% du salaire annuel de référence tranches A et B tel que défini aux Dispositions Générales de la présente notice.

• Personnel cadre

- Quelle que soit la situation familiale de l'assuré :
 - ▶ 200% du salaire annuel de référence tranche A tel que défini aux Dispositions Générales de la présente notice.

Versement d'un capital en cas d'IAD de l'assuré

Dès la reconnaissance par la Sécurité sociale ou la Mutualité sociale agricole, de l'état d'invalidité absolue et définitive (3^e catégorie de la Sécurité sociale) ou d'une Incapacité Permanente Professionnelle d'un taux égal ou supérieur à 80% de l'assuré, le capital prévu en cas de décès peut être versé à l'assuré par anticipation, sur sa demande.

Le versement par anticipation du capital décès au titre de l'IAD (3^e catégorie de la Sécurité sociale) ou de l'IPP d'un taux égal ou supérieur à 80%, met fin à la présente garantie décès.

>> QUI SONT LES BÉNÉFICIAIRES DES PRESTATIONS ?

• En cas de décès de l'assuré

Les bénéficiaires du capital, sont la ou les personne(s) ayant fait l'objet d'une désignation écrite et formelle de la part de l'assuré auprès de l'organisme ayant recueilli l'adhésion, dans les conditions définies ci-après.

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

En l'absence de désignation expresse d'un bénéficiaire par le salarié, notifiée à l'organisme assureur ou lorsque l'ensemble des bénéficiaires a renoncé ou disparu, le capital est versé selon l'ordre de priorité suivant :

- à son conjoint survivant non divorcé, ni séparé de corps judiciairement, ou à défaut à son partenaire de Pacs, son concubin, (tels que définis aux Dispositions Générales de la présente notice d'information)
- à défaut et par parts égales entre eux:
 - ▶ à ses enfants nés ou à naître, vivants ou représentés,
 - ▶ à défaut à ses parents,
 - ▶ à défaut à ses grands- parents,
- et à défaut, aux héritiers du salarié décédé selon les règles de dévolution successorale.

Il est précisé que l'assuré peut, à tout moment, faire une désignation différente par lettre adressée à l'organisme assureur, à condition que le ou (les) bénéficiaire(s) n'ait (n'aient) pas accepté le bénéfice de l'assurance.

La désignation du bénéficiaire devient irrévocable en cas d'acceptation par ce dernier, effectuée dans les conditions suivantes :

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

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

• En cas d'Invalidité absolue et définitive (IAD)

En cas d'IAD ou d'Incapacité Permanente Professionnelle d'un taux supérieur ou égal à 80%, le bénéficiaire est l'assuré lui-même.

>> CONDITIONS DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Les capitaux sont versés en une seule fois à réception des justificatifs visés au tableau récapitulatif des pièces à fournir, et sous réserve, le cas échéant pour l'IAD ou l'Incapacité Permanente Professionnelle d'un taux supérieur ou égal à 80%, du contrôle médical prévu aux Dispositions Générales de la présente notice.

RENTE EDUCATION (OCIRP)

>> PERSONNEL CONCERNÉ

Tout assuré quelle que soit son ancienneté dans la structure.

>> QUEL EST L'OBJET DE LA GARANTIE ET LE MONTANT DE LA PRESTATION ?

Rente Education

En cas de décès, quelle qu'en soit la cause ou d'Invalidité Absolue et Définitive (IAD) ou d'Incapacité Permanente professionnelle (IPP) d'un taux supérieur ou égal à 80%, de l'assuré, il est versé à chaque enfant à charge au sens des dispositions qui suivent, une rente temporaire dont le montant annuel est égal à :

Jusqu'au 11^e anniversaire :

- 5 % du plafond annuel de la Sécurité sociale*

Du 11^e au 18^e anniversaire

- 6,5 % du plafond annuel de la Sécurité sociale*

Du 18^e anniversaire au 26^e anniversaire

(sous conditions)

- 8 % du plafond annuel de la Sécurité sociale *

* P.A.S.S. en vigueur au jour du décès.

Le décès de l'assuré consécutif à une IAD ou à une IPP d'un taux égal ou supérieur 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 l'IAD ou de l'IPP d'un taux égal ou supérieur à 80 % se poursuit en cas de décès de l'assuré.

Rente complémentaire d'orphelin

En cas de décès du conjoint de l'assuré non remarié, du concubin, ou du partenaire du Pacs, survenant

simultanément ou postérieurement à celui de l'assuré (dans ce cas lorsque le décès est survenu au plus tard dans les 12 mois suivant cet événement), il est versé à chaque enfant à charge au sens des dispositions qui suivent une allocation complémentaire annuelle égale à **100 % de la rente servie à titre principal.**

>> QUI SONT LES BÉNÉFICIAIRES DE LA PRESTATION ?

Les bénéficiaires des rentes éducation sont le ou les enfant(s) à charge de l'assuré tels que définis ci-après.

La qualité d'enfant à charge s'apprécie à la date de l'évènement ouvrant droit à prestations.

Si le bénéficiaire 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 l'enfant ou à l'enfant bénéficiaire, sur sa demande, s'il a la capacité juridique.

- **Sont considérés comme enfants à charge**, indépendamment de la position fiscale, les enfants de l'assuré, qu'ils soient légitimes, naturels, adoptifs ou reconnus :

- jusqu'à leur 18^e anniversaire, sans condition,
- jusqu'à leur 26^e anniversaire 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 : inscrit auprès de Pôle emploi comme demandeurs d'emploi, ou stagiaires de la formation professionnelle ;
 - ▶ d'être employé dans un Etablissement et Service d'Aide par le Travail ou dans un atelier protégé en tant que travailleurs handicapés.

Par assimilation, sont considérés à charge, s'ils remplissent les conditions exposées ci-dessus, les enfants

à naître et nés viables ainsi que les enfants recueillis (c'est à dire ceux du conjoint, de l'ex-conjoint éventuel ou du concubin ou 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).

• **La rente est versée sans limitation de durée pour les enfants :**

- âgés de moins de 26 ans à la date du décès (ou de l'Invalidité absolue et définitive) du salarié;
- dont l'invalidité équivalente à la 2^e ou 3^e catégorie de la Sécurité sociale a été reconnue avant leur 26^e anniversaire justifiée par un avis médical ou tant qu'ils bénéficient de l'allocation spécifique aux personnes handicapées (soit allocation d'éducation de l'enfant handicapé, soit allocation pour adulte handicapé);
- et titulaires de la carte d'invalidité civile prévue à l'article L.241-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

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

>> CONDITIONS DE RÈGLEMENT DE PRESTATION

La déclaration de décès ou de reconnaissance de l'état d'Invalidité absolue et définitive ou d'Incapacité permanente professionnelle d'un taux égal ou supérieur à 80% et le dépôt du dossier auprès de l'organisme assureur doivent être effectués dans les meilleurs délais à compter de la date de l'événement.

Les prestations prennent alors effet le premier jour du mois civil qui suit celui au cours duquel est survenu le décès de l'assuré ou la reconnaissance de l'IAD ou de l'IPP d'un taux égal ou supérieur à 80%.

Les rentes sont versées trimestriellement et à terme avance sur production des pièces et justificatifs prévus au tableau récapitulatif des pièces à fournir; 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.

En cas de décès, la rente est versée au représentant légal de l'enfant ou à l'enfant bénéficiaire, sur sa demande, s'il a la capacité juridique. En cas d'IAD ou d'IPP d'un taux égal ou supérieur à 80%, la rente est versée à l'assuré.

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.

Quand cesse le versement des rentes ?

Le service des rentes prend fin à dater :

- **du dernier jour du trimestre civil au cours duquel l'enfant cesse d'être à charge tel que défini ci-dessus au paragraphe « Qui sont les bénéficiaires de la prestation ? »,**
- **et en tout état de cause, du jour du décès du bénéficiaire.**

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

**RENTE VIAGÈRE DE CONJOINT - SALARIÉS
CADRES UNIQUEMENT (OCIRP)**

>> PERSONNEL CONCERNÉ

Tout assuré cadre quelle que soit son ancienneté dans la structure.

**>> QUEL EST OBJET DE GARANTIE ET
LE MONTANT ANNUEL DE LA PRESTATION ?**

En cas de décès, quelle qu'en soit la cause, ou d'IAD ou d'Incapacité Permanente Professionnelle d'un taux égal ou supérieur à 80%, de l'assuré cadre, il est versé à son conjoint, ou concubin ou partenaire de Pacs, tels que définies aux Dispositions Générales une rente viagère dont le montant annuel est égal à :

- **10 % du salaire de référence limité à la tranche A tel que défini aux Dispositions Générales de la présente notice.**

Le décès de l'assuré consécutif à une IAD ou à une IPP d'un taux égal ou supérieur à 80 % ne peut donner lieu au versement d'une nouvelle rente de conjoint.

En tout état de cause, le versement de la rente de conjoint ayant débuté à la date de reconnaissance de l'IAD ou de l'IPP d'un taux égal ou supérieur à 80 % se poursuit en cas de décès de l'assuré.

>> QUI EST LE BÉNÉFICIAIRE DES PRESTATIONS

Le bénéficiaire de la rente viagère est le conjoint survivant de l'assuré non divorcé, ni séparé de corps judiciairement ou à défaut son concubin ou son partenaire de Pacs (ceux-ci ayant toujours cette qualité au jour du décès).

>> CONDITIONS DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Les prestations sont servies dès le premier jour du mois civil suivant le décès ou la reconnaissance de l'Invalidité Absolue et Définitive ou de l'Incapacité Permanente Professionnelle d'un taux supérieur ou égal à 80%.

Les rentes sont versées trimestriellement et à terme avance sur production des pièces et justificatifs demandés par l'organisme assureur, 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.

>> QUAND CESSE LE VERSEMENT DES RENTES ?

Le service de la rente viagère cesse, en tout état de cause, le dernier jour du trimestre civil au cours duquel se produit le décès du bénéficiaire.

CHAPITRE III DISPOSITIONS GÉNÉRALES

>> SALAIRE DE RÉFÉRENCE SERVANT DE BASE DE CALCUL AUX COTISATIONS

Est soumis à cotisations, le salaire brut limité aux Tranches A et B y compris 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...).

Le salaire retenu se décompose comme suit :

- 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 4 fois ce plafond.

En cas d'instauration par les pouvoirs publics de taxes, contributions ou charges de toutes natures assises sur les cotisations, les cotisations appelées pourront être majorées à due concurrence.

Il est précisé que pour la garantie Incapacité temporaire de travail, seuls les salariés ayant au moins un an d'ancienneté doivent cotiser à cette garantie.

>> EXONÉRATION DE PAIEMENT DES COTISATIONS

Il y a exonération du paiement des cotisations (patronales et salariales) pour les salariés indemnisés au titre du régime conventionnel (indemnités journalières ou rentes complémentaires) et qui ne perçoivent plus de salaire.

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

>> SALAIRE DE RÉFÉRENCE SERVANT DE BASE AU CALCUL DES PRESTATIONS GARANTIES

Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations est défini pour chacune des garanties comme suit :

Garanties Décès /IAD, rente éducation et rente de conjoint pour les cadres

Le salaire de référence est le salaire brut fixe versé par l'employeur à l'assuré ayant donné lieu au paiement

des cotisations au cours des douze mois civils d'activité précédant la date de l'événement ouvrant droit aux prestations.

Garanties Incapacité temporaire de travail

Le salaire de référence est le salaire brut fixe versé par l'employeur à l'assuré ayant donné lieu au paiement des cotisations au cours des douze mois civils d'activité précédant la date de l'événement ouvrant droit aux prestations (indemnités journalières versées par la Sécurité sociale ou la Mutualité sociale agricole, non comprises, CGS-CRDS retranchées).

Garanties invalidité / Incapacité permanente professionnelle

Le salaire de référence est le salaire net à payer fixe versé par l'employeur à l'assuré ayant donné lieu au paiement des cotisations au cours des douze mois civils d'activité précédant la date de l'événement ouvrant droit aux prestations (sous déduction des rentes ou pensions versées par la Sécurité sociale ou la Mutualité sociale agricole, CGS-CRDS retranchées).

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 cotisations, y compris les éventuels éléments variables de la rémunération.

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

>> REVALORISATION

Au titre des garanties Incapacité temporaire et invalidité / Incapacité permanente professionnelle :

Les prestations Incapacité temporaire de travail et invalidité/Incapacité permanente professionnelle sont revalorisées au 1^{er} juillet de chaque année selon la variation du point de retraite ARRCO sous réserve que 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.

Le taux de revalorisation est fixé par référence à la variation du point de retraite ARRCO constatée entre le début de l'arrêt de travail de l'assuré et la date à laquelle ce dernier peut prétendre contractuellement au versement des prestations.

Au titre des garanties Rente éducation et Rente de conjoint (cadres exclusivement) :

Les rentes éducation et les rentes de conjoint (pour les cadres) OCIRP sont revalorisées chaque année au 1^{er} janvier et au 1^{er} juillet selon les coefficients fixés par le Conseil d'administration de l'Union-OCIRP.

Lorsqu'une période d'arrêt de travail pour maladie ou accident intervient avant la survenance du décès ou de la constatation de l'IAO ou de l'IPP d'un taux égal ou supérieur à 80%, l'assiette des prestations correspond au dernier salaire annuel brut effectivement versé au salarié, revalorisé selon un indice fixé annuellement par l'OCIRP, et tenant compte notamment de l'inflation.

>> SUSPENSION DE GARANTIES

Cas de suspensions des garanties

La garantie est suspendue de plein droit dans les cas suivants de suspension du contrat de travail de l'assuré :

- congé sabbatique visé à l'article L.3142-91 et suivants du Code du travail ;
- congé pour création d'entreprise visé à l'article L.3142-78, L.3142-79, L.3142-80 et suivants du Code du travail ;
- congé parental d'éducation visé à l'article L.1225-47, L.1225-48, L.1225-49, L.1225-50, L.1225-51, R.1225-8, R.1225-9 du Code du travail ;
- congé de soutien familial visé à l'article L.3142-22 et suivants du Code du travail ;
- congé sans solde, tel que convenu après accord entre l'employeur et le salarié ;

et tout autre congé considéré par la législation du travail comme un cas de suspension du contrat de travail non rémunéré.

Modalités de la suspension de la garantie

La suspension de la garantie intervient à la date de cessation de l'activité professionnelle. La garantie reprend effet dès la reprise effective du travail par l'intéressé au sein de la structure et suivant les conditions prévues aux modalités d'affiliation définies au chapitre I de la présente notice, sous réserve que l'organisme assureur en soit informé dans les trois mois suivant la date de reprise.

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

>> QUAND CESSENT LES GARANTIES ?

Les garanties du régime conventionnel cessent au plus tard :

- à la date d'effet de la dénonciation de l'accord du 17 juin 2010 par les partenaires sociaux ;
- à la date d'effet de la dénonciation du contrat de garanties collectives par les organismes assureurs ;
- à la date à laquelle l'employeur ne relève plus du champ d'application de l'accord du 17 juin 2010 consécutive exclusivement au changement de secteur d'activité, sous réserve que ce dernier ait effectué une demande de résiliation par lettre recommandée avec accusé de réception, laquelle doit être acceptée par l'organisme assureur ;
- à la date de rupture du contrat de travail de l'assuré (correspondant au terme de la période de préavis, effectué ou non) ;
- à la date d'effet de la liquidation de la retraite de la Sécurité sociale ou de la Mutualité sociale agricole, sauf cas de cumul emploi-retraite tel que prévu par la législation en vigueur ;
- au décès de l'assuré.

Effets de la rupture du contrat de travail

Les assurés cessant d'appartenir à l'effectif de l'association adhérente (démission, licenciement, survenance du terme du contrat de travail) sont radiés des garanties dès la date d'effet de la démission ou du licenciement (à l'issue du préavis qu'il soit effectué ou non) ou du terme du contrat de travail.

Toutefois, les anciens salariés en arrêt de travail avant ladite rupture et bénéficiaires de prestations Incapacité Temporaire de Travail ou Invalidité - Incapacité Permanente Professionnelle au titre du présent régime conventionnel, bénéficient du maintien des garanties décès tant que se poursuit leur indemnisation.

Les anciens salariés ayant demandé à bénéficier du maintien des garanties prévu dans le cadre d'une rupture du contrat de travail tel qu'exposé ci-après dans le dispositif « Maintien des garanties » de la présente notice, restent garantis dans les conditions qui y sont définies .

Effets de la résiliation de l'adhésion

- Effets sur les garanties

Toutes les garanties prennent fin à la date d'effet de la résiliation ou du non renouvellement de la désignation des organismes assureurs.

Toutefois, en cas de non - renouvellement de la désignation ou de la résiliation du contrat d'adhésion, les garanties décès (capital décès, rente d'éducation, rente de conjoint pour les cadres) sont maintenues, en application de la loi Evin n° 89-1009 du 31 décembre 1989, telle que modifiée par la loi n° 2001-624 du 17 juillet 2001, pour les assurés en arrêt de travail pour Incapacité temporaire, pour Invalidité ou Incapacité permanente professionnelle, dont les droits à prestations sont nés antérieurement à la résiliation du contrat, et ce pendant toute la durée de l'indemnisation.

- 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.

Par ailleurs, les organismes assureurs désignés poursuivront les revalorisations futures des prestations en cours de service à la date de résiliation du présent régime conventionnel dans la limite des disponibilités du fonds de revalorisation constitué à cet effet et alimenté par les excédents des produits financiers sur les provisions mathématiques constituées, calculés sur la base du TME (Taux moyen des emprunts d'Etat).

Toutefois, si un autre organisme d'assurance est désigné pour la gestion du régime, il est convenu qu'à la demande des partenaires sociaux l'ensemble des provisions techniques, provisions d'égalisation et réserves puissent être transférées auprès du nouvel organisme.

>> MAINTIEN DES GARANTIES

- Maintien des garanties décès en cas d'une suspension de contrat de travail non indemnisée

Les garanties prévues en cas de décès (rentes éducation et rentes de conjoint prévues exclusivement pour les cadres, comprises) peuvent être maintenues aux salariés en suspension de contrat de travail ne donnant pas lieu à indemnisation, **sous réserve que l'adhérent en fasse la demande dans le mois suivant le début de la suspension du contrat de travail du salarié et sous réserve du paiement intégral de la totalité de la cotisation correspondante** (part salariale et part patronale) **par l'adhérent**, et ce selon les règles du régime pour la catégorie du personnel dont relève le salarié.

La cotisation afférente aux garanties décès est celle appliquée pour les actifs. Le salaire servant de base au calcul des prestations et des cotisations est le salaire brut

total tranches A et B perçu au cours des 12 derniers mois civils précédant la date de la suspension du contrat de travail et ayant donné lieu à cotisations.

- **Maintien des garanties dans le cas d'une suspension du contrat de travail donnant lieu à indemnisation**

Les garanties définies au présent régime de prévoyance conventionnel sont maintenues pour les salariés dont le contrat de travail est suspendu pour la période au titre de laquelle ils bénéficient d'un maintien total ou partiel de salaire, ou d'indemnités complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, et directement versées par ce dernier ou pour son compte par un tiers.

Dans ce cas, la contribution de l'employeur est maintenue et le salarié acquitte la part salariale de la cotisation calculée selon les règles du régime de prévoyance conventionnel, et ce pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée, sauf en cas d'exonération de paiement de la totalité de la cotisation.

Dispositif de Maintien des garanties dans le cas d'une rupture du contrat de travail (licenciement, rupture conventionnelle, fin de CDD)

- **Quelles sont les conditions d'ouverture des droits ?**

Les anciens salariés (licenciements à titre individuel ou pour un motif économique, rupture conventionnelle, fin de contrat à durée déterminée, démission pour motif légitime, rupture de contrat d'apprentissage ou de professionnalisation) à l'exception de ceux ayant commis une faute lourde, peuvent bénéficier du maintien des garanties du régime de prévoyance à **l'exception de la garantie Incapacité temporaire de travail**, sous réserve que la rupture effective de leur contrat de travail (terme du délai de préavis) ouvre droit à indemnisation par le régime d'assurance chômage et que les droits à prestations du régime de prévoyance aient été ouverts chez le dernier employeur.

Les anciens salariés doivent également justifier d'une durée minimale d'un mois d'ancienneté dans la structure.

- **Quel est le point de départ et quelle est la durée d'indemnisation ?**

Le maintien est applicable dès le lendemain de la date de cessation du contrat de travail (terme du délai de préavis) de l'ancien salarié, sous réserve d'avoir justifié auprès de son employeur de son indemnisation par le régime d'assurance chômage, et de justifier d'une durée minimale de 30 jours d'ancienneté dans la structure.

La durée du maintien des garanties est égale à la durée du dernier contrat de travail de l'ancien salarié, appréciée en mois entiers, sans pouvoir être supérieure à 9 mois, à compter de la date de cessation du contrat de travail.

Le bénéficiaire du maintien des garanties doit informer son ancien employeur de la cessation du versement des allocations chômage lorsqu'elle intervient pendant la période de maintien des droits.

- **Quel est le salaire de référence ?**

Le salaire de référence servant de base de calcul des prestations à prendre en compte pour les anciens salariés, est le salaire de référence tel que défini aux présentes Dispositions Générales de la notice, précédant la date de cessation du contrat de travail, **à l'exclusion des sommes de toute nature versées à l'occasion de la rupture ou à la fin du contrat de travail (indemnités de licenciement, indemnités compensatrices de congés payés, primes de précarité et toutes autres sommes versées à titre exceptionnel).**

Les prestations sont reconstituées sur la base de ce que l'ancien salarié aurait perçu s'il avait été en activité.

- **Quels sont les taux de cotisation ?**

Le maintien des garanties, à l'exception de la garantie Incapacité temporaire de travail, prévu dans les conditions suscitées, est accordé sans modification des cotisations applicables aux salariés en activité.

- **Quand cesse le maintien des garanties (à l'exception de la garantie Incapacité temporaire de travail) ?**

En tout état de cause, le maintien des garanties cesse dans les cas suivants :

- à la date de cessation de l'indemnisation de l'ancien salarié par le régime d'assurance chômage ;
- en cas de reprise d'une activité professionnelle à temps complet ou à temps partiel, par l'ancien salarié ;
- à la date de liquidation à taux plein de la retraite de l'ancien salarié et/ ou des retraites complémentaires obligatoires ;
- en cas de résiliation du contrat dans les conditions prévues au paragraphe « Quand cessent les garanties ? » de la présente notice ;
- au plus tard après un délai de 9 mois suivant la date de rupture du contrat de travail de l'ancien salarié ;
- et en tout état de cause, au jour du décès de l'ancien salarié.

- **Conséquences pour l'ancien salarié lors de modifications contractuelles / résiliation**

- Toutes les modifications éventuelles apportées au présent régime conventionnel (modification du niveau des prestations, des cotisations, des conditions de règlement notamment), seront opposables dans les mêmes conditions aux bénéficiaires du maintien des garanties.
- En cas de résiliation du régime conventionnel, sont applicables dans les mêmes conditions que pour les salariés en activité, l'ensemble des dispositions relatives :
 - ▶ au maintien des garanties Décès aux anciens salariés en arrêt de travail à la date de résiliation ;
 - ▶ au versement au niveau atteint à la date de résiliation des prestations en cours de service.

>> VERSEMENT DES PRESTATIONS

Les prestations garanties par l'organisme assureur sont versées soit directement aux bénéficiaires, soit par l'intermédiaire de l'adhérent, 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 la charge du bénéficiaire.

>> PRESCRIPTION

Toute(s) action(s) dérivant des opérations mentionnées au contrat sont prescrites par 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance, dans les conditions et sous les réserves suivantes :

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'assuré, que du jour où les organismes assureurs en ont eu connaissance ;
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque là.

Quand l'action de l'assuré ou de ses ayants droit contre les organismes assureurs a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à dix ans lorsque le bénéficiaire des garanties n'est pas l'assuré.

>> EXCLUSIONS

Exclusion générales

Les organismes assureurs prennent en charge tous les risques sauf ceux résultant :

- du fait intentionnel de l'assuré provoquant une incapacité temporaire ou permanente ;
- directement ou indirectement du fait de guerres civiles ou étrangères ;
- directement ou indirectement de la désintégration du noyau atomique ;
- de la pratique des sports aériens, à l'exclusion de tout vol à bord d'un avion ayant une finalité de déplacement dans un cadre privé ou professionnel et relevant du transport aérien, au sens de l'article L.310-1 du Code de l'aviation civile* et à condition que l'appareil soit muni d'un certificat valable de navigabilité ou conduit par un pilote possédant un brevet valable pour l'appareil utilisé ou ayant une licence en cours de validité, ce pilote pouvant être l'assuré ;
- de la participation à des tentatives de records, essais préparatoires, de réception d'un engin et compétitions sportives.

* Article L.310.1 Code de l'aviation civile : « Le transport aérien consiste à acheminer par aéronef d'un point d'origine à un point de destination des passagers, des marchandises ou de la poste ».

Exclusions propres aux garanties

Ne sont pas pris en charge les décès résultant :

- du suicide de l'assuré survenant dans les 12 mois suivant l'adhésion dans l'assurance. Ce délai peut-être acquis au titre d'un précédent contrat assurant des garanties équivalentes et dont le nouveau contrat prend la suite immédiate ;
- de l'homicide volontaire de l'assuré par le bénéficiaire ou par un tiers pour son compte et ayant fait l'objet d'une condamnation pénale devenue définitive.

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 et aux rentes éducation et de conjoint. Le capital décès est versé aux autres bénéficiaires déterminés selon la dévolution successorale prévue au paragraphe « Qui sont les bénéficiaires ? » défini au titre de la garantie décès de la présente notice, à l'exception de ceux reconnus comme co-auteurs ou complices.

Ne sont pas pris en charge les arrêts de travail, Invalidités, Incapacités permanentes et Invalidités absolues et définitives résultant :

- de lutttes, rixes (sauf en cas de légitime défense), d'attentats ou d'agressions auxquels participe l'assuré;
- 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 de l'accident, de l'utilisation de stupéfiants ou de substances médicamenteuses en l'absence ou en dehors des limites des prescriptions médicales;
- directement ou indirectement du fait d'émeutes, d'actes de terrorisme ou de sabotage auxquels participe l'assuré;
- de tout cataclysme tel que tremblement de terre ou inondation;
- de la pratique des sports automobiles, motocyclistes à titre professionnel ou amateur et de tous les autres sports à titre professionnel.

>> CONTRÔLE MÉDICAL

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 l'intéressé refuse ces contrôles ou refuse de fournir les pièces justificatives demandées par les organismes assureurs ou si l'arrêt n'est pas médicalement justifié.

En tout état de cause les organismes assureurs s'engagent à informer l'adhérent du contrôle et du résultat de ce contrôle.

>> 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 et le médecin traitant de l'assuré.

Dans le cas où cet accord ne pourrait être réalisé, le médecin tiers sera déterminé, à la demande des deux médecins, par le président du conseil de l'ordre des médecins du domicile de l'assuré.

Les honoraires du médecin conseil ou du médecin choisi restent à la charge des organismes assureurs ainsi que les honoraires et frais de nomination d'un tiers expert.

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

>> FAUSSE DÉCLARATION INTENTIONNELLE

La garantie accordée à l'assuré 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 l'assuré a été sans influence sur la réalisation du risque.

>> SUBROGATION

Les organismes assureurs sont subrogés de plein droit aux assurés victimes d'un accident à l'occasion duquel ont été versées des prestations complémentaires dans leur action contre les tiers responsables et, dans la limite des dépenses supportées par eux.

>> TERRITORIALITÉ

Les garanties du contrat de prévoyance sont acquises aux assurés exerçant leur activité sur le territoire français. Celles-ci produisent leur effet dans le monde entier. Les prestations sont payées en euros.

>> AUTORITÉ DE CONTRÔLE DES ASSURANCES ET DES MUTUELLES

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, les assurés disposent 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 le bénéficiaire peut prétendre.

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

>> DÉFINITIONS

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

Invalidité

Par invalidité il faut entendre la réduction d'au moins 2/3 de la capacité de travail ou de gain reconnue par la Sécurité sociale (article R.341-2 du Code de 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*.

* 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 ou une activité leur procurant gain ou profit;
- 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.

Incapacité Permanente Professionnelle

• Incapacité égale ou supérieure 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 au titre de la garantie invalidité prévue au chapitre II de la présente notice, 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.

• Incapacité 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.

Invalidité absolue et définitive (IAD) ou incapacité permanente professionnelle d'un taux égal ou supérieur à 80 %

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. »

L'Incapacité Permanente Professionnelle d'un taux égal ou supérieur à 80 % reconnue par la Sécurité sociale est assimilée à l'Invalidité absolue et définitive pour l'application des garanties décès, rentes éducation et rentes de conjoint cadre.

Accident, accident du travail et maladie professionnelle

On entend par accident toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré, 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 des conséquences d'examen médicaux.

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

Conjoint, partenaire lié par un Pacs et concubin

• Conjoint

On entend par conjoint, l'époux ou l'épouse du salarié non divorcé, ni séparé de corps judiciairement.

• Concubin

On entend par concubin, la personne vivant en couple avec l'assuré au moment de l'événement ouvrant droit à garantie. La définition du 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 décès de l'assuré(e). Aucune durée n'est exigée si un enfant au moins est né ou a été adopté lors de la vie commune.

• Partenaire lié par un Pacs

On entend par partenaire lié par un Pacs, la personne liée à l'assuré par un Pacte civil de solidarité tel que défini à l'article 515-1 du Code Civil.

Additif aux conditions générales valant additif à la notice d'information

Prévoyance collective

En application des dispositions de l'article L. 212-11 du Code de la mutualité, l'Union Nationale de la Prévoyance de la Mutualité Française (ci-après « UNPMF » nouvellement dénommée Mutex Union), union de mutuelles soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité dont le siège social est situé 125, avenue de Paris à Châtillon, a transféré en partie son portefeuille d'opérations au profit de MUTEX, société anonyme, régie par les dispositions du Code des assurances, dont le siège social est situé 125, avenue de Paris à Châtillon, au capital social de 37 302 300 €, inscrite au RCS de Nanterre sous le numéro 529 219 040.

Ce transfert a été approuvé par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution par décision en date du 21 novembre 2013, publiée au Journal officiel de la République Française le 15 décembre 2013.

Par conséquent, à compter du 15 décembre 2013 les droits et obligations qui pesaient sur l'UNPMF au titre du contrat auquel vous avez adhéré ont été transférés automatiquement à Mutex.

Mutex devient ainsi l'assureur des garanties auxquelles vous avez précédemment adhéré en lieu et place de l'UNPMF, les autres assureurs demeurant inchangés.

Ainsi, toute référence et mention afférente à l'UNPMF, l'Union Nationale de la Prévoyance de la Mutualité Française, dans les conditions générales, doit être remplacée et s'entendre par Mutex .

Mutex a pour organisme de contrôle l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) - 61, rue Taitbout – 75436 Paris Cedex 09.

Les caractéristiques du contrat auquel vous avez adhéré notamment les prestations garanties demeurent inchangées.



Assureur des garanties

Société anonyme à directoire et conseil de surveillance,
au capital de 37 302 300 euros. Entreprise régie par
le Code des assurances - RCS Nanterre 529 219 040
Siège social : 125 avenue de Paris - 92327 Châtillon cedex



Gestionnaire pour le compte de l'assureur

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de
la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE
sous le n° 784 621 419
Siège social : 56-60 rue Nationale - 75013 Paris

IMPORTANT

**ATTESTATION DE RÉCEPTION
DE LA NOTICE D'INFORMATION**

À découper et à remettre
à votre employeur

Je soussigné(e),

Reconnais avoir reçu la notice d'information relative au régime de prévoyance de la Convention Collective Nationale des Ateliers et Chantiers d'Insertion souscrit auprès des organismes assureurs par mon employeur :

.....

A le

Signature du salarié :

*Ce document doit être conservé par l'employeur sans limite de durée
Il doit être remplacé à chaque remise d'une notice constatant des modifications contractuelles.*

Additif à la Notice d'Information relatif à la portabilité des droits



Le présent document est un complément à la notice d'information relative au contrat de prévoyance collective à adhésion obligatoire que votre employeur a souscrit auprès de Mutex.

Il a pour objet de compléter ou remplacer les dispositions relatives à la portabilité des droits à effet du 1^{er} juin 2015.

PORTABILITE DES DROITS

En application de l'article L 911-8 du Code de la Sécurité sociale, toutes les garanties définies au contrat sont maintenues aux anciens salariés du souscripteur, en cas de cessation de leur contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par Pôle Emploi, et ce dans les conditions définies ci-après.

Article 1 - Bénéficiaires de la portabilité

Bénéficiaire du maintien des garanties, les anciens salariés :

- dont le contrat de travail est rompu : l'ensemble des motifs de cessation du contrat de travail sont admis (licenciement à titre individuel ou pour motif économique, rupture conventionnelle, fin de contrat à durée déterminée, démission pour motif reconnu légitime par l'assurance chômage, convention de reclassement personnalisé, notamment) à l'exception du licenciement pour faute lourde ;
- justifiant auprès de l'organisme assureur leur prise en charge par le régime d'assurance chômage, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties ;
- et dont les droits à couverture de prévoyance complémentaire ont été ouverts chez le souscripteur avant la cessation du contrat de travail.

Article 2 - Prise d'effet, durée et modalités du maintien de la couverture

A - Date d'effet

Le maintien des garanties prend effet le lendemain de la date de cessation du contrat de travail de l'ancien salarié.

B - Durée

L'ancien salarié bénéficie de ce maintien des garanties pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois de couverture.

Les anciens salariés du souscripteur dont les droits à portabilité ont été ouverts avant la date d'effet du présent contrat bénéficient du maintien des garanties pendant toute la période de maintien de leurs droits restants à courir.

Il est précisé que la suspension du versement des allocations chômage n'a pas pour conséquence de prolonger d'autant la période de maintien de droits.

C - Cessation du maintien

Le maintien des garanties cesse :

- à la date de cessation de l'indemnisation de l'ancien salarié par le régime d'assurance chômage (reprise d'activité professionnelle, liquidation de la pension de retraite de base, notamment) ou dès lors que l'ancien salarié n'apporte plus la preuve de bénéficier de cette indemnisation ;
- en cas de résiliation du contrat collectif, à la date d'effet de la résiliation, sous réserve des dispositions prévues à l'article 5 ci-après ;
- en tout état de cause, à l'issue de la période de maintien à laquelle l'ancien salarié peut prétendre et au plus tard au terme d'un délai de 12 mois suivant la date de cessation du contrat de travail ;
- au jour du décès de l'assuré.

D - Obligation de l'ancien salarié

L'ancien salarié doit justifier auprès de l'organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions énoncées à l'article 1 ci-dessus et notamment de son indemnisation par le régime d'assurance chômage, s'il souhaite bénéficier du maintien des garanties.

L'ancien salarié bénéficiaire du maintien des garanties s'engage à cet égard à informer l'organisme assureur de toute modification de sa situation et notamment de la reprise d'une activité professionnelle et/ou de cessation d'indemnisation par l'assurance chômage.

En cas de sinistre, l'ancien salarié devra compléter la demande de prestation et l'adresser à l'organisme assureur, accompagnée des pièces justificatives prévues au contrat, de l'attestation d'indemnisation par Pôle Emploi, de la copie du certificat de travail et de l'attestation d'employeur destinée à Pôle Emploi.

Article 3 - Financement du maintien des garanties

Le maintien des garanties est financé par un système de mutualisation, intégré aux cotisations du contrat. A ce titre, les anciens salariés bénéficiaires du dispositif n'auront aucune cotisation à acquitter.

Article 4 – Garanties et Prestations maintenues

Les garanties et prestations maintenues sont identiques à celles en vigueur pour la catégorie de salariés actifs à laquelle appartenait l'ancien salarié avant la cessation de son contrat de travail, sous réserve des dispositions suivantes :

• Base de calcul des prestations

La base de calcul des prestations à prendre en compte est le salaire de référence tel que défini au dispositif contractuel à l'article « Salaire servant de base au calcul des prestations garanties », précédant la date de cessation du contrat de travail hors sommes de toute nature versées à l'occasion de la cessation du contrat de travail.

• Montant des prestations

Pour le calcul des prestations et de la franchise, les obligations de l'employeur, légales, conventionnelles ou issues d'un accord d'entreprise, au titre du maintien de salaire, sont reconstituées sur la base de ce que l'ancien salarié aurait perçu s'il était resté en activité.

• Cumul des prestations

En tout état de cause, les droits garantis par le 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.

Article 5 – Modifications contractuelles - Résiliation

Toutes les modifications éventuelles apportées aux dispositions contractuelles applicables aux salariés en activité (modification des garanties, des conditions de règlement, notamment), pendant la période de maintien des droits, seront opposables dans les mêmes conditions aux bénéficiaires de la portabilité.

En cas de résiliation du contrat, sont applicables, dans les mêmes conditions que pour les salariés en activité, l'ensemble des dispositions relatives :

- au maintien des garanties Décès aux anciens salariés en arrêt de travail à la date de résiliation,
- au maintien du versement, au niveau atteint à la date de résiliation, des prestations en cours de service,
- à la proposition d'une couverture de prévoyance dans le cadre d'un contrat à adhésion individuelle.

Article 6 – Obligations de l'employeur

L'employeur doit remplir les obligations suivantes :

- remettre à chacun des salariés l'additif à la notice d'information relatif à la portabilité des droits établi par MUTEX ; la preuve de la remise de cet additif incombe à l'employeur,
- porter une mention relative au maintien des garanties sur le certificat de travail,
- informer dans les plus brefs délais l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail ouvrant droit à la portabilité des droits (date et motif),
- déclarer, lors de la souscription, les anciens salariés dont les droits à portabilité ont été ouverts avant la date d'effet du présent contrat, et parmi eux, ceux bénéficiaires de prestations complémentaires aux prestations de la Sécurité sociale en vertu d'un précédent contrat de prévoyance collective obligatoire.

PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR POUR TOUTE DEMANDE DE PRESTATIONS

Les organismes assureurs se réservent le droit de réclamer tout autre pièce nécessaire au paiement des prestations

Documents à fournir	Incapacité de travail (IJ)	Rentes Invalidité et ITP	Décès IAD	Rente Éducation	Rente de conjoint cadre
Demande d'indemnités journalières signée de la structure.	•				
Décomptes d'indemnités journalières du régime de la Sécurité sociale ou de la Mutualité sociale agricole.	•				
Photocopie des bulletins de salaire délivrés au cours de la période définie pour le salaire de référence.	•	•	•	•	•
Demande de rente, signée de la structure.		•		•	•
Notification d'attribution de pension d'invalidité ou de la rente d'Incapacité permanente professionnelle en cas d'accident du travail, émanant de la Sécurité sociale ou de la Mutualité sociale agricole.		•			
Attestation sur l'honneur de non activité rémunérée.		•			
Demande de capital Décès signée de la structure.			•		
Acte de décès (bulletin de décès).			•	•	•
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'ayant 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 ou partenaire de Pacs ou concubins et enfants) ou un héritier.			•		
Photocopie du dernier avis d'imposition du salarié et le cas échéant, du partenaire Pacs ou du concubin.			•	•	•
En présence d'enfants, un certificat de scolarité ou, à défaut pour les enfants de plus de 18 ans, copie du certificat d'apprentissage, attestation d'inscription à pôle emploi.			•	•	
Si personne infirme à charge, la carte d'invalidité civile ou d'attribution de l'allocation pour adulte handicapé			•	•	
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), 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).			•	•	•
Notification de la pension d'invalidité de la Sécurité sociale 3 ^e catégorie (ou IPP _a ou > à 80%) ou de la Mutualité sociale agricole.			•	•	•
Attestation détaillée du médecin traitant du salarié.	•	•			
Justificatifs utiles de l'identité, la qualité et l'adresse des bénéficiaires.			•	•	•
Copie certifiée conforme du jugement de tutelle nommant le représentant légal des orphelins.			•	•	•

En tout état de cause, le numéro de Sécurité sociale de l'assuré devra figurer sur chaque demande ci-dessus.



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

MALAKOFF MEDERIC Prévoyance

Institution de prévoyance relevant du Code de la Sécurité sociale,
Siège social : 21, rue Laffitte - 75009 PARIS

Agissant pour leur compte et par délégation de pouvoir pour le compte
de l'**Organisme commun des institutions de rentes (OCIRP)**

assureur des risques rentes éducation et de conjoint,
Union d'institutions de prévoyance relevant du Code de la Sécurité sociale
Siège social : 10, rue Cambacérès - 75008 PARIS

La gestion de l'ensemble des risques étant confiée à la Mutuelle CHORUM
Siège social : 56-60, rue Nationale - 75013 Paris