

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 conventionnel 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 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 (06-38-42-30-71)

Remise des offres : uniquement par voie électronique à l'adresse suivante :
fdonio@legrandlarge-congres.com

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

Date et heure limite des réponses : 31/07/2021 à 18H

Négociation : Non

Reconductible : Non

GLOSSAIRE

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

Accord de prévoyance : l'accord de prévoyance du 27 mars 1997 (et avenants subséquents) ayant institué le régime conventionnel de prévoyance objet du contrat.

Adhérent : Le pouvoir Adjudicateur souscrivant le présent contrat.

Institution : Organisme de prévoyance pour les garanties Capital décès et Incapacité temporaire et Invalidité, l'OCIRP pour la garantie Rente d'éducation, et les deux institutions pour les Dispositions communes visant l'ensemble des garanties.

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 I – DISPOSITIONS COMMUNES

ARTICLE 1 - OBJET DU CONTRAT

ARTICLE 2 - SOUSCRIPTION DU CONTRAT

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

ARTICLE 4 - AFFILIATION DES SALARIÉS – PRISE D’EFFET DES GARANTIES
ARTICLE 5 - MODIFICATION DES GARANTIES
ARTICLE 6 - MODIFICATION DU CADRE LÉGISLATIF OU RÉGLEMENTAIRE
ARTICLE 7 - MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS D’INCAPACITÉ TEMPORAIRE OU D’INVALIDITÉ
ARTICLE 8 - MAINTIEN DES GARANTIES HORS CAS D’INCAPACITÉ TEMPORAIRE OU D’INVALIDITÉ
ARTICLE 9 - CESSATION DES GARANTIES
ARTICLE 10 - COTISATIONS
ARTICLE 11 - DÉCLARATION NOMINATIVE ANNUELLE – FORMALITÉS
ARTICLE 12 - CALCUL ET VERSEMENT DES PRESTATIONS
ARTICLE 13 - RÉSILIATION DU CONTRAT D’ASSURANCE
ARTICLE 14 - ÉTENDUE TERRITORIALE
ARTICLE 15 - EXCLUSIONS – DÉCHÉANCE
ARTICLE 16 - PRESCRIPTION
ARTICLE 17 - GARANTIES INDIVIDUELLES
ARTICLE 18 - INFORMATION DES ASSURÉS
ARTICLE 19 - CONTRÔLE DE L’INSTITUTION – RÉCLAMATION – INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

6-2 TITRE II – CAPITAL DÉCÈS

ARTICLE 20 - OBJET ET DÉFINITION DE LA GARANTIE
ARTICLE 21 - DÉFINITION DES BÉNÉFICIAIRES
ARTICLE 22 - FORMALITÉS

6-3 TITRE III – RENTE D’ÉDUCATION

ARTICLE 23 - OBJET ET DÉFINITION DE LA GARANTIE
ARTICLE 24 - DÉFINITION DES BÉNÉFICIAIRES
ARTICLE 25 - PAIEMENT ET DURÉE
ARTICLE 26 - FORMALITÉS

6-4 TITRE IV – INCAPACITÉ TEMPORAIRE - INVALIDITÉ

ARTICLE 27 - OBJET DE LA GARANTIE
ARTICLE 28 - INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL
ARTICLE 29 - INVALIDITÉ
ARTICLE 30 - REPRISE D’ACTIVITÉ
ARTICLE 31 - RÈGLE DE CUMUL
ARTICLE 32 - CONTRÔLE MÉDICAL – EXPERTISE MÉDICALE
ARTICLE 33 - PAIEMENT ET DURÉE
ARTICLE 34 - RECOURS SUBROGATOIRE CONTRE LE TIERS RESPONSABLE
ARTICLE 35 - FORMALITÉS

6-5 TITRE V – FONDS DE SOLIDARITE

ARTICLE 36 - LES AIDES INDIVIDUELLES D’ACCOMPAGNEMENT SOCIAL
ARTICLE 37 – L’ACCOMPAGNEMENT RETOUR A L’EMPLOI
ARTICLE 38 – UNE OFFRE DE SERVICE EN CO-CONSTRUCTION

ARTICLE 7- ANNEXES

TABLEAU DES GARANTIES DETAILLE DU REGIME DE PREVOYANCE DE LA BRANCHE SYNTEC
TABLEAU DES GARANTIES SYNTHÈSE DU REGIME DE PREVOYANCE DE LA BRANCHE SYNTEC

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 **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.

ARTICLE 3 – DUREE DES ENGAGEMENTS RECIPROQUES

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

ARTICLE 4 – RESILIATION

Le contrat collectif de prévoyance conventionnelle 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 I – DISPOSITIONS COMMUNES

ARTICLE 1 - OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat est souscrit dans un cadre collectif à adhésion obligatoire et a pour objet d'accorder des garanties de prévoyance aux salariés appartenant à la catégorie de personnel assurée, en cas de décès ou invalidité absolue définitive, en cas d'incapacité temporaire de travail ou invalidité.

Le contrat est conforme à 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.

Les catégories de personnel pouvant bénéficier du contrat sont, par référence aux définitions stipulées aux articles 1 et 2 de l'Accord de prévoyance :

- ETAM (employés, techniciens, agents de maîtrise),
- CADRES (ingénieurs et cadres).

L'institution est par ailleurs habilitée à gérer la garantie « rente d'éducation » assurée par l'OCIRP.

Organisme Commun des Institutions de Rente et de Prévoyance.

ARTICLE 2 - SOUSCRIPTION DU CONTRAT

Le contrat prendra effet le 1^{er} janvier 2022 pour une durée de 4 ans. Le terme du contrat est fixé au 31 décembre 2025.

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

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

Article 3.1 Déclaration des risques en cours

Lors de la souscription du contrat, l'entreprise doit déclarer s'il existe ou non des salariés ou anciens salariés dont l'arrêt de travail ou le décès est susceptible d'ouvrir droit à versement de prestations dans le cadre du présent contrat.

Dans l'affirmative, l'entreprise fournit un « état des risques en cours » (formulaire mis à disposition par l'Institution), concernant :

- les salariés en incapacité temporaire de travail ou en invalidité par suite de maladie ou accident, qu'ils soient ou non couverts à ce titre par un précédent organisme assureur,
- les anciens salariés en incapacité temporaire de travail ou en invalidité, par suite de maladie ou accident, s'ils sont couverts à ce titre par un précédent organisme assureur,
- les ayants droits d'anciens salariés, bénéficiaires d'une rente d'éducation versée par un précédent assureur.

Article 3.2 En présence d'un contrat de prévoyance souscrit antérieurement

L'Institution prend en charge, pour les salariés ou anciens salariés en arrêt de travail ainsi que les bénéficiaires de prestations périodiques, déclarés par l'entreprise lors de la souscription :

— les revalorisations futures concernant les prestations périodiques (indemnités journalières, rentes invalidité, rentes éducation) dont le service incombe au précédent assureur, que le contrat de travail soit rompu ou non,

— l'éventuel différentiel de garanties pour le maintien des garanties décès si les garanties de la précédente adhésion étaient inférieures aux dispositions du présent contrat, et si le contrat de travail n'est pas rompu,

— la revalorisation des bases de calcul des différentes prestations relatives à la couverture du risque décès maintenu, dans le cas où celle-ci n'était pas prévue par le contrat résilié (pour autant que les conditions de revalorisation du précédent contrat aient été communiquées), par un précédent assureur en cas de transfert d'engagement de celui-ci vers l'institution Prévoyance et l'OCIRP, que le contrat de travail soit rompu ou non ; le transfert d'engagement est effectif lorsque le précédent organisme assureur a transféré les provisions qu'il a constituées au titre de ces garanties.

Article 3.3 En l'absence d'un contrat de prévoyance souscrit antérieurement

Les salariés en arrêt de travail, déclarés par l'entreprise lors de la souscription, sont couverts à compter de la date d'effet du contrat pour l'ensemble des garanties ; ils bénéficient des prestations incapacité temporaire de travail - invalidité dès cette date pour autant qu'ils remplissent les conditions d'ouverture de droits fixées au présent contrat.

Lorsque l'adhésion est demandée au-delà de la période de libre choix prévue par l'Accord de prévoyance, la franchise prévue à la garantie Incapacité temporaire de travail est décomptée à partir de la date d'effet du contrat (l'arrêt de travail en cours lors de l'adhésion est réputé être survenu à la date d'effet du contrat).

Article 3.4 Financement des risques en cours

Les taux de cotisations fixés à l'article 10 incluent la prise en charge des risques en cours tel que précisé ci-dessus, pour les entreprises en création qui adhèrent au régime conventionnel au cours de la période de libre choix prévue par l'Accord de prévoyance. Dans tous les autres cas, l'entreprise est assujettie, après examen des sinistres en cours, au versement à sa charge exclusive d'une prime unique ou d'une sur-cotisation calculée par l'Institution, correspondant à la couverture des risques en cours.

Article 3.5 Loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites

Les dispositions qui suivent concernent les entreprises ayant souscrit un contrat auprès d'un autre assureur avant le 11 novembre 2010 et venant à le résilier afin de rejoindre le régime conventionnel avant le 31 décembre 2015.

Dans le cas où, à la date d'effet du présent contrat, il existe des salariés ou anciens salariés en arrêt de travail (incapacité temporaire – invalidité), l'entreprise devra s'assurer auprès de l'assureur qu'elle quitte, que les prestations nées ou à naître sont intégralement provisionnées, conformément aux dispositions de l'article 26 de la Loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites (report de l'âge de la retraite).

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

L'adhérent s'engage à affilier tous les salariés présents et futurs appartenant à la catégorie de personnel assurée, au moyen du formulaire d'affiliation mis à disposition par l'Institution.

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.

En présence d'un assureur précédent dont le contrat a été résilié, peuvent demander à être affiliés, à la date d'effet du présent contrat, les anciens salariés qui à cette date demeurent bénéficiaires d'une période de maintien de garanties ouverte auprès de l'assureur précédent et restant à courir au titre du dispositif de portabilité instauré par l'article 14 de l'ANI du 11 janvier 2008 (sauf dans le cas où l'assureur précédent maintient sa garantie jusqu'à expiration de la période de droits à portabilité).

La date de prise d'effet des garanties est fixée à la date d'effet du contrat pour les salariés susvisés présents à l'effectif à cette date (le cas échéant anciens salariés), puis ultérieurement à la date de leur embauche ou promotion dans la catégorie de personnel assurée, pour autant que l'Adhérent les aient déclarés dans les trois mois suivant cette date.

ARTICLE 5 - MODIFICATION DES GARANTIES

En cas de modification de la garantie Incapacité temporaire - invalidité, les assurés en arrêt de travail pour maladie ou accident 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 8.2, alors ils seront couverts selon ces nouvelles modalités,

— s'ils sont radiés des effectifs et bénéficient du maintien des garanties décès, 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 8.2.

ARTICLE 6 - MODIFICATION DU CADRE LÉGISLATIF OU RÉGLEMENTAIRE

Les modalités de la garantie 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. Ils seront révisés sans délai, en tout ou partie, en cas de changement de ces textes. Jusqu'à la date d'effet des nouvelles conditions, les garanties restent acquises selon les modalités contractuelles antérieures.

ARTICLE 7 - MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE OU D'INVALIDITÉ

Ces dispositions concernent les assurés qui, à la date de cessation de leur contrat de travail (ou à la date d'expiration de la période de maintien de garantie pour les anciens salariés bénéficiant du dispositif de portabilité visé à l'article 8.2), sont en arrêt de travail pour maladie ou accident ouvrant droit à prestations au titre de la garantie Incapacité temporaire de travail - invalidité du présent contrat.

Ceux-ci demeurent bénéficiaires de la garantie Incapacité temporaire de travail - invalidité, dès lors que les prestations, immédiates ou différées (invalidité), sont acquises ou nées antérieurement à la cessation du contrat de travail. Les prestations sont versées jusqu'à leur échéance normale.

Les garanties en cas de décès leur sont maintenues 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 %.

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 (sauf cumul emploi retraite).

Si, tout en continuant d'être indemnisé par la Sécurité sociale, l'assuré a repris une activité salariée et bénéficie de ce fait de droits au titre d'un nouveau contrat collectif de prévoyance, le maintien de garantie porte sur le salaire de référence, tel que défini à l'article 12, diminué du salaire de référence correspondant à l'activité reprise.

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

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

Article 8.1 Suspension du contrat de travail hors cas d'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 10.

Les garanties décès peuvent être maintenues, à la demande des salariés, sous réserve du paiement de la cotisation correspondante selon l'assiette définie à l'article 10, pour les assurés dont le contrat de travail a été suspendu sans rémunération. Pour être recevable, la demande doit être formulée au plus tard dans les 30 jours suivant le début de la période de suspension du contrat de travail.

La garantie Incapacité temporaire de travail - Invalidité est maintenue sans contrepartie de cotisations aux assurés dont le contrat de travail a été suspendu pour congé parental.

Dans tous les cas susvisés, les garanties cessent dans les conditions précisées à l'article 9.

Article 8.2 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 complémentaire 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 dûment signée par l'adhérent et l'ancien salarié, ainsi que 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.

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 d'assurance,

— et en tout état de cause au plus tard à l'expiration de la durée de maintien à laquelle l'ancien salarié peut prétendre.

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.

Les éventuelles modifications de garanties du contrat, tant à la hausse qu'à la baisse, sont appliquées à l'ancien salarié.

Ce dispositif est financé dans les mêmes conditions de cotisation que pour les salariés en activité, l'assiette de cotisations étant précisée à l'article 10. L'Adhérent définit les modalités de collecte de la part de cotisation auprès de l'ancien salarié, et acquitte la totalité de la cotisation selon les mêmes modalités que pour les salariés en activité.

L'adhérent est tenu d'informer l'Institution de toute modification relative à la situation de l'ancien salarié dont il aurait connaissance et 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 cas de fausse déclaration intentionnelle de l'ancien salarié sur les conditions à remplir pour bénéficier du dispositif de portabilité, la garantie accordée par l'Institution est nulle, les cotisations versées restant acquises à l'Institution.

ARTICLE 9 - CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent pour l'assuré, sous réserve des dispositions prévues aux articles 7 et 8 :

— pendant les périodes de suspension de son contrat de travail, sauf s'il est en arrêt de travail indemnisé par la Sécurité sociale ou bénéficie d'un 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 8.2,

— à la date de prise d'effet de la retraite Sécurité sociale (en cas de cumul emploi retraite, le salarié est affilié au titre de son nouveau contrat de travail),

— à la date d'effet de la résiliation de l'Accord de prévoyance ou du non renouvellement de la désignation de l'Institution,

— à la date d'effet de la résiliation du contrat d'assurance suite à un changement d'activité de l'entreprise.

ARTICLE 10 - 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 salariés en arrêt de travail indemnisés au titre du présent contrat, aucune cotisation n'est due sur les prestations complémentaires versées par l'Institution ; les cotisations sont dues uniquement sur le salaire versé par l'employeur le cas échéant (maintien de salaire ou reprise d'activité à temps partiel).

Pour les anciens salariés bénéficiant du maintien de garanties prévu à l'article 8.2, 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 8.1), 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 taux de cotisations (parts salariale et patronale) sont les suivants :

Capital décès TA 0,24 % / TB et TC 0,24 %

Rente d'éducation (OCIRP) TA 0,15 % / TB et TC 0,15 %

Incapacité temporaire de travail TA 0,14 % / TB et TC 0,26 %

Invalidité TA 0,21 % / TB et TC 0,48 %

TOTAL TA 0,74 % / TB et TC 1,13 %

Concernant le personnel relevant des articles 4 et 4bis de la convention collective nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947, il est rappelé que l'article 7 de ladite convention met à la charge exclusive de l'employeur une cotisation de 1,50 % de la rémunération inférieure au plafond SS, affectée par priorité à la couverture d'avantages en cas de décès.

Les taux de cotisation peuvent évoluer en fonction des résultats du régime conventionnel de prévoyance, pour l'ensemble des entreprises ayant souscrit le présent contrat, en concertation avec les partenaires sociaux signataires de l'Accord de prévoyance.

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 la base 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 à l'expiration du délai fixé dans la lettre de mise en demeure, l'Institution entamera une procédure contentieuse pour le recouvrement des dites cotisations ; les frais afférents seront entièrement à la charge de l'Adhérent.

ARTICLE 11 - 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, périodes de portabilité, 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.).

Les déclarations peuvent être faites sous forme dématérialisée.

ARTICLE 12 - CALCUL ET VERSEMENT DES PRESTATIONS

1. Salaire de référence

Le salaire de référence servant au calcul des prestations est égal à la rémunération brute des douze mois précédant le décès ou l'arrêt de travail, soumise à cotisation au titre du présent contrat, limitée au plafond de la tranche C.

Le salaire est reconstitué comme si l'assuré avait travaillé pendant les douze derniers mois, dans le cas où le contrat de travail a été, pendant ladite période de douze mois, suspendu pour l'un des motifs suivants : maladie, accident, maternité, chômage involontaire total ou partiel, fermeture de l'établissement employeur à la disposition duquel reste le salarié, congé non payé à l'exclusion des absences non autorisées, service militaire ou appel sous les drapeaux.

Pour les assurés dont le contrat de travail remonte à moins de douze mois, le salaire de référence est reconstitué fictivement.

Pour les assurés dont le contrat de travail a été rompu, et qui bénéficient d'un maintien de garanties dans les conditions exposées à l'article 8, la période de douze mois est celle qui précède la rupture du contrat de travail.

Le salaire de référence, ainsi déterminé à l'arrêt de travail, est le cas échéant réévalué 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 (ou de l'IAD), en fonction de l'indice de revalorisation visé ci-dessous.

2. Revalorisation des prestations

Les prestations sont revalorisées au 1er janvier et au 1er juillet en fonction de l'évolution du salaire minimum conventionnel de l'assuré, sous réserve et dans la limite des résultats du régime conventionnel de prévoyance.

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'évènement 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 (formulaire mis à disposition par l'Institution), l'Adhérent atteste que l'assuré appartenait bien à la catégorie de personnel garantie à la date de l'évènement ouvrant droit aux prestations et fournit le salaire brut déclaré à la Sécurité sociale formant la base calcul des prestations définie ci-dessus (article 12.1).

En cas de litige entre l'assuré et la Sécurité sociale, lors de la déclaration, l'Institution aligne sa position sur celle de cet organisme.

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 13 - RÉSILIATION DU CONTRAT D'ASSURANCE

1. Hypothèses de résiliation du contrat

La faculté de résiliation du contrat n'est pas offerte, tant à l'Adhérent qu'à l'Institution, la souscription du présent contrat résultant d'une obligation de mise en oeuvre de l'Accord de prévoyance pour laquelle l'Institution a fait l'objet d'une désignation.

Lorsque cette obligation conventionnelle cesse, les dispositions suivantes s'appliquent.

Le contrat est résilié de plein droit, à la même date d'effet, en cas de :

— dénonciation de l'Accord de prévoyance par les partenaires sociaux,

— dénonciation ou non renouvellement de la désignation, à l'initiative des partenaires sociaux ou de l'Institution.

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

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 bénéficiaires d'un maintien de garanties.

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

La résiliation du contrat est sans effet sur les prestations de la garantie Incapacité temporaire de travail - Invalidité, immédiates ou différées, acquises ou nées antérieurement à la résiliation.

Les garanties en cas de décès sont maintenues aux assurés en incapacité temporaire de travail 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 (sauf cumul emploi retraite).

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 8.2). Le salaire de référence est figé à la date de résiliation du contrat.

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 collectif de prévoyance, les prestations versées au titre de ces dispositions seront calculées à partir du traitement actualisé diminué du traitement perçu au titre de cette activité.

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

Les prestations (indemnités journalières, pensions d'invalidité, rentes d'éducation) sont servies jusqu'à leur échéance normale sans droit à revalorisation ultérieure.

5. Changement d'organisme assureur

En cas de changement d'organisme assureur, il incombe aux partenaires sociaux ou à l'Adhérent selon le cas d'organiser la poursuite de la revalorisation des prestations en cours de service, la revalorisation éventuelle du salaire de référence 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 14 - 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 15 - EXCLUSIONS – DÉCHÉANCE

Concernant les garanties en cas de décès, 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 L. 132-24 du Code des assurances).

ARTICLE 16 – 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 17 - GARANTIES INDIVIDUELLES

Lors de la résiliation du contrat d'assurance, les assurés en activité peuvent souscrire, 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.

En cas de décès de l'assuré, le conjoint (ou tiers lié par un PACS ou concubin) bénéficiaire du capital décès peut souscrire, dans les six mois qui suivent le décès, sans délai d'attente, une garantie individuelle « capital décès et rente d'éducation » pour un montant au plus égal à celui précédemment assuré.

Il en est de même pour les anciens salariés inscrits comme demandeurs d'emploi, dans les six mois qui suivent la cessation du contrat de travail. Ce délai de six mois est le cas échéant prorogé dans la limite de la période de maintien de garanties visée à l'article 8.2, lorsque l'assuré a bénéficié de ce dispositif de portabilité pour une période supérieure à six mois.

ARTICLE 18 - INFORMATION DES ASSURÉS

L'Adhérent s'engage :

— à remettre à chaque assuré une notice d'information, rédigée par l'institution et par l'OCIRP, 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 et par l'OCIRP.

La preuve de la remise de la notice d'information 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 8.2 et des modalités de mise en oeuvre du dispositif, notamment le contrôle de persistance des droits audit maintien.

ARTICLE 19 - CONTRÔLE DE L'INSTITUTION – RÉCLAMATION – INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

1. Contrôle des Institutions

L'institution de prévoyance et l'OCIRP sont soumises à l'Autorité de Contrôle Prudenciel.

2. Réclamation

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.

3. Informatique et libertés

Les assurés sont informés que, conformément à la loi Informatique et Libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée par la loi du 6 août 2004, ils disposent d'un droit d'accès, de rectification et le cas échéant de suppression, de toute information les concernant figurant dans les fichiers de l'Institution et de ses éventuels mandataires intervenant dans la gestion ou l'exécution du contrat.

6-2 TITRE II – CAPITAL DÉCÈS

ARTICLE 20 - OBJET ET DÉFINITION DE LA GARANTIE

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

1. Décès toutes causes

En cas de décès de l'assuré, le capital versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s), tels que définis à l'article 21, est égal à :

170 % du salaire de référence défini à l'article 12.

Les salariés relevant du Régime de retraite des cadres bénéficient d'une garantie minimum fixée à 340 % du plafond annuel de cotisation à la Sécurité sociale en vigueur au jour du décès. Pour les salariés ne relevant pas du Régime de retraite des cadres, la garantie minimum est fixée à 170 % du plafond annuel de cotisation à la Sécurité sociale en vigueur au jour du décès.

Ces minimas font l'objet d'un prorata pour les salariés à temps partiel.

2. Invalidité absolue définitive

En cas d'invalidité absolue définitive, 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 absolue définitive 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 absolue définitive met fin à la garantie « capital décès » de l'assuré.

3. 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 est réparti entre les enfants à charge du conjoint ou du partenaire lié par un PACS ou concubin, dans la mesure où ils étaient à la charge de l'assuré à la date de son décès.

Le capital est égal au capital décès versé lors du décès de l'assuré, éventuellement réévalué dans les conditions prévues à l'article 12.2.

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

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 21 - DÉFINITION DES BÉNÉFICIAIRES

En cas de décès de l'assuré, en l'absence de désignation expresse, 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, de préférence par envoi recommandé avec accusé réception adressé à l'Institution. 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.

En cas de versement du capital par anticipation au titre de l'invalidité absolue définitive, l'intégralité du capital est versée à l'assuré lui-même.

ARTICLE 22 - 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 absolue définitive, 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,
- le relevé d'identité bancaire du (des) bénéficiaire(s).

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

6-3 TITRE III – RENTE D'ÉDUCATION

ARTICLE 23 - OBJET ET DÉFINITION DE LA GARANTIE

La garantie a pour objet d'assurer à chaque enfant à charge, tel que défini à l'article 24, le service d'une rente d'éducation, en cas de décès ou d'invalidité absolue définitive de l'assuré.

Cette garantie est assurée par l'OCIRP, Organisme Commun des Institutions de Rente et de Prévoyance, dont l'institution est membre. L'OCIRP est seul responsable de la bonne fin des prestations vis-à-vis des assurés, des bénéficiaires et des ayants droit.

Il est versé pour chaque enfant à charge une rente temporaire dont le montant annuel est égal à :

- 12 % du salaire de référence défini à l'article 12 par enfant jusqu'au 18e anniversaire,
- 15 % du salaire de référence défini à l'article 12 par enfant âgé du 18e anniversaire au 26e anniversaire.

Les salariés relevant du Régime de retraite des cadres bénéficient d'une garantie minimum fixée à :

- 24 % du plafond de cotisation à la Sécurité sociale par enfant jusqu'au 18e anniversaire,
- 30 % du plafond de cotisation à la Sécurité sociale par enfant du 18e anniversaire au 26e anniversaire.

Pour les salariés ne relevant pas du Régime de retraite des cadres, la garantie minimum est fixée à :

- 12 % du plafond de cotisation à la Sécurité sociale par enfant jusqu'au 18e anniversaire,
- 15 % du plafond de cotisation à la Sécurité sociale par enfant du 18e anniversaire au 26e anniversaire.

Pour le calcul de ces minima le plafond de Sécurité sociale pris en compte est le plafond annuel en vigueur au jour du décès de l'assuré, la rente étant ensuite revalorisée suivant l'indice prévu à l'article 12 des Conditions générales. Ces minima font l'objet d'un prorata pour les salariés travaillant à temps partiel.

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

En cas d'invalidité absolue définitive (3e catégorie reconnue par la Sécurité sociale ou incapacité consécutive à un accident du travail ou à une maladie professionnelle dont le taux est au moins égal à 66 %), l'assuré peut demander à bénéficier par anticipation de la rente éducation.

Le versement anticipé de la rente met fin à la garantie Rente d'éducation.

ARTICLE 24 - 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 25 - 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.

En cas de versement anticipé au titre de l'invalidité absolue définitive, la rente prend effet à compter du premier jour du mois civil suivant la demande. Dans ce cas, le versement serait fait à l'assuré lui-même qui en ferait la 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.

La majoration pour rente progressive 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.

ARTICLE 26 - FORMALITÉS

Le paiement de la rente sera effectué dans les quinze jours suivant la réception par l'Institution du 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 absolue définitive, 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,

- les pièces justifiant de la qualité de bénéficiaire,

- le relevé d'identité bancaire du (des) bénéficiaire(s).

La liste 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 IV – INCAPACITÉ TEMPORAIRE - INVALIDITÉ

ARTICLE 27 - OBJET DE LA GARANTIE

La 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.

ARTICLE 28 - INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL

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 dont le montant est égal à :

80 % du salaire de référence défini à l'article 12, sous déduction des prestations brutes de la Sécurité sociale.

Ces indemnités journalières complémentaires sont dues à l'expiration d'une période de franchise égale à :

90 jours consécutifs d'arrêt de travail.

Pour les assurés malades pendant leur congé parental, et n'ayant pas droit de ce fait aux indemnités journalières de la Sécurité sociale, l'Institution délivre ses prestations uniquement sur avis de son médecin conseil qui statue par référence aux dispositions de cet organisme. Elles seront versées sous déduction d'une indemnité journalière Sécurité sociale reconstituée fictivement, après expiration de la période de franchise.

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 29 - INVALIDITÉ

1 - Définition de la garantie

Il est attribué une rente complémentaire d'invalidité à tout assuré bénéficiant, soit d'une pension d'invalidité de 1^{re}, 2^e ou 3^e 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, l'allocation versée par l'Institution est modifiée à partir de la même date.

Pour les assurés dont la maladie a débuté pendant leur congé parental, et n'ayant pas droit de ce fait à la pension d'invalidité de la Sécurité sociale, l'Institution délivre ses prestations uniquement sur avis de son médecin conseil qui statue par référence aux dispositions de cet organisme. La rente sera versée sous déduction de la pension de la Sécurité sociale reconstituée fictivement.

2 - Maladie ou accident de la vie privée

En cas d'invalidité de 2^e et 3^e catégorie, le montant de la rente est égal à :

80 % du salaire de référence défini à l'article 12, sous déduction des prestations brutes Sécurité sociale.

En cas d'invalidité de 1^{re} catégorie, le montant de la rente est égal à : la moitié de celui versé en cas d'invalidité de 2^e ou 3^e catégorie.

3 - Accident du travail ou maladie professionnelle

En cas d'incapacité permanente dont le taux est égal ou supérieur à 66 %, le montant de la rente est égal à : 80 % du salaire de référence défini à l'article 12, sous déduction des prestations brutes Sécurité sociale.

En cas d'incapacité permanente dont le taux (n) est compris entre 33 % et 65 %, le montant de la rente est égal à :

$3 \times (n) / 2$ de la rente fixée ci-dessus.

ARTICLE 30 - 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 définie à l'article 31.

ARTICLE 31 - 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 du dispositif de portabilité exposée à l'article 8.2, la limitation au salaire net d'activité des indemnités journalières 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 32 - CONTRÔLE MÉDICAL – EXPERTISE MÉDICALE

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.

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 33 - 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 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 (sauf cumul emploi retraite).

Pour les assurés malades pendant leur congé parental elles sont versées au plus tard jusqu'au 1 095e jour d'arrêt ;

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 rentes.

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 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.

Pour les assurés dont la maladie a débuté pendant leur congé parental, les rentes sont versées tant que persiste l'état d'invalidité constaté par le médecin conseil de l'Institution.

ARTICLE 34 - 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 35 - 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.

Pour les assurés malades pendant leur congé parental, la Déclaration d'arrêt de travail devra être accompagnée d'un certificat médical constatant l'incapacité. Le certificat destiné au Médecin conseil devra être adressé sous pli confidentiel.

6-5 TITRE V – FONDS DE SOLIDARITE

L'institution devra garantir les prestations d'accompagnements des assurés définis dans le fonds de solidarité de la Convention collective nationale des Bureaux d'Études Techniques, cabinets d'ingénieurs conseils, sociétés de conseils. Les prestations peuvent évoluer en fonction des concertations avec les partenaires sociaux signataires de l'Accord de prévoyance.

ARTICLE 36 – LES AIDES INDIVIDUELLES D'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL

Les aides individuelles social accompagnent les assurés afin de :

- Garantir une aide dans le cadre des frais d'équipements pour une personne handicapée,
- Participer aux frais de scolarité des enfants handicapés (participation forfaitaire de 2000€),
- Participer au frais de licence sportive ou culturelle pour les personnes handicapées (100% de la dépense dans la limite de 500€),
- Prendre en charge les formations des demandeurs d'emploi (50% de reste à charge dans la limite de 3000€),
- Apporter des aides ponctuelles en situation d'urgence.

ARTICLE 37 – L'ACCOMPAGNEMENT RETOUR A L'EMPLOI

Les aides individuelles social vers les assurés se manifeste par :

- Le financement du service « Accompagnement au retour à l'emploi » pour les salariés en arrêt,
- Un accompagnement pluridisciplinaire adapté à chaque pathologie et basé sur le volontariat du salarié et le respect du secret médical
- Un soutien psychologique, réhabilitation des capacités physiques, adaptation du poste de travail.

ARTICLE 38 – UNE OFFRE DE SERVICE EN CO-CONSTRUCTION

L'institution et les partenaires collaboreront sur l'offre de service au travers de :

- Travaux sur l'année 2019 autour de la thématique du stress et de la charge de travail.

- Phase exploratoire, interventions d'experts, RDV entreprise et atelier de co-constructions avec les partenaires.

ARTICLE 7 – ANNEXES

TABLEAU DES GARANTIES DETAILLE DU REGIME DE PREVOYANCE DE LA BRANCHE SYNTEC
TABLEAU DES GARANTIES SYNTHESE DU REGIME DE PREVOYANCE DE LA BRANCHE SYNTEC