

# CAHIER DES CHARGES

## **Pouvoir adjudicateur :**

**ETABLISSEMENT DESTINATION SAINT-MALO BAIE DU MONT SAINT-MICHEL-LE GRAND LARGE-CONGRES**

1 Quai Duguay trouin

BP 109

35407 Saint-Malo Cedex

## **Objet de la consultation:**

Mise en oeuvre d'un régime de protection social sociale **complémentaire** de prévoyance pour le personnel de l'établissement du palais des congrès de Saint-Malo.

## **Procédure utilisée :**

Consultation écrite de mise en concurrence des organismes assureurs, pour la conclusion d'un contrat de prévoyance **complémentaire** au contrat conventionnelle en application de l'Accord du 27 mars 1997 (et avenants subséquents) ayant instauré le régime de prévoyance de la Convention collective nationale des Bureaux d'Études Techniques, cabinets d'ingénieurs conseils, sociétés de conseils.

**Référence de la convention collective** : Convention collective nationale des Bureaux d'Études Techniques, cabinets d'ingénieurs conseils, sociétés de conseils.

**Prérequis** : Organisme ayant signé l'accord de branche de la Convention collective nationale des Bureaux d'Études Techniques, cabinets d'ingénieurs conseils, sociétés de conseils.

**Durée du marché** : 4 ans

**Courriel et téléphone permettant d'obtenir des informations :**  
[fdonio@legrandlarge-congres.com](mailto:fdonio@legrandlarge-congres.com) (06-38-42-30-71)

**Remise des offres** : uniquement par voie électronique à l'adresse suivante :  
[fdonio@legrandlarge-congres.com](mailto:fdonio@legrandlarge-congres.com)

**Date et heure limites de réception des offres** : 09/07/2021 à 18H

**Date et heure limites de la réponse** : 31/07/2021 à 18H

**Négociation** : Non

**Reconductible** : Non

## GLOSSAIRE

Il faut entendre, pour les termes ci-dessous employés :

Adhérent : Le pouvoir Adjudicateur (l'entreprise) souscrivant le présent contrat.

Institution : Organisme de prévoyance.

Assurés : les salariés ou anciens salariés bénéficiaires du présent contrat, c'est-à-dire appartenant à l'une des catégories de personnel prévues par l'Accord.

## SOMMAIRE

### **ARTICLE 1 – OBJET DE LA CONSULTATION**

### **ARTICLE 2- ENGAGEMENT RECIPROQUE DES PARTIES**

### **ARTICLE 3- DUREEE DES ENGAGEMENTS RECIPROQUES**

### **ARTICLE 4- RESILITATION**

### **ARTICLE 5- LES BENEFICIAIRES**

### **ARTICLE 6- LE DISPOSITIF**

#### **6-1 TITRE 1 - DISPOSITIONS COMMUNES**

ARTICLE 1 - OBJET DU CONTRAT

ARTICLE 2 - SOUSCRIPTION DU CONTRAT

ARTICLE 3 - DURÉE DU CONTRAT - RENOUELEMENT

ARTICLE 4 - AFFILIATION DES SALARIÉS – PRISE D'EFFET DES GARANTIES

ARTICLE 5 - FAUSSE DÉCLARATION

ARTICLE 6 - MODIFICATION DES GARANTIES

ARTICLE 7 - MODIFICATION DU CADRE LÉGISLATIF OU RÉGLEMENTAIRE

ARTICLE 8 - MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE OU D'INVALIDITÉ

ARTICLE 9 - MAINTIEN DES GARANTIES HORS CAS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE OU D'INVALIDITÉ  
ARTICLE 10 - CESSATION DES GARANTIES  
ARTICLE 11 - COTISATIONS  
ARTICLE 12 - DÉCLARATION NOMINATIVE ANNUELLE - FORMALITÉS  
ARTICLE 13 - CALCUL ET VERSEMENT DES PRESTATIONS  
ARTICLE 14 - RÉSILIATION DU CONTRAT D'ASSURANCE  
ARTICLE 15 - ÉTENDUE TERRITORIALE  
ARTICLE 16 - EXCLUSIONS - DÉCHÉANCE  
ARTICLE 17 - LIMITATION ET PLAFONDS DE GARANTIES  
ARTICLE 18 - PRESCRIPTION  
ARTICLE 19 - INFORMATION DES ASSURÉS  
ARTICLE 20 - CONTRÔLE

## 6-2 TITRE 2- CAPITAL DECES – FRAIS D'OBSEQUES

ARTICLE 21 - OBJET ET DÉFINITION DE LA GARANTIE  
ARTICLE 22 - PRISE EN COMPTE DES CHARGES DE FAMILLE  
ARTICLE 23 - DÉFINITION DES BÉNÉFICIAIRES  
ARTICLE 24 - FORMALITÉS  
ARTICLE 25 - FRAIS D'OBSÈQUES

## 6-3 TITRE 3 - RENTE D'ÉDUCATION

ARTICLE 26 - OBJET ET DÉFINITION DE LA GARANTIE  
ARTICLE 27 - DÉFINITION DES BÉNÉFICIAIRES  
ARTICLE 28 - PAIEMENT ET DURÉE  
ARTICLE 29 - FORMALITÉS

## 6-4 TITRE 4 - RENTE DE CONJOINT

ARTICLE 30 - OBJET ET DÉFINITION DE LA GARANTIE  
ARTICLE 31 - PAIEMENT ET DURÉE  
ARTICLE 32 - FORMALITÉS

## 6-5 TITRE 5 - INCAPACITÉ TEMPORAIRE - INVALIDITÉ

ARTICLE 33 - OBJET DE LA GARANTIE  
ARTICLE 34 - INCAPACITÉ TEMPORAIRE  
ARTICLE 35 - INVALIDITÉ  
ARTICLE 36 - REPRISE D'ACTIVITÉ  
ARTICLE 37 - RÈGLE DE CUMUL  
ARTICLE 38 - CONTRÔLE MÉDICAL – EXPERTISE MÉDICALE  
ARTICLE 39 - PAIEMENT ET DURÉE  
ARTICLE 40 - RECOURS SUBROGATOIRE CONTRE LE TIERS RESPONSABLE  
ARTICLE 41 - FORMALITÉS

## ARTICLE 7- ANNEXES

DETAIL DES GARANTIES DU PERSONNEL RELEVANT DE LA CCN DU 140347 PB CCN DE 47 (CADRES) EFFECTIVES EN 2021 DANS L'ETABLISSEMENT.  
DETAIL DES GARANTIES DU PERSONNEL NE RELEVANT PAS DE LA CCN DU 140347 PB CCN DE 47 (NON CADRES) EFFECTIVES EN 2021 DANS L'ETABLISSEMENT.

## ARTICLE 1 – OBJET DE LA CONSULTATION

L'adhérent souhaite, en application de l'Accord du 27 mars 1997 (et avenants subséquents) ayant instauré le régime de prévoyance de la Convention collective nationale des Bureaux d'Études Techniques, cabinets d'ingénieurs conseils, sociétés de conseils conclure un contrat de prévoyance **complémentaire au contrat de prévoyance conventionnelle** pour l'ensemble du personnel de l'établissement du centre des congrès de Saint-Malo.

Il s'agit d'un contrat collectif à adhésion obligatoire. Par conséquent, la souscription au régime de protection sociale de prévoyance est obligatoire pour l'ensemble du personnel.

## ARTICLE 2 – ENGAGEMENT RECIPROQUE DES PARTIES

L'engagement réciproque des parties résulte, d'une part, de la signature du contrat entre le l'adhérent et l'institution garantissant la couverture de l'ensemble des risques déterminés au sein de l'Accord du 27 mars 1997 (et avenants subséquents) ayant instauré le régime de prévoyance de la Convention collective nationale des Bureaux d'Études Techniques, cabinets d'ingénieurs conseils, sociétés de conseils, et d'autre part, de la signature du contrat entre le l'adhérent et l'institution garantissant la couverture complémentaire des risques.

## ARTICLE 3 – DUREE DES ENGAGEMENTS RECIPROQUES

Le contrat collectif de prévoyance complémentaire prendra effet le **1er janvier 2022**. La durée du contrat collectif de prévoyance complémentaire est de **4 ans**. Le terme du contrat collectif de prévoyance complémentaire est fixé au **31 décembre 2025**.

## ARTICLE 4 – RESILIATION

Le contrat collectif de prévoyance complémentaire est résiliable selon les conditions prévues par les différents Codes (Code des Assurances, Code de la Mutualité, Code de la Sécurité Sociale), les conditions générales et particulières du contrat.

En tout état de cause, la résiliation avant le terme du contrat à l'initiative de l'adhérent ou de l'institution, devra être notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception.

## ARTICLE 5 – LES BENEFICIAIRES

Les bénéficiaires des garanties prévoyance sont l'ensemble du personnel de l'adhérent.

**L'institution ne pourra en aucune manière refuser l'adhésion d'un assuré, quelle que soit la raison invoquée.**

## ARTICLE 6 – LE DISPOSITIF

### 6-1 TITRE 1 - DISPOSITIONS COMMUNES

#### ARTICLE 1 - OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat est souscrit dans un cadre collectif à adhésion obligatoire auprès de l'institution Prévoyance, l'institution de prévoyance régie par le Code de la sécurité sociale, et a pour objet d'accorder des garanties de prévoyance aux salariés de l'entreprise souscriptrice, en cas de décès ou invalidité permanente totale, en cas d'incapacité temporaire de travail ou invalidité.

**Le présent contrat ne peut être souscrit qu'en complément du contrat d'assurance souscrit au titre du régime de prévoyance conventionnel mis en place par la Convention collective nationale des :**

**Bureaux d'Études Techniques, cabinets d'ingénieurs conseils, sociétés de conseil.**

#### ARTICLE 2 - SOUSCRIPTION DU CONTRAT

##### 1. Lors de la souscription du contrat

L'entreprise qui demande à souscrire le présent contrat doit préalablement fournir à l'Institution les éléments lui permettant d'apprécier le risque, notamment :

- la ou les catégorie(s) de personnel assurables,
- les nom, prénom, date de naissance, situation de famille, nombre d'enfants à charge :
  - des salariés inscrits à l'effectif, y compris dont le contrat de travail est suspendu,
  - des salariés ou anciens salariés en arrêt de travail en précisant la date de l'arrêt,
  - des anciens salariés demeurant bénéficiaires d'un maintien de garantie au titre de l'article 14 de l'ANI du 11 janvier 2008,
  - des bénéficiaires d'une rente d'éducation ou d'une rente de conjoint,
- le montant et l'expression des garanties de même nature précédemment assurées par un autre organisme assureur, ainsi que les conditions de leur attribution, de leur versement, et les éléments servants de base à leur calcul (état des risques en cours).

En fonction de ces éléments, l'Institution propose les conditions de cotisations et de prestations dans lesquelles elle accorde sa garantie, ainsi que le cas échéant, sur demande expresse de l'entreprise, les conditions de revalorisation des prestations dont le service incombe à un organisme assureur précédent.

L'Institution peut dispenser l'entreprise de ces formalités, dans le cas où ces informations lui sont connues au titre du régime de prévoyance conventionnel.

##### 2. En cours de contrat

Lorsque l'appréciation du risque, initialement effectuée lors de la souscription, est modifiée par l'intégration dans l'effectif assurable d'un nouveau salarié présentant un risque médical aggravé, l'Institution peut :

- soit proposer à l'entreprise de nouvelles conditions de cotisations et/ou de prestations, par voie d'avenant adressé en recommandé avec avis de réception ; à défaut d'acceptation expresse par l'entreprise dans un délai de trente jours, l'Institution peut résilier le contrat à l'expiration d'une période de deux mois suivants le terme du délai de trente jours précités,

-- soit résilier le contrat à l'expiration d'un délai de deux mois suivant l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé réception informant l'entreprise de cette décision.  
Les dispositions ci-dessus s'appliquent également dans le cas où un salarié refuse d'accomplir les formalités médicales visées à l'article 4.1.

Le contrat ouvre droit aux garanties d'assistance régies par des dispositions spécifiques

### ARTICLE 3 - DURÉE DU CONTRAT - RENOUELEMENT

Le contrat prendra effet le 1<sup>er</sup> janvier 2022 pour une durée de 4 ans. Le terme du contrat est fixé au 31 décembre 2025 sans tacite reconduction possible.

### ARTICLE 4 - AFFILIATION DES SALARIÉS – PRISE D'EFFET DES GARANTIES

#### 1. Formalités d'affiliation

L'Adhérent s'engage à affilier tous les salariés présents et futurs appartenant aux catégories de personnel définies aux Conditions particulières.

À cette fin, l'Adhérent doit adresser à l'Institution les documents complétés et signés par chaque salarié :

- un bulletin individuel d'affiliation précisant ses nom, prénom, date et lieu de naissance, situation de famille, domicile, ainsi que la catégorie professionnelle,
- une déclaration de santé ; à défaut de pouvoir signer cette déclaration, le salarié s'engage à répondre, complètement, à un questionnaire médical et à se rendre, s'il y a lieu, à une visite médicale auprès d'un médecin désigné par l'institution.

S'il le souhaite, le salarié peut saisir le médecin conseil de toute demande d'information ; le médecin conseil lui adressera une réponse, soit directement soit par l'intermédiaire du médecin que le salarié lui aura désigné.

Les demandes d'affiliation doivent être adressées, à la diligence et sous la responsabilité de l'employeur, dans un délai de trente jours suivant l'entrée dans la catégorie de personnel assurée. L'Institution doit être informée dans le même délai des modifications de situation professionnelle des assurés, notamment suspension ou rupture du contrat de travail.

L'Institution peut dispenser les salariés des formalités médicales, lors de la souscription ou ultérieurement.

#### 2. Affiliation à la date d'effet du contrat

À la date d'effet du contrat d'assurance, doivent être affiliés les salariés présents à l'effectif, y compris ceux dont le contrat de travail est suspendu au titre d'un arrêt de travail indemnisé par la Sécurité sociale ou lorsque l'entreprise maintient en tout ou partie le salaire. Doivent également être affiliés les anciens salariés qui, à la date de résiliation du contrat précédemment souscrit auprès d'un autre organisme assureur, demeurent bénéficiaires du dispositif de portabilité prévu par l'article 14 de l'ANI du 11 janvier 2008.

Toutefois, lorsque le contrat est souscrit dans le cadre de la mise en place d'un régime de prévoyance par décision unilatérale de l'employeur, et par référence à l'article 11 de la loi du 31 décembre 1989 dite loi Evin, les salariés présents à l'effectif lors de la mise en place ne peuvent être contraints à cotiser à ce régime. Cette faculté de renonciation doit être formulée par écrit auprès de l'employeur.

La date de prise d'effet des garanties, pour chaque assuré ayant accompli les formalités d'affiliation susvisées, est fixée à la date de prise d'effet du contrat, après accord de l'Institution sur les conditions de souscription, sous les réserves suivantes :

En présence d'un contrat de prévoyance collective souscrit auprès d'un assureur précédent, les assurés en incapacité temporaire de travail ou en invalidité à la date d'effet du contrat, déclarés lors de la souscription (état des risques en cours) et figurant aux Conditions particulières :

- bénéficient des prestations décès au titre du présent contrat sous déduction de celles qui sont dues par le précédent organisme assureur,
- restent couverts par l'assureur précédent au titre de la garantie incapacité temporaire - invalidité ; l'invalidité constituant une prestation différée de l'incapacité temporaire, demeure de ce fait à la charge de l'organisme assureur précédent.

### 3. Affiliation postérieure à la date d'effet du contrat

Pour les affiliations demandées postérieurement à la date d'effet du contrat, les garanties prennent effet à la date d'entrée dans la catégorie de personnel assurée, sous réserve que la demande d'affiliation ait été adressée dans le délai requis de trente jours. À défaut, la prise d'effet sera reportée au premier jour du mois civil suivant sa réception par l'Institution.

Toutefois, lorsque des formalités médicales s'avèrent nécessaires, tant que lesdites formalités ne sont pas accomplies, l'Institution n'accorde sa garantie qu'en cas d'accident. Au vu du résultat du contrôle médical :

- soit l'affiliation est acceptée par l'Institution dans le cadre des conditions contractuelles en vigueur, et la prise d'effet pour l'ensemble des garanties rétroagit dans les conditions du premier alinéa,
- soit l'affiliation demandée présente un risque médical aggravé, et les dispositions de l'article 2.2 « En cours de contrat » s'appliquent; dans le cas où l'Institution propose de nouvelles conditions contractuelles, et que celles-ci sont expressément acceptées par l'entreprise, la prise d'effet pour l'ensemble des garanties rétroagit dans les conditions du premier alinéa.

### ARTICLE 5 - FAUSSE DÉCLARATION

L'assurance est nulle en cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré ou de l'Adhérent de nature à changer l'objet du risque garanti ou à en fausser l'appréciation par l'Institution. Les cotisations payées à ce titre restent acquises à l'Institution.

### ARTICLE 6 - MODIFICATION DES GARANTIES

En cas d'augmentation des garanties, l'Institution peut subordonner son accord à l'accomplissement de formalités médicales.

En cas de modification de la garantie Incapacité temporaire - invalidité, les assurés en arrêt de travail pour maladie ou accident, figurant toujours aux effectifs de l'entreprise ou affiliés au contrat au titre du maintien de garanties prévu à l'article 9.2, restent couverts selon les modalités en vigueur à la date de l'arrêt de travail.

En cas de modification des garanties décès, les assurés en arrêt de travail pour maladie ou accident :

- s'ils figurent toujours aux effectifs de l'entreprise ou sont affiliés au contrat au titre du maintien de garanties prévu à l'article 9.2, alors ils seront couverts selon ces nouvelles modalités,
- à défaut, ils restent couverts selon les modalités en vigueur à la date de radiation des effectifs ou à la date d'expiration de la période de maintien des garanties visée à l'article 9.2.

## ARTICLE 7 - MODIFICATION DU CADRE LÉGISLATIF OU RÉGLEMENTAIRE

Les modalités des garanties et les taux de cotisation définis au contrat sont établis en fonction de la législation et de la réglementation en vigueur au moment de sa prise d'effet.

En cas d'instauration ou de modification par les Pouvoirs publics de taxes, contributions ou charges de toute nature, assises sur les cotisations et/ou en cas de modification de la législation ou de la réglementation, l'Institution est fondée à majorer à due concurrence les cotisations appelées.

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

L'Adhérent dispose alors d'un délai de trente jours suivant l'envoi de l'avenant portant modification, pour résilier son contrat. Cette résiliation prendra effet le 1er jour du trimestre civil qui suit la date de réception de la demande de résiliation.

## ARTICLE 8 - MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE OU D'INVALIDITÉ

Les garanties en cas de décès sont maintenues aux assurés pendant la durée du versement par la Sécurité sociale des indemnités journalières, des pensions d'invalidité ou des rentes d'accident du travail ou de maladie professionnelle correspondant à un taux d'incapacité égal ou supérieur à 33 %.

Pour ces assurés, les cotisations sont dues uniquement sur le salaire perçu au titre d'une activité partielle, le cas échéant.

Le maintien prend fin :

- à la date de reprise d'une activité totale par l'assuré,
- à la date à laquelle cesse le versement par la Sécurité sociale des indemnités journalières, d'une pension d'invalidité, d'une rente d'accident du travail ou de maladie professionnelle,
- et au plus tard à la date de prise d'effet de la retraite Sécurité sociale.

## ARTICLE 9 - MAINTIEN DES GARANTIES HORS CAS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE OU D'INVALIDITÉ

### 1. Suspension du contrat de travail hors incapacité temporaire – invalidité

Pendant les périodes de suspension de contrat de travail faisant l'objet d'un maintien total ou partiel de rémunération, l'assuré bénéficie des garanties du contrat, les cotisations étant calculées sur ledit salaire conformément à l'article 11.

Les Conditions particulières peuvent prévoir un maintien des garanties décès pour les salariés dont le contrat de travail est suspendu sans rémunération.

### 2. Rupture du contrat de travail ouvrant droit à indemnisation du régime d'assurance chômage

Conformément aux dispositions de l'article 14 de l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2008 et avenants subséquents, le contrat organise le maintien des garanties dont



bénéficie le salarié à la date de rupture de son contrat de travail, sauf en cas de licenciement pour faute lourde, selon les modalités exposées ci-après.

Le maintien des garanties est accordé à l'ancien salarié s'il remplit, au jour de la cessation du contrat de travail, les conditions cumulatives suivantes :

- le contrat de travail doit être rompu,
- les droits à garanties doivent avoir été ouverts avant la cessation du contrat de travail,
- le contrat de travail doit avoir été d'une durée au moins égale à un mois,
- la rupture du contrat de travail doit ouvrir droit à indemnisation par le régime d'assurance chômage,

Le maintien des garanties prend effet au lendemain de la date de cessation du contrat de travail, sous réserve que :

- l'ancien salarié n'y ait pas expressément renoncé; cette renonciation doit avoir eu lieu auprès de l'entreprise dans les dix jours suivant la date de cessation du contrat de travail ; elle est définitive et concerne l'ensemble des garanties de prévoyance complémentaires souscrites par l'entreprise, c'est-à-dire prévoyance et le cas échéant frais de santé,
- l'Adhérent ait adressé à l'Institution la demande nominative de maintien de garanties stipulant notamment les dates de début et de fin du maintien, et le justificatif de prise en charge par le régime d'assurance chômage.

La durée du maintien des garanties est égale à celle du dernier contrat de travail, appréciée en mois entiers et dans la limite de 9 mois, sauf cas de cessation anticipée des droits indiqués ci-après.

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

Le maintien des garanties cesse :

- à la date de cessation du versement des allocations payées par le régime d'assurance chômage,
- à la date de reprise d'une activité professionnelle par l'assuré,
- à la date d'effet de la retraite Sécurité sociale de l'assuré,
- à la date de résiliation du contrat de l'entreprise,
- et en tout état de cause au plus tard à l'expiration de la durée de maintien à laquelle l'ancien salarié peut prétendre.

L'Adhérent est tenu d'informer l'Institution de toute modification relative à la situation de l'ancien salarié entraînant la cessation du maintien des garanties

L'Institution peut à tout moment demander à l'Adhérent de justifier que l'ancien salarié remplit les conditions requises pour bénéficier du maintien de garanties en exigeant notamment la preuve de l'ouverture des droits, de leur durée et de la prise en charge par le régime d'assurance chômage.

En cas de fausse déclaration intentionnelle de l'ancien salarié, la garantie accordée par l'Institution est nulle.

## ARTICLE 10 - CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent pour l'assuré, sous réserve des dispositions prévues aux articles 8 et 9 :

- à la date de prise d'effet de la suspension ou de la résiliation du contrat d'assurance,
- pendant les périodes de suspension de son contrat de travail, sauf en cas d'arrêt de travail indemnisé par la Sécurité sociale ou de maintien de salaire total ou partiel,
- à la date à laquelle il cesse d'appartenir à la catégorie de personnel assurée,
- à la date de rupture de son contrat de travail,
- à la date à laquelle il cesse de bénéficier du maintien de garantie exposé à l'article 9.2,

## ARTICLE 11 - COTISATIONS

### 1. Base de calcul et taux des cotisations

Les cotisations sont calculées sur la rémunération brute limitée au plafond de la Tranche C servant de base aux cotisations à la Sécurité sociale, à l'exclusion des primes, indemnités et rappels versés au salarié lors de son départ de l'entreprise ou ultérieurement.

Pour les anciens salariés bénéficiant du maintien de garanties prévu à l'article 9.2, la base de calcul est fictive et correspond au salaire brut moyen, tel que défini ci-dessus, des douze mois civils précédant la date de cessation du contrat de travail.

Pour les salariés dont le contrat de travail a été suspendu sans rémunération, et qui ont demandé à bénéficier du maintien des garanties décès (article 9.1) pour autant que les Conditions particulières le prévoient, les cotisations sont calculées sur la rémunération brute limitée au plafond de la Tranche C servant de base aux cotisations à la Sécurité sociale des douze mois précédant la suspension du contrat de travail.

Les cotisations portent sur une ou plusieurs des tranches de cette rémunération :

- TA : tranche de rémunération au plus égale au salaire annuel plafond de la Sécurité sociale,
- TB : tranche de rémunération comprise entre 1 fois et 4 fois ce plafond,
- TC : tranche de rémunération comprise entre 4 fois et 8 fois ce plafond.

Les taux de cotisation peuvent évoluer au 1er janvier de chaque année sur décision du Conseil d'administration de l'Institution, en fonction des résultats de l'ensemble des contrats souscrits dans le cadre des présentes Conditions générales et éventuellement en fonction des résultats du présent contrat.

### 2. Paiement des cotisations

Les cotisations sont payables trimestriellement à terme échu dans les 15 premiers jours de chaque trimestre civil.

Chacun des paiements doit être accompagné de la déclaration trimestrielle mentionnant notamment les bases de calcul des cotisations pour la période concernée.

L'Adhérent est seul responsable du paiement des cotisations. À ce titre, il procède à leur calcul et à leur versement aux échéances prévues sur appel de l'Institution.

### 3. Non-paiement des cotisations

À défaut du paiement de l'intégralité des cotisations dans les conditions ci-dessus, une mise en demeure de paiement chiffrée par l'Institution est adressée à l'Adhérent par lettre recommandée. En cas de non-paiement, la garantie accordée par l'Institution est suspendue 30 jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure. Le contrat (ou le cas échéant la garantie seule concernée par le non-paiement) est résilié 10 jours après la date de prise d'effet de la suspension si le paiement n'est toujours pas intervenu.

Les cotisations antérieures à la résiliation restent dues. L'Institution a la faculté d'en poursuivre le recouvrement par tous les moyens de droit. Les frais afférents sont entièrement à la charge de l'Adhérent.

## ARTICLE 12 - DÉCLARATION NOMINATIVE ANNUELLE - FORMALITÉS

Pour chaque exercice d'application du contrat, et au plus tard le 31 janvier suivant, l'Adhérent doit retourner l'état nominatif établi par l'Institution, dûment complété pour chacun des assurés affiliés au contrat des éléments à prendre en compte pour que l'Institution procède au calcul des cotisations annuelles (notamment salaires bruts annuels ventilés selon les tranches A, B, C, dates d'entrée ou de sortie des effectifs, catégorie professionnelle, périodes de suspension de contrat de travail, pourcentage de temps partiel etc.).

L'Adhérent tient ses états de salaires et de personnel à la disposition de l'Institution pour consultation éventuelle.

L'Adhérent doit informer immédiatement l'Institution de toute transformation intervenant dans sa situation juridique ou économique (dissolution, fusion, absorption, cession d'exploitation, location gérance, etc.).

## ARTICLE 13 - CALCUL ET VERSEMENT DES PRESTATIONS

### 1. Base de calcul des prestations

La base servant au calcul des prestations est égale à la base de calcul des cotisations (article 11.1) des douze mois civils précédant le décès ou l'arrêt de travail.

Pour les salariés dont le contrat de travail remonte à moins de douze mois, la base de calcul des prestations est reconstituée fictivement sur douze mois à partir de la période d'affiliation.

Pour les assurés dont le contrat de travail a été suspendu sans rémunération ou dont le contrat de travail a été rompu, et qui bénéficient d'un maintien de garanties dans les conditions exposées à l'article 9, la période de douze mois est celle qui précède la suspension ou la rupture du contrat de travail.

La base de calcul, ainsi déterminée à l'arrêt de travail, est le cas échéant réévaluée entre la date de l'arrêt de travail et la date du point de départ des prestations Incapacité temporaire - Invalidité ou la date du décès, selon le taux de revalorisation des prestations prévu au contrat.

### 2. Revalorisation des prestations en cours de service

Les prestations rente d'éducation et incapacité temporaire - invalidité (qui viennent en complément du régime de prévoyance conventionnel) sont revalorisées au 1er janvier et au 1er juillet en fonction de l'évolution du salaire minimum conventionnel de l'assuré.

Le Conseil d'administration de l'Institution peut décider chaque année de revaloriser les prestations rente de conjoint.

### 3; Prise en compte de la situation de famille

Pour le calcul et/ou le bénéfice des prestations, il faut entendre par :

- Le conjoint : l'époux(se) de l'assuré(e), non séparé(e) de corps judiciairement ni divorcé(e), par un jugement définitif.
- Le partenaire lié par un PACS : la personne, quel que soit son sexe, ayant conclu avec l'assuré un pacte civil de solidarité dans les conditions fixées par les articles 515-1 à 515-7 du Code civil, sous réserve qu'il ne soit pas dissous ou rompu de fait à la date du sinistre.
- Le concubin : la personne, quel que soit son sexe, vivant au même domicile que l'assuré, de façon notoire et permanente depuis au moins deux ans à la date de l'événement ouvrant droit à prestations sous réserve que les concubins ne soient, ni l'un ni l'autre, mariés ou liés par un PACS ; aucune durée n'est exigée si un enfant, reconnu par l'assuré, est né de cette union libre.

#### 4. Déclaration des sinistres

Tout sinistre doit être déclaré par lettre à l'Institution. Lorsqu'un délai est requis pour fixer la date d'effet des prestations, celui-ci est indiqué aux dispositions relatives à chaque garantie. Lors de la demande de prestations, l'Adhérent atteste que l'assuré appartenait bien à la catégorie de personnel garantie à la date de l'événement ouvrant droit aux prestations et fournit le salaire brut déclaré à la Sécurité sociale formant la base calcul des prestations définie ci-dessus (article 13.1).

#### 5. Pièces justificatives

Le paiement des prestations est effectué par l'Institution après réception des pièces justificatives visées à chaque garantie concernée, et le cas échéant des pièces complémentaires qui s'avèrent nécessaires selon les situations, celles-ci étant indiquées sur le formulaire de demande de prestations mis à disposition par l'Institution.

L'Institution peut demander toutes justifications nécessaires, et peut être amenée à vérifier l'exactitude des déclarations sur les états de salaires mis à disposition par l'Adhérent.

### ARTICLE 14 - RÉSILIATION DU CONTRAT D'ASSURANCE

#### 1. Cas de résiliation

Outre l'hypothèse de résiliation à l'échéance annuelle du contrat, à l'initiative de l'Adhérent ou de l'Institution, comme précisé à l'article 2, le contrat peut être résilié sans attendre l'échéance annuelle, dans les cas suivants :

- non-paiement des cotisations, dans les conditions précisées à l'article 11.3,
- risque médical aggravé survenant postérieurement à la souscription, dans les conditions précisées à l'article 2.2,
- refus d'un salarié d'accomplir les formalités médicales requises lors de son affiliation, dans les conditions précisées à l'article 2.2,
- non acceptation par l'Adhérent des nouvelles conditions contractuelles résultant d'une modification du cadre législatif et/ou réglementaire du contrat, dans les conditions précisées à l'article 7,
- résiliation de fait en cas de dissolution de l'entreprise ou de cessation d'activité,

En outre, en cas de fusion, absorption, scission, et d'une façon générale lors de toute transformation d'ordre juridique ou économique, il appartient à l'entreprise adhérente ou à l'entreprise l'ayant absorbée d'en informer l'Institution sans délai, afin que celle-ci puisse :

- soit maintenir ou adapter les conditions de garanties dont bénéficiaient les assurés,
- soit résilier le contrat par lettre recommandée avec accusé réception.

En cas de résiliation, quelle qu'en soit la cause, l'Adhérent reste débiteur de l'ensemble des cotisations dues avant la date d'effet de la résiliation, et s'engage à informer l'ensemble des assurés de la cessation des garanties.

#### 2. Effets de la résiliation pour les assurés - hors incapacité temporaire – invalidité

La résiliation entraîne à sa date d'effet la cessation des garanties pour tous les assurés en activité, ainsi que pour les assurés radiés des effectifs bénéficiaires d'un maintien de garanties tel que prévu à l'article 9.2.

Ceux-ci peuvent souscrire à titre individuel, sans délai d'attente ni formalités médicales, aux garanties proposées par l'Institution, selon les conditions et tarifs en vigueur, sous réserve qu'ils en fassent la demande dans les deux mois qui précèdent la date de résiliation du contrat.

### 3. Effets de la résiliation pour les assurés en incapacité temporaire ou invalides

La résiliation du contrat est sans effet sur les prestations, immédiates ou différées, acquises ou nées antérieurement à la résiliation.

La garantie en cas de décès est maintenue aux assurés en incapacité temporaire ou en invalidité, jusqu'à :

-- la date à laquelle cesse le versement par la Sécurité sociale des indemnités journalières, d'une pension d'invalidité, d'une rente d'accident du travail ou de maladie professionnelle dont le taux d'incapacité est au moins égal à 33 %,

-- et au plus tard à la date de prise d'effet de la retraite Sécurité sociale.

La garantie décès qui s'applique est celle en vigueur à la date à laquelle l'assuré a cessé d'être affilié au contrat (radiation des effectifs ou résiliation du contrat pour les assurés présents aux effectifs ou bénéficiaires d'un maintien de garantie au titre de l'article 9.2). La base de calcul des prestations est figée à la date de la résiliation.

Dans le cas où ces assurés, tout en continuant à percevoir des prestations de la Sécurité sociale, reprennent une activité salariée et bénéficient de ce fait de droits au titre d'un nouveau contrat, les prestations versées au titre de ces dispositions seront calculées à partir d'une base de calcul diminuée du traitement perçu au titre de cette activité.

### 4. Effets de la résiliation sur les prestations en cours de service

Les prestations d'incapacité temporaire ou d'invalidité, ainsi que les rentes d'éducation et de conjoint, en cours de service, continueront d'être servies à leur niveau atteint à la date de résiliation, sans droit à revalorisation ultérieure.

### 5. Changement d'organisme assureur

En cas de changement d'organisme assureur, il incombe à l'Adhérent d'organiser la poursuite de la revalorisation des prestations en cours de service, la revalorisation éventuelle de la base de calcul de prestations dans le cadre du maintien de la garantie décès, ainsi que la poursuite du maintien des garanties aux anciens salariés demeurant bénéficiaires de l'article 14 de l'ANI du 11 janvier 2008.

## ARTICLE 15 - ÉTENDUE TERRITORIALE

Les garanties s'exercent sur le territoire français. Elles peuvent cependant s'exercer dans le monde entier lors de déplacements privés (hors pays formellement déconseillés par le gouvernement français) ou professionnels dont la durée n'excède pas trois mois ou à l'occasion d'un détachement au sens de la Sécurité sociale.

## ARTICLE 16 - EXCLUSIONS - DÉCHÉANCE

### 1. Exclusions concernant la garantie « Incapacité temporaire - invalidité »

En ce qui concerne la garantie « Incapacité temporaire - Invalidité », les faits intentionnellement et volontairement provoqués par l'assuré ne sont pas couverts.

## 2. Exclusions propres aux garanties décès

Sont exclus des garanties décès, les sinistres résultant :

- de participations aux guerres civiles et étrangères, quel que soit le lieu où se déroulent les événements, et quels que soient les protagonistes dès lors que l'assuré y prend une part active,
- d'un accident de navigation aérienne : le décès consécutif à un accident de navigation aérienne n'est garanti que si l'assuré décédé se trouvait à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité et conduit par un pilote possédant un brevet ou une licence non périmé, le pilote pouvant être l'assuré lui-même,
- de la désintégration du noyau atomique ou de radiations ionisantes : quelles qu'en soient l'origine et l'intensité.

## 3. Exclusions concernant la garantie capital décès accidentel

Outre les exclusions de garanties précisées au paragraphe précédent, les prestations liées au caractère accidentel du décès ne sont pas dues si le décès résulte de l'une des causes suivantes :

- état d'ivresse constaté médicalement par un taux d'alcoolémie susceptible d'être pénalement, sanctionné par la législation en vigueur pour la conduite d'un véhicule, et si l'assuré est reconnu comme étant responsable de l'accident,
- usage de stupéfiants non prescrits médicalement ou produits toxiques,
- pratiques d'ULM, deltaplane, parapente, parachutisme, sauts à l'élastique, et toutes autres formes de vol libre,
- participation à des compétitions sportives, courses, matches, concours ou essais, lorsque ceux-ci comportent l'utilisation de véhicules, d'embarcations à moteur ou de moyens de vol aérien,
- pratiques de toute activité sportive non représentée par une fédération sportive,
- pratiques de sports à titre professionnel,
- activités professionnelles sous la mer,
- rixes, sauf en cas de légitime défense,
- émeutes quel que soit le lieu où se déroulent les événements et quels que soient les protagonistes dès lors que l'assuré y prend une part active,
- fabrication et manipulation d'explosifs, de munitions ou de feux d'artifices.

## 4. Déchéance

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

## ARTICLE 17 - LIMITATION ET PLAFONDS DE GARANTIES

### 1. Déplacements groupés

Tout déplacement terrestre, maritime ou aérien et tout regroupement de plus de cinquante salariés organisé en dehors des locaux habituels de travail, devra faire l'objet d'une déclaration préalable par l'employeur au moins trois semaines avant le déplacement ou le regroupement. L'organisme assureur se prononcera sur les conditions dans lesquelles les garanties souscrites peuvent être maintenues à ces salariés.

À défaut de déclaration préalable, et/ou d'acceptation de la part de l'Institution, celle-ci se réserve la faculté de supprimer ou réduire ses prestations, son engagement étant alors, en tout état de cause, limité à 100 millions d'euros par événement.

Par événement, il faut entendre un accident et/ou une catastrophe naturelle entraînant le décès ou l'invalidité d'au moins trois assurés.

L'engagement est défini comme étant le cumul des garanties accordées (capitales et/ou capitales constitutives des rentes) par l'Institution.

L'engagement limité ci-dessus exposé est déterminé en cumulant les prestations calculées au titre du régime conventionnel et du présent contrat complémentaire, étant précisé que seules les prestations du présent contrat pourront faire l'objet d'une réduction (les prestations du régime conventionnel sont assurées dans tous les cas).

## 2. Plafonds de garanties

Le montant maximum des prestations garanties au titre d'un même assuré, capitales eux-mêmes et capitales constitutives des rentes, est limité à 100 fois le montant du plafond annuel de la Sécurité sociale. Ce montant est déterminé en cumulant les prestations calculées au titre du régime conventionnel et du présent contrat complémentaire étant précisé que seules les prestations du présent contrat pourront faire l'objet d'une réduction (les prestations du régime conventionnel sont assurées dans tous les cas).

En cas de dépassement de ce plafond, le différentiel viendra en déduction du montant des prestations, dans l'ordre de priorité suivant :

- le montant de la majoration du capital décès d'origine accidentelle,
- le montant du capital décès toutes causes,
- le montant du capital constitutif de la rente de conjoint,
- le montant des capitales constitutives des rentes d'éducation.

## ARTICLE 18 - PRESCRIPTION

Toutes les actions relatives aux garanties souscrites sont prescrites par un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance, dans les conditions et sous les réserves prévues à l'article L. 932-13 du Code de la sécurité sociale.

Cette prescription est portée à cinq ans en ce qui concerne l'incapacité de travail.

Elle est portée à dix ans pour les garanties liées à la vie humaine lorsque le bénéficiaire n'est pas l'assuré et pour la couverture du risque accident, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

## ARTICLE 19 - INFORMATION DES ASSURÉS

L'Adhérent s'engage :

- à remettre à chaque assuré une notice d'information, rédigée par l'Institution, précisant l'étendue des garanties dont il bénéficie et leurs modalités d'application ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre,
- à informer les assurés des modifications apportées à leurs droits et obligations en leur remettant une notice établie à cet effet par l'Institution.

La preuve de la remise de la notice à l'assuré et de l'information relative aux modifications contractuelles incombe à l'Adhérent.

En outre, lors de la rupture du contrat de travail du salarié, il appartient à l'Adhérent d'informer ce dernier du maintien des garanties auquel il peut prétendre en application des dispositions de



l'article 9.2 et des modalités de mise en oeuvre du dispositif, notamment le contrôle de persistance des droits audit maintien.

## ARTICLE 20 - CONTRÔLE

L'institution est soumise à l'Autorité de Contrôle Prudenciel.

En cas de difficultés dans l'application du contrat, les réclamations sont à adressés par courriers ou par e-mail à l'institution de prévoyance.

## 6-2 TITRE 2 - CAPITAL DÉCÈS - FRAIS D'OBSÈQUES

### ARTICLE 21 - OBJET ET DÉFINITION DE LA GARANTIE

La présente garantie a pour objet d'assurer le versement de capitaux en cas de décès ou d'invalidité permanente totale de l'assuré.

Les montants des capitaux assurés sont fixés aux Conditions particulières.

#### 1. Décès toutes causes

En cas de décès de l'assuré, le(s) bénéficiaire(s) désigné(s) perçoit(ven)t un capital, dont le montant est déterminé en pourcentage de la base de calcul des prestations.

#### 2. Invalidité permanente totale

En cas d'invalidité permanente totale, l'assuré peut percevoir par anticipation, s'il en fait la demande, le capital prévu en cas de décès toutes causes.

L'assuré est en invalidité permanente totale lorsqu'il est reconnu, avant la prise d'effet de sa retraite sécurité sociale, invalide 3e catégorie par la Sécurité sociale, ou en cas d'incapacité permanente résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle dont le taux d'incapacité permanente est au moins égal à 66 %.

La demande doit être effectuée dans les 24 mois qui suivent la date de notification d'attribution de la pension ou de la rente par la Sécurité sociale, et en tout état de cause avant la prise d'effet de sa retraite.

Le versement anticipé du capital au motif d'invalidité permanente totale met fin à la garantie « capital décès » de l'assuré.

#### 3. Décès ou invalidité permanente totale d'origine accidentelle

Le contrat peut prévoir le versement d'un capital supplémentaire lorsque le décès ou l'invalidité permanente totale est imputable à un accident.

Le décès ou l'invalidité permanente totale doit intervenir dans les douze mois qui suivent l'accident.

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

La preuve de la relation directe de cause à effet entre l'accident et le décès ou l'invalidité permanente totale, ainsi que la preuve de la nature de l'accident, incombent au bénéficiaire.



#### 4. Décès simultané ou postérieur du conjoint

En cas de décès simultané ou postérieur du conjoint ou du partenaire lié par un PACS ou du concubin, non (re) marié ou lié par un PACS, un capital supplémentaire peut être réparti entre les enfants à charge du conjoint ou du partenaire lié par un PACS ou du concubin, dans la mesure où ils étaient à la charge de l'assuré à la date de son décès.

La garantie prévue en cas de décès simultané ou postérieur du conjoint cesse en cas de résiliation du contrat d'assurance.

#### ARTICLE 22 - PRISE EN COMPTE DES CHARGES DE FAMILLE

Le contrat peut prévoir une majoration de capital en fonction des charges de famille de l'assuré, ci-après définies :

##### 1. Les enfants à charge

Sont considérés comme enfants à charge les enfants légitimes, naturels reconnus, adoptifs, recueillis ou à naître, considérés à charge de l'assuré au sens de la législation fiscale ou de celle sur les allocations familiales :

- jusqu'au 18e anniversaire sans conditions,
- jusqu'au 26e anniversaire pendant la durée :
  - de l'apprentissage ou des études secondaires et supérieures,
  - de l'inscription auprès du Pôle Emploi comme demandeur d'emploi ou effectuant un stage préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré,
- sans limitation de durée en cas d'invalidité reconnue avant le 21e anniversaire, équivalente à l'invalidité de 2e ou 3e catégorie de la Sécurité sociale justifiée par un avis médical, ou tant qu'ils bénéficient de l'allocation Adulte Handicapé et qu'ils sont titulaires de la carte d'invalidé civil.

##### 2. Les ascendants à charge

Sont considérés à charge les ascendants fiscalement à charge de l'assuré ou qui perçoivent de ce dernier une pension alimentaire déductible de son revenu imposable.

#### ARTICLE 23 - DÉFINITION DES BÉNÉFICIAIRES

En cas de décès de l'assuré, le capital est versé :

- au conjoint de l'assuré non séparé de corps par jugement définitif,
- ou à la personne liée à l'assuré par un pacte civil de solidarité,
- ou à son concubin notoire,
- à défaut, par parts égales entre eux, aux enfants de l'assuré vivants ou représentés, légitimes, naturels reconnus, adoptifs, recueillis ou nés viables moins de 300 jours après le décès de l'assuré,
- à défaut, par parts égales entre eux, aux parents de l'assuré et, en cas de décès de l'un d'eux, au survivant pour la totalité,
- à défaut, aux héritiers de l'assuré à proportion de leurs parts héréditaires.

L'assuré peut, toutefois, par désignation particulière, indiquer un ou plusieurs bénéficiaires de son choix.

Cette désignation peut être effectuée à l'aide de l'imprimé « désignation particulière de bénéficiaires » délivré à cet effet par l'Institution ou par un acte sous seing privé ou authentique. Dans ce cas, il appartient à l'assuré d'informer l'Institution de l'existence de cette désignation particulière.

Lorsque le bénéficiaire est nommément désigné, l'assuré peut préciser ses coordonnées à l'Institution, afin que ce bénéficiaire soit informé, en cas de décès de l'assuré.

La clause bénéficiaire peut être modifiée à tout moment. Toutefois, la désignation devient irrévocable en cas d'acceptation de celle-ci par le bénéficiaire.

La part de capital correspondant aux majorations pour enfants ou ascendants à charge est attribuée par parts égales à ceux-ci ou à leur représentant légal.

En cas d'invalidité permanente totale, l'intégralité du capital serait versée sur sa demande à l'assuré lui-même.

## ARTICLE 24 - FORMALITÉS

Le paiement des capitaux garantis sera effectué dans les quinze jours suivant la réception par l'Institution d'un dossier complet comprenant :

-- la demande de prestations (formulaire mis à disposition par l'Institution) comportant notamment l'attestation par l'Adhérent que l'assuré était bien garanti à la date du décès ou de l'invalidité permanente totale, et la base servant au calcul des prestations,

-- les pièces justificatives nécessaires au versement des prestations, notamment :

- une copie intégrale de l'acte de décès de l'assuré ou la notification d'attribution par la Sécurité sociale de la pension d'invalidité ou de la rente d'accident de travail ou de maladie professionnelle,
- une copie intégrale de l'acte de naissance de l'assuré délivrée depuis moins de trois mois,
- un certificat médical attestant que le décès est dû ou non à une cause naturelle,
- les pièces justifiant de la qualité de bénéficiaire, ou permettant l'obtention de majorations pour charge de famille,
- en cas d'accident, la preuve de la relation directe de cause à effet entre l'accident et le décès ou l'invalidité permanente totale de l'assuré, ainsi que la preuve de la nature de l'accident.

La liste complète des pièces justificatives nécessaires, en fonction de chaque situation particulière et du bénéficiaire, est précisée sur le formulaire de demande de prestations.

## ARTICLE 25 - FRAIS D'OBSÈQUES

Le contrat peut prévoir le versement d'une allocation pour frais d'obsèques, d'un montant forfaitaire calculé en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale, en cas de décès :

-- de l'assuré : dans ce cas l'allocation est versée au conjoint, ou partenaire de PACS ou concubin ;

-- du conjoint, ou partenaire lié par PACS ou concubin : dans ce cas l'allocation est versée à l'assuré ;

-- des enfants à charge de l'assuré (au sens de l'article 22) : dans ce cas l'allocation est versée à l'assuré.

En cas de décès d'un enfant de moins de 12 ans, cette allocation ne peut excéder le montant des frais d'obsèques réellement engagés.

A défaut de bénéficiaire tel qu'indiqué ci-dessus, l'allocation est versée à la personne ayant supporté les frais d'obsèques, sur présentation de la facture acquittée.

## 6-3 TITRE 3 - RENTE D'ÉDUCATION

### ARTICLE 26 - OBJET ET DÉFINITION DE LA GARANTIE

La garantie a pour objet d'assurer à chaque enfant charge, tel que défini à l'article 27, le service d'une rente d'éducation, en cas de décès de l'assuré uniquement.

Les montants des rentes assurées, en pourcentage de la base de calcul des prestations, sont fixés aux Conditions particulières.

L'Institution verse une rente temporaire à chaque enfant bénéficiaire, pour autant que les conditions d'attribution continuent d'être remplies.

Le montant de la rente peut être progressif selon l'âge de l'enfant.

La rente est doublée pour l'enfant bénéficiaire orphelin de père et de mère.

### ARTICLE 27 - DÉFINITION DES BÉNÉFICIAIRES

Sont considérés comme enfants à charge les enfants légitimes, naturels reconnus, adoptifs, recueillis ou à naître, considérés à charge de l'assuré au sens de la législation fiscale ou de celle sur les allocations familiales :

-- jusqu'au 18e anniversaire sans conditions,

-- jusqu'au 26e anniversaire pendant la durée :

- de l'apprentissage ou des études secondaires et supérieures,
- de l'inscription auprès du Pôle Emploi comme demandeur d'emploi ou effectuant un stage préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré,

-- sans limitation de durée en cas d'invalidité reconnue avant le 21e anniversaire, équivalente à l'invalidité de 2e ou 3e catégorie de la Sécurité sociale justifiée par un avis médical, ou tant qu'ils bénéficient de l'allocation Adulte Handicapé et qu'ils sont titulaires de la carte d'invalidé civil.

### ARTICLE 28 - PAIEMENT ET DURÉE

La rente est versée trimestriellement d'avance à compter du premier jour du mois suivant le décès de l'assuré. La rente est versée au représentant légal de l'enfant mineur ou majeur protégé, ou à l'enfant majeur sur sa demande.

Si la demande de prestations est présentée plus d'un an après la date de décès, la rente est versée à compter du premier jour suivant la date à laquelle l'Institution l'a reçue.

En cas de rente progressive selon l'âge de l'enfant, la majoration intervient au premier jour du trimestre civil suivant l'anniversaire de l'enfant.

Si l'enfant bénéficiaire devient orphelin de père et de mère du fait du décès postérieur du dernier parent, la rente est doublée au lendemain du jour du décès du dernier parent, pour autant que la garantie ne soit pas résiliée.

Toute modification de la situation de l'enfant à charge, autre que la limite d'âge prévue au contrat, doit être signalée sans délai à l'Institution.

L'Institution demande annuellement de justifier que l'enfant bénéficiaire continue de remplir les conditions requises pour la poursuite du versement des prestations.

La rente cesse d'être payée à la fin du trimestre au cours duquel l'enfant cesse de remplir les conditions requises.

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

## ARTICLE 29 - FORMALITÉS

Le paiement de la rente sera effectué dans les quinze jours suivant la réception par l'Institution d'un dossier complet comprenant :

-- la demande de prestations (formulaire mis à disposition par l'Institution) comportant notamment l'attestation par l'Adhérent que l'assuré était bien garanti à la date du décès, et la base servant au calcul des prestations,

-- les pièces justificatives nécessaires au versement des prestations, notamment :

- une copie intégrale de l'acte de décès de l'assuré,
- une copie intégrale de l'acte de naissance de l'assuré délivrée depuis moins de trois mois,
- un certificat médical attestant que le décès est dû ou non à une cause naturelle,
- les pièces justifiant de la qualité de bénéficiaire.
- le relevé d'identité bancaire du (des) bénéficiaire(s).

La liste complète des pièces justificatives nécessaires, en fonction de chaque situation particulière et du bénéficiaire, est précisée sur le formulaire de demande de prestations.

## 6-4 TITRE 4 - RENTE DE CONJOINT

### ARTICLE 30 - OBJET ET DÉFINITION DE LA GARANTIE

La garantie a pour objet, en cas de décès de l'assuré, d'assurer au conjoint, ou partenaire de PACS ou concubin survivant tels que définis à l'article 13.3, le service d'une rente viagère et éventuellement d'une rente temporaire.

Lorsque le décès de l'assuré n'ouvre pas droit au versement d'une rente de conjoint, le contrat peut prévoir une garantie substitutive assurant le versement d'un capital.

Les montants des rentes ou capital assurés sont fixés aux Conditions particulières.

#### 1. Rente viagère

Le montant de la rente viagère annuelle est égal au produit d'un pourcentage de la base de calcul des prestations et de la différence entre 60 ou 65 ans et l'âge de l'assuré à son décès, soit la formule :

- Personnel cadre  $(65 - A) \times \% BC$
- Personnel non-cadre  $(60 - A) \times \% BC$

Les valeurs utilisées représentant :

- % BC : pourcentage de la base de calcul des prestations, défini aux Conditions particulières,
- A : âge de l'assuré à son décès, calculé par différence de millésime entre l'année du décès et celle de la naissance ; la valeur de  $(65 - A)$  ou  $(60 - A)$  est au minimum égal à 1.

#### 2. Rente temporaire

Lorsque le conjoint survivant ne peut prétendre immédiatement, mais seulement à effet différé, à la pension de réversion du régime de retraite complémentaire de l'ARRCO, l'Institution peut verser une rente temporaire.

Le partenaire lié par un PACS ou le concubin est assimilé au conjoint pour l'application de ces dispositions. Ses droits sont examinés par référence aux conditions d'attribution de la pension de réversion à un conjoint.

Le montant annuel de la rente temporaire est égal au produit d'un pourcentage de la base de calcul des prestations et du nombre d'années écoulées entre celle des 20 ou 25 ans de l'assuré et celle de son décès, soit la formule :

- Personnel cadre  $(A - 25) \times \% BC$
- Personnel non-cadre  $(A - 20) \times \% BC$

Les valeurs utilisées représentant :

- % BC : pourcentage de la base de calcul des prestations, défini aux Conditions particulières,
- A : âge de l'assuré à son décès, calculé par différence de millésime entre l'année du décès et celle de la naissance.

### 3. Capital substitutif

Le capital substitutif est versé dans les conditions prévues à l'article 23, étant précisé que :

- la désignation expresse effectuée le cas échéant au titre de la garantie « capital décès » sera utilisée sauf stipulation contraire de l'assuré exprimée par écrit,
- les bénéficiaires à défaut de désignation expresse sont :
  - par parts égales entre eux, les enfants de l'assuré vivants ou représentés, légitimes, naturels reconnus, adoptifs, recueillis ou nés viables moins de 300 jours après le décès de l'assuré,
  - à défaut, par parts égales entre eux, les parents de l'assuré et, en cas de décès de l'un d'eux, au survivant pour la totalité,
  - à défaut, les héritiers de l'assuré à proportion de leurs parts héréditaires.

### ARTICLE 31 - PAIEMENT ET DURÉE

La date d'effet des rentes est fixée au 1er jour du mois qui suit celui au cours duquel est survenu le décès de l'assuré.

La date d'effet ci-dessus s'entend sous réserve que la demande ait été présentée dans un délai de six mois suivant le décès. A défaut, la date d'effet est reportée au premier jour du mois civil suivant la réception de la demande.

Les rentes sont payables par trimestre civil, à terme échu, 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.

La rente temporaire cesse d'être due à la date à laquelle le conjoint fait liquider ses droits à pension et en tout état de cause au plus tard à la date à laquelle il peut prétendre à la pension de réversion à taux plein du régime de retraite complémentaire de l'ARRCO. Le partenaire lié par un PACS ou le concubin est assimilé au conjoint pour l'application de ces dispositions ; ses droits sont examinés par référence aux conditions d'attribution de la pension de réversion à un conjoint.

Lors du décès du bénéficiaire, la rente viagère et le cas échéant temporaire cessent d'être dues au dernier jour du trimestre en cours du décès.

### ARTICLE 32 - FORMALITÉS

Le paiement de la rente sera effectué dans les quinze jours suivant la réception par l'Institution d'un dossier complet comprenant :

- la demande de prestations (formulaire mis à disposition par l'Institution) comportant notamment l'attestation par l'Adhérent que l'assuré était bien garanti à la date du décès, et la base servant au calcul des prestations,
- les pièces justificatives nécessaires au versement des prestations, notamment :
  - une copie intégrale de l'acte de décès de l'assuré,

- une copie intégrale de l'acte de naissance de l'assuré délivrée depuis moins de trois mois,
- un certificat médical attestant que le décès est dû ou non à une cause naturelle,
- les pièces justifiant de la qualité de bénéficiaire,
- le relevé d'identité bancaire du bénéficiaire.

La liste complète des pièces justificatives nécessaires, en fonction de chaque situation particulière et du bénéficiaire,

## 6-5 TITRE 5 - INCAPACITÉ TEMPORAIRE - INVALIDITÉ

### ARTICLE 33 - OBJET DE LA GARANTIE

La présente garantie a pour objet d'assurer le versement des prestations complémentaires à celles versées par la Sécurité sociale, en cas d'arrêt de travail de l'assuré pour maladie ou accident.

Les montants des prestations assurées, en pourcentage de la base de calcul des prestations, sont fixés aux conditions particulières, et sont exprimées soit en complément, soit sous déduction des prestations de la Sécurité sociale et du régime de prévoyance conventionnel.

### ARTICLE 34 - INCAPACITÉ TEMPORAIRE

#### 1. Définition de la garantie

Il est versé à tout assuré cessant son travail par suite de maladie ou accident et percevant des indemnités journalières de la Sécurité sociale au titre de l'Assurance maladie, des indemnités journalières complémentaires.

Ces indemnités journalières complémentaires sont versées à l'expiration d'une période de franchise égale à un nombre de jours consécutifs d'arrêt de travail, fixée aux Conditions particulières.

Le contrat peut prévoir une période de franchise ramenée à trois jours en cas d'arrêt de travail pour hospitalisation médicale ou chirurgicale de plus de trois jours, ou d'arrêt de travail consécutif à un accident, l'indemnité journalière étant versée au plus tôt au premier jour d'hospitalisation.

Lorsque les indemnités de la Sécurité sociale, du fait notamment d'une mesure de sanction prise par cet organisme :

- sont réduites, alors les indemnités journalières complémentaires versées par l'Institution ne compenseront pas cette minoration,
- sont supprimées, alors le versement des indemnités journalières complémentaires sera suspendu.

#### 2. Rechute

Tout nouvel arrêt de travail, imputable à une maladie ou à un accident ayant déjà donné lieu à paiement des indemnités journalières complémentaires et survenant pendant la période d'affiliation au contrat dans un délai maximum de deux mois suivant la reprise du travail, est considéré comme une rechute.

Aucune franchise, en dehors de celle éventuellement pratiquée par la Sécurité sociale, n'est alors appliquée et les prestations sont servies et calculées comme celles de l'arrêt de travail précédent.

La garantie en vigueur à la date du premier arrêt de travail est retenue.

Par ailleurs, chaque fois que l'assuré sera atteint d'une maladie longue et coûteuse au sens des articles L. 322-3 et D. 322-1 du Code de la sécurité sociale, il ne sera pas tenu compte de la durée de la reprise du travail pour considérer qu'il s'agit toujours d'une même affection et pour continuer le versement des indemnités journalières sans application du délai de franchise.

#### ARTICLE 35 - INVALIDITÉ

Il est attribué une rente complémentaire d'invalidité à tout assuré bénéficiant, soit d'une pension d'invalidité de 1<sup>re</sup>, 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> catégorie de la Sécurité sociale, soit d'une rente d'incapacité permanente reconnue par la Sécurité sociale, à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, dont le taux est au moins égal à 33 %.

En cas de modification du taux d'invalidité reconnu par la Sécurité sociale, la rente versée par l'Institution est modifiée à partir de la même date.

En cas d'incapacité permanente résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, le montant de la rente versée par l'Institution est variable selon le taux d'incapacité (n) :

-- taux (n) égal ou supérieur à 66 % : la rente est égale à celle versée en cas de 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> catégorie de la Sécurité sociale,

-- taux (n) compris entre 33 % et 65 % : la rente est calculée selon la formule  $\frac{3}{2} (N) \times$  rente ci-dessus.

#### ARTICLE 36 - REPRISE D'ACTIVITÉ

En cas de reprise totale ou partielle d'activité, si l'assuré continue de bénéficier de la part de la Sécurité sociale d'indemnités journalières, d'une pension d'invalidité, ou d'une rente pour accident du travail ou maladie professionnelle, l'Institution accorde des prestations complémentaires réduites dans la limite fixée par la règle de cumul (article 37).

#### ARTICLE 37 - RÈGLE DE CUMUL

Le total de la rémunération perçue de l'employeur, des indemnités, rentes ou pensions versées par la Sécurité sociale, des sommes versées au titre de la législation sur le chômage et des indemnités ou rentes complémentaires versées par tout organisme assureur de prévoyance collective obligatoire ne peut excéder le salaire net qu'aurait perçu l'assuré s'il avait été en activité. S'il en était ainsi, les prestations versées par l'Institution seraient réduites à due concurrence.

Toutefois, lorsque l'assuré, ancien salarié, est garanti au titre des dispositions exposées à l'article 9.2, la limitation des indemnités journalières au salaire net d'activité est appréciée par rapport au montant net des allocations que le régime d'assurance chômage aurait versées pour la même période.

Ne sont pas prises en compte pour le calcul de cette limitation, le cas échéant, l'allocation pour tierce personne et les prestations versées au titre d'un contrat d'assurance dépendance collectif ou individuel.



## ARTICLE 38 - CONTRÔLE MÉDICAL – EXPERTISE MÉDICALE

### Contrôle médical

Lors d'une demande de prestations, et en cours de service, l'Institution peut faire procéder aux visites médicales, contrôles et enquêtes qu'elle jugerait nécessaires pour se prononcer sur l'ouverture ou la poursuite du service des prestations.

L'Institution peut effectuer, elle-même, tous les contrôles et enquêtes administratifs, et réclamer toutes pièces qu'elle estimerait nécessaires au contrôle de l'état de santé de l'assuré.

L'examen de la situation médicale de l'assuré peut amener l'Institution à adopter une position différente de celle de la Sécurité sociale en ce qui concerne le service des prestations incapacité temporaire et/ou invalidité.

### Expertise médicale

En cas de désaccord du salarié sur les résultats des contrôles effectués, l'intéressé devra indiquer à l'Institution, dans les huit jours de la notification par lettre recommandée des résultats du contrôle, le nom d'un médecin choisi par lui.

L'Institution désignera tout médecin de son choix. Si ces deux médecins ne peuvent parvenir à des conclusions communes, ils choisiront un tiers médecin pour les départager.

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

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

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

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

## ARTICLE 39 - PAIEMENT ET DURÉE

### 1. Incapacité temporaire

Les indemnités journalières sont versées, sur présentation des décomptes de la Sécurité sociale. Ces prestations sont réglées à l'Adhérent tant que le contrat de travail n'est pas rompu, à charge pour lui de les reverser à l'assuré après calcul et précompte des charges sociales. En cas de rupture du contrat de travail, elles sont versées directement à l'assuré.

Le service des indemnités journalières cesse :

- à la date à laquelle cessent les indemnités journalières servies par la Sécurité sociale ;
- en cas de contrôle médical, à la date à laquelle l'assuré ne justifie plus d'une incapacité au sens du présent contrat ;
- et en tout état de cause à compter de la date d'entrée en jouissance d'une pension de retraite servie par le régime général de la Sécurité sociale



## 2. Invalidité

Les rentes complémentaires d'invalidité sont versées à l'assuré, sur présentation d'un justificatif de la Sécurité sociale, mensuellement à terme échu, le premier et le dernier paiement pouvant ne comprendre qu'un prorata de rente.

Le service de la pension d'invalidité cesse :

- à la date à laquelle cesse la pension d'invalidité ou rente d'accident du travail / maladie professionnelle, versée par la Sécurité sociale ;
- en cas de contrôle médical, à la date à laquelle l'assuré ne justifie plus d'un état d'invalidité au sens du présent contrat ;
- et en tout état de cause à compter de la date d'entrée en jouissance d'une pension de retraite servie par le régime général de la Sécurité sociale.

### ARTICLE 40 - RECOURS SUBROGATOIRE CONTRE LE TIERS RESPONSABLE

Conformément à l'article 29-5 de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accident de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation, l'Institution est, pour le paiement des indemnités journalières et pensions d'invalidité, subrogée dans les droits et actions de l'assuré, du bénéficiaire ou de leurs ayants droit, contre les tiers responsables de l'accident ayant provoqué l'arrêt de travail ou l'invalidité. L'assuré victime d'un dommage causé par un tiers responsable et ouvrant droit au versement de prestations de la part de l'Institution doit fournir à cette dernière, dans les meilleurs délais, tous les éléments nécessaires à la mise en oeuvre de la procédure.

### ARTICLE 41 - FORMALITÉS

Le paiement des prestations sera effectué par l'Institution dans un délai de quinze jours suivant la réception d'un dossier complet comprenant notamment :

- la déclaration d'arrêt de travail (formulaire mis à disposition par l'Institution) comportant notamment l'attestation par l'Adhérent que l'assuré était bien garanti à la date de l'arrêt de travail, et les éléments servant au calcul des prestations,
- les décomptes de la Sécurité sociale,
- la notification de la sécurité sociale relative à l'attribution d'une pension d'invalidité ou d'une rente pour accident du travail / maladie professionnelle,
- en cas de reprise d'activité à temps partiel, attestation mensuelle de l'employeur mentionnant le montant de la rémunération versée.

### ARTICLE 7- ANNEXES

DETAIL DES GARANTIES DU PERSONNEL RELEVANT DE LA CCN DU 140347 PB CCN DE 47 (CADRES) EFFECTIVES EN 2021 DANS L'ETABLISSEMENT.

DETAIL DES GARANTIES DU PERSONNEL NE RELEVANT PAS DE LA CCN DU 140347 PB CCN DE 47 (NON CADRES) EFFECTIVES EN 2021 DANS L'ETABLISSEMENT.