

# *Groupe* **CLEMESSY**

# Régime de Prévoyance

*Adhérents GROUPE CL*

Collaborateurs Cadres & Assimilés "CA" et Non-Cadres (Art.36, ETAM et Ouvriers) "NA"

**Décès**  
**Incapacité-Invalidité**



**Caisse de Prévoyance des Salariés de l'Est**  
143, avenue Aristide Briand – BP 2439 – 68067 MULHOUSE CEDEX  
Tél. : 03 89 33 24 00 Fax : 03 89 43 32 20

CB / Prévoyance /avril 2009

Madame, Monsieur,

Votre employeur a choisi d'adhérer auprès de la Cairpsa-Carpreca Prévoyance pour votre régime de Prévoyance.

Il vous a remis ce document dans lequel vous trouverez les renseignements relatifs aux garanties retenues en la matière et le détail des prestations qui y correspondent.

Dans les premières pages, intitulées "Modalités Pratiques", sont exposés l'objet et le montant de ces couvertures ainsi que les modalités pratiques à mettre en œuvre pour en percevoir les prestations.

Ne constituant qu'un résumé, ces modalités pratiques sont indissociables des dispositions réglementaires générales et particulières qui sont exposées dans les pages suivantes.

Si vous souhaitez de plus amples précisions, adressez-vous à votre employeur qui tient règlements et contrats à votre disposition ou faites appel à nos services, par écrit ou téléphoniquement :

**. en ce qui concerne votre inscription,**

**Service Affiliation**

**Au 03 89 33 24 02**

**. en ce qui concerne les prestations,**

**Service Prestations**

**au 03 89 33 24 79**

# Modalités Pratiques

## La Garantie Décès : (Option D 9CLP30)

*Cette garantie a pour objet d'assurer le versement d'un capital en cas de décès de l'assuré.*

- › **Le montant de ce capital** est déterminé en fonction de la situation familiale du participant, en multipliant son salaire annuel brut (tranches A+B+C) par les coefficients suivants :

Situation familiale	Décès par maladie
› Célibataire, veuf, séparé judiciairement, divorcé	
☐ sans enfants à charge	100 %
☐ sans personne à charge au sens fiscal	100 %
› Marié (ou concubin notoire),	
☐ avec ou sans enfant à charge	300 %
› Célibataire, séparé judiciairement, divorcé	
☐ avec enfant	300 %
☐ sans enfant avec personne à charge au sens fiscal	300 %

› **Décès par accident :**

- › Versement d'un capital supplémentaire égal à 100 % du salaire de base en cas de décès consécutif à un accident.

› **Capital minimum :**

- › En cas de décès d'un assuré relevant des **Art. 4 & 4bis** de la CCN des Cadres du 14 mars 1947, le montant minimum (incluse éventuelle majoration pour décès accidentel) est fixé à 300 % du plafond annuel de la Sécurité Sociale en vigueur au jour du décès.

› **Bénéficiaire(s) du capital :**

- › Ce capital sera versé à la ou aux personnes désignées ou, à défaut, selon une désignation "type" ("conjoint non séparé, à défaut enfants, à défaut père et mère et à défaut héritiers").
- › La fraction de capital correspondant à l'existence d'un conjoint, concubin, enfant, personne (autre qu'un enfant) à charge au sens fiscal ne peut être attribuée qu'aux personnes prises en considération pour la détermination du taux de capital garanti de 300 %.
- ☐ Lorsque ces personnes ne sont pas bénéficiaires pour au moins 200 % du traitement de base, le capital susceptible d'être attribué à un tiers est limité à 100 % du traitement de base.

***Prestations annexes :***

› **Invalidité Permanente et Totale :**

- Versement anticipé du capital décès lorsque le participant est totalement inapte et de façon irréversible à la moindre activité et que, dans l'obligation de recourir à une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie, il perçoit de ce fait l'allocation correspondante de la Sécurité Sociale.

› **Double effet "Décès postérieur" du conjoint (ou concubin) :**

- En cas de décès du conjoint ou concubin (déclaré officiellement avant le décès de l'assuré) d'un participant décédé, versement aux enfants encore à charge d'un second capital égal à 100 % de celui versé au décès du participant (majoration pour accident exclue). Ce capital est également versé lorsque les deux conjoints décèdent du fait d'un même événement, quel que soit l'ordre des décès.

› **Maintien de la garantie en cas d'Arrêt de travail :**

- Maintien de la garantie Décès en cas de maladie, longue maladie ou invalidité, jusqu'à la liquidation de la retraite au plus tard.
- Le capital versé est basé sur le traitement revalorisé (entre la date de l'arrêt de travail et le décès) selon l'évolution du salaire moyen de la société CLEMESSY.

*Toutes les précisions relatives à la situation familiale prise en considération ainsi qu'au(x) bénéficiaire(s) du capital décès sont exposées dans les dispositions réglementaires particulières en seconde partie de ce document.*

## La Garantie Incapacité - Invalidité : (Option I 9CLP30)

*Cette garantie a pour objet d'assurer le versement de prestations complémentaires aux indemnités journalières ou à la pension d'invalidité versées par la Sécurité Sociale en cas d'arrêt de travail ou d'invalidité.*

### › Franchise :

- Ces prestations sont versées à l'issue de la période conventionnelle de plein salaire résultant des accords conventionnels appliqués par l'entreprise.

### › Montant des prestations :

- Maladie :
  - ☐ Avant rupture du contrat de travail :
    - Les indemnités journalières complémentaires sont déterminées de manière à garantir un maintien intégral du salaire net qu'aurait perçu l'assuré en activité.
  - ☐ Après rupture du contrat de travail :
    - Les indemnités journalières complémentaires, **incluses les prestations de la Sécurité Sociale**, sont égales à **100 % du salaire net** apprécié à la date de rupture du contrat de travail.
- Invalidité 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> catégorie de la Sécurité Sociale :
  - ☐ La rente est égale à **100 % du salaire net** (tranches A+B+C) **sous déduction des prestations versées par la Sécurité Sociale.**
- Invalidité 1<sup>ère</sup> catégorie :
  - ☐ La rente calculée en 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> catégorie est minorée de 25 %.
- En tout état de cause, les prestations seront limitées de manière à ce que leur cumul avec la rémunération éventuelle versée par l'employeur et les prestations servies par la Sécurité Sociale n'excède pas le traitement de base ayant servi au calcul des indemnités ou rentes complémentaires.

### › Modalités de paiement :

- Indemnités journalières :
  - ☐ Les indemnités journalières, acquises jour par jour, sont payables mensuellement à terme échu sur justification du paiement des indemnités journalières de la Sécurité Sociale.
    - Elles sont versées à votre employeur pendant toute la durée de votre contrat de travail.
    - Elles vous seront versées directement en cas de rupture du contrat de travail, après avoir été assujetties à la CSG et à la CRDS.
- Pension d'invalidité :
  - ☐ La rente est payable mensuellement au participant à la fin de chaque mois civil.

### › Revalorisation :

- Les indemnités journalières complémentaires (après rupture du contrat de travail) ainsi que les rentes d'invalidité sont revalorisées en fonction de l'évolution du salaire moyen de la société CLEMESSY.

# Dispositions Réglementaires Générales

## **Bases des garanties :**

- > **Cotisations :**
  - > Les cotisations sont déterminées en fonction, soit d'une valeur forfaitaire, soit d'un taux appliqué à une assiette.
  - > L'assiette des cotisations est :
    - ▣ soit le plafond entier de la Sécurité Sociale,
    - ▣ soit le salaire annuel brut déclaré par l'adhérent à l'Administration Sociale (\*),
    - ▣ soit une ou plusieurs tranches de ce salaire **selon précisions figurant dans les modalités pratiques** de chaque garantie souscrite avec :
      - Tranche A : Fraction du salaire limitée au plafond annuel de la Sécurité Sociale.
      - Tranche B : Fraction du salaire comprise entre le plafond annuel de la Sécurité sociale et 4 fois ledit plafond.
      - Tranche C : Fraction du salaire comprise entre 4 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale et 8 fois ledit plafond.

(\*) Par dérogation, les sommes devenues exigibles du fait d'une rupture de contrat de travail (indemnité de licenciement, indemnité de fin de carrière, etc...) ne sont pas soumises à cotisation.

- > L'assiette retenue est dans tous les cas mentionnée dans le Certificat d'Adhésion.

- > **Prestations :**
  - > Les prestations peuvent être exceptionnellement forfaitaires mais sont principalement exprimées en pourcentage du salaire de référence.
  - > Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations est par principe égal au salaire servant d'assiette au calcul des cotisations (assiette sociale) et perçu par le participant lors des douze mois civils immédiatement antérieurs à la date du sinistre.
    - ▣ Salaire de référence :
      - Lorsqu'un participant ne compte pas douze mois d'ancienneté chez l'adhérent (ou 12 mois de cotisation auprès de l'Institution) à la date du sinistre, le salaire de référence est déterminé en annualisant les salaires sur 12 mois. L'Institution retiendra la moyenne des salaires mensuels de base cotisés (hors primes) multipliée par 12 à laquelle s'ajoutera le montant des primes éventuelles pour lesquelles l'assuré a cotisé (sans les annualiser).
      - En cas de modification du temps de travail au cours des 12 mois précédant le sinistre, l'Institution prendra comme salaire de référence servant de base au calcul des prestations d'incapacité ou d'invalidité, les salaires perçus avant l'arrêt de travail pour les mois travaillés aux mêmes conditions horaires à celles en vigueur au moment de l'arrêt puis en les annualisant.
      - L'Institution prendra dans cette même situation, comme salaire de référence servant de base au calcul des prestations décès, les salaires perçus lors des 12 mois précédant le décès, sans tenir compte de la modification du temps de travail.
      - Lorsqu'un participant a eu une ou plusieurs périodes d'arrêt de travail pour maladie au cours des douze mois civils précédant le sinistre, la base annuelle est reconstituée prorata temporis à partir des salaires déclarés au cours des mois civils complets de présence chez l'adhérent.
      - Si des distorsions apparaissent dans la rémunération, l'Institution de Prévoyance est fondée, après examen de la situation, à se référer à celle de l'exercice précédent. En tous les cas, la base exacte des prestations est détaillée dans le Certificat d'Adhésion pour chaque garantie souscrite.

## **Admission des participants :**

- > **Participant :**
  - > La qualité de participant résulte de l'appartenance à la catégorie de personnel couverte, de la signature du bulletin individuel d'affiliation, de sa transmission à l'Institution et de son acceptation par cette dernière.
  - > Lors de leur inscription et pendant toute la période de couverture, les participants doivent répondre avec exactitude et sans omission aux questions posées par l'Institution, notamment dans le cas où l'adhésion est subordonnée à une sélection médicale.
  - > Par principe, ont la qualité de participants, les salariés inscrits, justifiant d'un contrat de travail en cours de validité et donnant lieu à versement d'une rémunération, appartenant à l'entreprise adhérente ou à la catégorie de personnel définie par le Certificat d'Adhésion.
- > **Date d'effet de l'admission :**
  - > Lorsque l'adhésion a pris effet, les garanties sont effectives pour chaque membre du personnel qui prend la qualité d'assuré aux dates suivantes :
    - ▣ Personnel affilié lors de la prise d'effet de l'adhésion ou de la garantie, dès cette date.
    - ▣ Personnel affilié postérieurement à la date d'effet de l'adhésion, à sa date d'entrée dans la catégorie de personnel.

## **Cessation des garanties :**

- > La qualité de participant au titre d'un contrat collectif à affiliation obligatoire et donc de bénéficiaire des garanties cesse :
  - > à la date à laquelle l'assuré ne fait plus partie de la catégorie de personnel assuré, sauf en cas de maintien des garanties tel que prévu aux Dispositions Générales au bénéfice des personnes en Arrêt de Travail (Cf. Art. 22 ci-après)
  - > à la date de liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale (sauf dans le cas de cumul emploi-retraite),
  - > à la date de résiliation de l'adhésion sans préjudice des dispositions relatives aux "Conséquences d'un changement d'organisme assureur et d'une résiliation" (Cf. Art. 21 des Dispositions Générales).
  - > en cas de cessation d'activité de l'entreprise (à la fin du préavis du participant, qu'il soit effectué ou non).
- > Sauf en cas de réticence, omission ou déclaration fautive ou inexacte faite de mauvaise foi, le participant, une fois admis, ne peut être exclu de l'assurance contre son gré, à condition que la cotisation ait été payée.

### **Maintien des garanties Décès aux personnes en arrêt de travail:**

- › **Principe** (Art. 22 des Dispositions Générales) :
  - Les garanties couvrant le risque "décès", lorsqu'elles sont souscrites au titre d'un régime à adhésion obligatoire, sont maintenues pour toute personne dont l'arrêt de travail initial s'est produit pendant la période d'assurance, tant qu'elle continue à percevoir, soit des indemnités journalières, soit une pension ou rente d'invalidité de la Sécurité sociale, même si la personne ne fait plus partie de l'entreprise.
    - ≡ Ce maintien est garanti que l'entreprise ait souscrit ou non une couverture incapacité-invalidité auprès de l'Institution ou d'un autre assureur.
    - ≡ Il prend fin pour chaque participant :
      - à la date de cessation de la situation d'incapacité ou d'invalidité,
      - à la date de liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale,
      - en cas de reprise d'activité.

### **Conséquences de la cessation de l'adhésion :**

- › **En cas de résiliation de l'adhésion** (Art. 22 des Dispositions Générales) :
  - Le maintien des garanties décès se poursuit pour toute personne dont l'arrêt de travail initial s'est produit pendant la période d'assurance aussi longtemps que dure l'incapacité ou l'invalidité constatée à la date de résiliation ou de dénonciation, sans préjudice pour l'Institution de demander à l'entreprise le paiement d'une indemnité de résiliation conforme aux dispositions de l'article 30.III de la loi du 31 décembre 1989 (modifiée).
  - Ce maintien est garanti que l'entreprise ait souscrit ou non une couverture incapacité-invalidité auprès de l'Institution ou d'un autre assureur.

### **Déclaration des sinistres :**

- En cas de sinistre, prévenez ou faites prévenir l'Institution de Prévoyance par votre employeur.
- Nous lui adresserons alors les formulaires nécessaires auxquels seront à joindre les pièces justificatives requises.

### **Réclamation – Arbitrage :**

- › **Réclamation :**
  - Toute réclamation devra être adressée à la CAIRPSA-CARPRECA Prévoyance  
143 Avenue Aristide Briand – BP 2439  
68067 MULHOUSE CEDEX.
- › **Contestation :**
  - Pour toutes contestations, l'adhérent ou le participant et l'Institution de Prévoyance s'engagent, avant d'avoir recours à l'arbitrage prévu ci-dessous, à formuler par écrit de façon précise leur point de vue et à se rencontrer pour tenter de résoudre le litige à l'amiable. Tous les différends qui n'auraient pu être réglés par accord amiable des parties, dans un délai de trois mois à compter du jour où la partie la plus diligente aura notifié son point de vue écrit prévu ci-dessus, seront résolus par un collège arbitral composé de trois arbitres : l'adhérent désignant son arbitre, l'Institution de Prévoyance désignant un second arbitre, le troisième, le Président, étant choisi par les deux premiers. En cas de carence pour la désignation d'un arbitre pendant plus d'un mois, il sera procédé à cette désignation par le Président du Tribunal de Grande Instance de Mulhouse statuant en référé sur simple requête de la partie la plus diligente. Le tribunal arbitral statuera, par décision motivée, à la majorité de ses membres et en qualité d'amiable compositeur. La sentence arbitrale sera définitive et exécutoire. Elle précisera dans quelles conditions les partenaires supporteront les frais d'arbitrage.

### **Subrogation :**

- › Pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, l'Institution de Prévoyance est subrogée jusqu'à concurrence desdites prestations dans les droits et actions du participant, ou du bénéficiaire, ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables.

### **Prescription :**

- › Toutes actions dérivant des opérations mentionnées ci-dessus sont prescrites après deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Passé ce délai, l'action n'est plus recevable.
  - Toutefois ce délai ne court :
    - ≡ En cas de réticence, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru,
      - que du jour où l'Institution de Prévoyance en a eu connaissance.
    - ≡ En cas de réalisation du risque,
      - que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque là.
  - Quand l'action de l'adhérent ou du participant contre l'Institution de Prévoyance a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'adhérent ou le participant ou a été indemnisé par ce dernier.
  - La prescription est portée à cinq ans en ce qui concerne l'incapacité de travail et l'invalidité.
  - La prescription est portée à dix ans lorsque, pour le "Décès", le bénéficiaire n'est pas le participant et, dans les opérations relatives à la couverture du risque accident, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du participant décédé.

### **Exclusions – Déchéance - Territorialité :**

- › Sauf stipulation contraire mentionnée au Certificat d'Adhésion, les garanties sont acquises :
  - aux assurés relevant du régime général de la Sécurité sociale exerçant leur activité en France
  - aux assurés détachés pour mission.
- › L'Institution couvre tous les risques de décès, incapacité de travail ou d'invalidité permanente, quelle qu'en soit la cause, sous les réserves ci-après:
  - Capital décès toutes causes :
    - ≡ En cas de guerre, la garantie n'aura d'effet que dans les conditions qui seront déterminées par la législation à intervenir sur les assurances sur la vie, en temps de guerre.
    - ≡ Sont également exclues les conséquences de la participation active de l'Assuré à une guerre où la France n'est pas belligérante.
  - Capital décès accidentel ou capital versé par anticipation en cas de perte totale et irréversible d'autonomie suite à accident :
    - ≡ Les majorations liées au caractère accidentel du décès ne sont pas dues si elles sont la conséquence :
      - Des accidents qui résultent du fait volontaire ou intentionnel du bénéficiaire ou du participant, du suicide ou tentative de suicide conscient ou inconscient.
      - De faits de guerre.
      - De l'utilisation de l'ULM, du deltaplane, du parachute et d'autres formes de vol libre.
      - De courses, matchs, paris : lorsque le participant prend part à titre professionnel en tant que concurrent à des compétitions sportives, matchs, paris, concours ou essais comportant l'utilisation d'animaux, de voiture, d'embarcations à moteur ou de moyens de vols aériens.
      - De l'état d'ivresse : lorsque le taux d'alcoolémie du participant est égal ou supérieur au taux autorisé par la législation française en vigueur pour la conduite d'un véhicule (sauf si le bénéficiaire prouve que l'accident est sans relation avec cet état).
      - De guerre civile ou étrangère, d'émeutes, de rixes, d'actes de terrorisme dans lesquels le participant a pris une part active, étant précisé que les cas de légitime défense et d'assistance à personne en danger sont garantis.
      - De la modification de la structure ou du noyau de l'atome, sauf exposition à ce risque pour des raisons professionnelles.
      - De l'usage de stupéfiants ou substances médicamenteuses en dehors des limites de prescriptions médicales.
    - ≡ Le bénéficiaire qui a été condamné pour avoir donné volontairement la mort au participant est déchu du bénéfice des garanties visées ci-dessus.
  - Incapacité temporaire de travail – Invalidité permanente :
    - ≡ L'Institution couvre tous les risques d'incapacité de travail ou d'invalidité permanente pris en charge par les régimes de base de la Sécurité sociale sous réserve de l'application d'un éventuel contrôle médical (cf. Art.8 ci-après).
    - ≡ Toutefois, ne donnent pas lieu à garanties les conséquences de la participation active de l'Assuré à une guerre où la France n'est pas belligérante.

### **Contrôle médical :**

- › Pour la liquidation ou le service des prestations, l'Institution peut procéder à tout contrôle médical (Art. 8 des Dispositions Générales).
  - En cas de refus du participant de se soumettre au contrôle médical ou de justifier de sa situation médicale ou de celle au regard de la Sécurité sociale, le paiement des prestations sera refusé ou immédiatement suspendu.
  - La situation médicale peut conduire l'Institution à adopter une position différente de celle de la Sécurité sociale au regard du service des prestations d'incapacité de travail et d'invalidité permanente.
  - Si le participant n'accepte pas la décision du médecin-conseil de l'Institution, il est tenu de la contester dans le délai d'un mois suivant l'envoi de la notification qui lui est faite. La contestation peut être soumise à un médecin expert désigné par accord entre le participant et l'Institution, dont les honoraires incombent à la partie perdante.
  - A défaut d'accord sur la désignation du médecin expert, il devra y être procédé par recours au Tribunal de Grande Instance de Mulhouse, statuant en référé.

### **Loi Informatique et Libertés**

- › Les informations concernant le participant sont utilisées conformément à la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978.
- › Elles sont exclusivement communiquées aux services de l'Institution, et le cas échéant, à ses mandataires, ses réassureurs ou à des organismes professionnels concernés par le présent contrat.
- › Le participant peut accéder aux informations le concernant et demander de procéder aux rectifications nécessaires en s'adressant au siège de l'Institution au - 143, Avenue Aristide Briand – 68067 MULHOUSE CEDEX.



# Dispositions Réglementaires Particulières

## La Garantie Décès :

### Objet de la garantie :

- › La garantie a pour objet d'assurer le versement d'un capital en cas de décès ou d'invalidité permanente et définitive du participant, intervenant soit du fait d'une maladie soit du fait d'un accident, dans le cadre professionnel ou de la vie privée.

### Situation de famille et garantie à prendre en considération au moment du Décès :

- › **Le conjoint :** est pris en compte comme tel
  - le conjoint de l'assuré marié, non divorcé et non séparé de corps à la date de l'événement donnant lieu à prestation.
- › **Le concubin :** est considéré comme concubin
  - le partenaire lié par un Pacte civil de solidarité (PACS) au moment du sinistre,
  - la personne vivant maritalement avec l'assuré sous réserve que les 2 conditions cumulatives suivantes soient remplies :
    - ≡ qu'ils soient tous deux libres de tout lien de mariage,
    - ≡ qu'ils puissent attester d'une période de vie commune d'au moins 2 ans par la production d'un justificatif émanant d'un organisme administratif ou qu'un enfant soit né de leur union ou ait été adopté.
  - La situation de famille de chaque participant qui sert de base pour le calcul du montant du capital garanti est celle existant au moment du décès ou à la date de reconnaissance de l'invalidité permanente et totale du participant.
  - Toutefois, l'enfant né moins de 300 jours après le décès ou la reconnaissance de l'invalidité permanente et totale du participant est pris en considération.
- › **Enfants à charge :**
  - Les enfants à charge sont, les enfants de l'assuré et ceux du conjoint (ou à défaut du concubin déclaré sous condition de vie commune de plus de 2 ans ou ceux du partenaire lié par un PACS) vivant sous le toit de l'assuré, qu'ils soient légitimes, reconnus, adoptifs ou recueillis,
    - ≡ s'ils sont mineurs ou quel que soit leur âge, lorsqu'ils perçoivent les allocations prévues par la loi du 30 juin 1975 sur les personnes handicapées
    - ≡ ou, s'ils remplissent les conditions cumulatives suivantes :
      - être âgés de moins de 26 ans,
      - être à charge fiscalement de l'assuré, c'est-à-dire :
        - ◆ soit être pris en compte pour une demi-part au moins, d'après la dernière option exercée par l'assuré, dans le calcul de l'impôt sur le revenu de l'assuré payable par celui-ci l'année de l'événement mettant en jeu la garantie,
        - ◆ soit, lorsqu'il s'agit d'étudiants, bénéficiant de la Sécurité sociale des Etudiants et n'ayant pas choisi leur rattachement au foyer fiscal, recevoir de l'assuré une pension alimentaire venant en déduction dans le calcul de l'impôt sur le revenu payable par celui-ci l'année de l'événement mettant en jeu la garantie.
    - ne pas être salariés ou ne pas bénéficier de ressources propres du fait de leur travail (sauf, lorsqu'ils poursuivent leurs études, s'il s'agit d'un emploi occasionnel dont la durée est inférieure à trois mois ou d'un emploi dont, mensuellement, la rémunération est inférieure à 75% du SMIC).
  - Pour les étudiants, il est levé la condition de vie sous le toit de l'assuré.
  - Seront également considérés comme enfants à charge
    - ≡ les enfants qui remplissent les conditions cumulatives précitées, qui ne vivent pas sous le toit et ne sont pas à charge fiscale de l'assuré, mais qui perçoivent de celui-ci, par décision de justice, une pension alimentaire, venant en déduction dans le calcul de l'impôt sur le revenu payable par celui-ci l'année de l'événement mettant en jeu la garantie.
    - ≡ L'enfant né viable moins de 300 jours après le décès de l'assuré
- › **Garantie applicable :**
  - La garantie applicable lors de la détermination du capital est celle qui était en vigueur dans l'entreprise au moment du sinistre sauf dans les cas particuliers de maintien de garantie pour le participant en arrêt de travail (Cf. Dispositions Réglementaires Générales).

### Définition du Décès par Accident (selon prestations prévues dans les MODALITES PRATIQUES) :

- › **Accident :**
  - Constitue un accident ce qui, provoqué par un événement extérieur, soudain et involontaire, entraîne le décès du participant, au plus tard un an après la date de l'accident.
  - Le décès n'est pas accidentel lorsqu'il est consécutif à une intervention chirurgicale ou à une maladie aiguë ou chronique (à un infarctus, ou à une crise d'apoplexie...).
  - La preuve de l'accident incombe au(x) bénéficiaire(s) des prestations et toute classification d'un autre organisme et notamment de la Sécurité sociale ne saurait être opposable à l'Institution de Prévoyance.
- › **Accident de la circulation :**
  - Est réputé "accident de la circulation" l'accident provoqué par un objet, un véhicule, un animal ou un piéton, lorsque l'assuré circule à pied sur une voie publique ou privée, survenu à l'occasion d'un parcours effectué par le participant :
    - ≡ en tant que passager d'une ligne régulière de transports par voie de fer, d'air ou d'eau,
    - ≡ en tant que passager ou conducteur d'un véhicule sur voie terrestre.
  - Il est précisé que les accidents survenant lors de la pratique d'une activité sportive nécessitant l'utilisation de véhicules à moteur ne sont pas considérés comme des accidents de la circulation.

## Bénéficiaire(s) du capital :

### ➤ Désignation type :

- En cas de décès du participant, le capital est versé, sous réserve d'une désignation particulière effectuée régulièrement par le participant :
  - ☐ au conjoint non divorcé et non séparé de corps de l'assuré, ou au partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS),
  - ☐ à défaut, par parts égales entre eux, aux enfants nés ou à naître du participant,
  - ☐ à défaut, par parts égales entre eux, au père et à la mère du participant,
  - ☐ à défaut, par parts égales entre eux, aux autres ascendants du participant,
  - ☐ à défaut, aux héritiers du participant.
- Pour la dévolution du capital décès selon la désignation type ci-dessus, le concubin (non lié par un Pacte Civil de Solidarité), même nommément déclaré à l'Institution, ne peut être assimilé au conjoint.
  - ☐ Par conséquent, si le participant souhaite affecter le bénéfice partiel ou total du capital décès à son concubin, il devra le faire en effectuant une désignation particulière auprès de l'Institution.
- Les enfants destinataires éventuels du capital selon la désignation type ci-dessus, sont exclusivement les enfants du participant.
  - ☐ Si ce dernier souhaite que d'autres enfants qu'il a recueillis (du concubin ou du conjoint) soient destinataires de tout ou partie du capital, il doit alors effectuer une désignation particulière à l'aide d'un courrier adressé à l'Institution.
- Si un participant lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) souhaite désigner ses enfants en lieu et place de son partenaire, il doit le faire de manière expresse.

### ➤ Désignation particulière :

- A toute époque, le participant a la faculté d'effectuer une désignation différente de la désignation type en désignant toute(s) personne(s) physique(s) ou morale(s) par acte sous seing privé ou par acte authentique.
  - ☐ Cette désignation ne sera valable qu'à condition que l'Institution ait été informée par écrit de cette disposition.
  - ☐ La preuve de l'envoi incombe aux bénéficiaires.
- Le ou les changements de bénéficiaires doivent être portés à la connaissance de l'Institution de manière identique, la clause de désignation de bénéficiaires pouvant notamment être modifiée lorsqu'elle n'est plus appropriée.
- Lorsque le participant a désigné plusieurs bénéficiaires et que l'un d'eux décède, le capital est versé aux autres bénéficiaires au prorata de leurs parts respectives.
- La désignation particulière est en tout état de cause liée au Régime de Prévoyance en vigueur dans l'entreprise et dans le collège dont relève l'assuré lorsqu'il effectue cette désignation et est caduque en cas de changement d'employeur, même si la nouvelle entreprise est elle-même assurée par l'Institution.
- Sauf acceptation expresse du bénéficiaire, la désignation particulière est annulée et la désignation type s'applique :
  - ☐ en cas de décès du ou de la totalité des bénéficiaires désignés par le participant,
  - ☐ en cas de décès, au cours d'un même événement et sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès, du participant et du ou de la totalité des bénéficiaires désignés par le participant,
  - ☐ en cas de changement de situation de famille (mariage, PACS, séparation judiciaire, divorce), lorsque le participant n'a pas confirmé par écrit auprès de l'Institution la désignation faite antérieurement ou n'a pas formulé de nouvelle désignation.
- Par dérogation à ce qui précède et indépendamment de toute autre désignation, lorsque le montant du capital est déterminé en tenant compte des personnes à charge, la majoration de capital correspondante ne saurait profiter qu'aux personnes prises en considération pour le calcul de ces majorations.
  - ☐ La part de capital correspondant aux dites majorations est égale à la différence entre le capital dû en fonction de la situation et des charges de famille de l'assuré et le capital que l'Institution aurait dû verser si l'assuré avait été célibataire sans enfant à charge.
  - ☐ Les majorations pour personnes à charges sont versées aux personnes concernées si elles jouissent de la capacité juridique ou à leurs représentants légaux dans le cas contraire.
  - ☐ L'Institution reverse alors le reliquat à la personne désignée.

## Prestations annexes éventuelles : (selon prestations prévues dans les MODALITES PRATIQUES)

### ➤ Invalidité Permanente et Totale (ou Perte Totale et Irréversible d'Autonomie):

- Le capital décès est versé par anticipation à l'assuré lui-même en cas de perte totale et irréversible d'autonomie :
  - ☐ L'assuré est réputé atteint d'une perte totale et irréversible d'autonomie, lorsqu'il remplit les conditions cumulatives suivantes :
    - ➔ Le Médecin-Conseil de l'Institution de Prévoyance a reconnu le participant comme définitivement et totalement incapable d'exercer une profession quelconque et comme devant avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.
    - ➔ Le participant a reçu la notification par la Sécurité sociale de son classement en 3ème catégorie d'invalides (invalides qui étant incapables d'exercer une profession, sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie) ou, en cas d'accident de travail ou de maladie professionnelle, de la reconnaissance d'une incapacité permanente d'au moins 80% avec majoration pour assistance d'une tierce personne.
- L'Institution se réserve le droit de se livrer à toute enquête et de soumettre l'intéressé à toutes expertises médicales qu'elle juge utiles pour apprécier l'inaptitude au travail.
- La date de survenance de la perte totale et irréversible d'autonomie est fixée au jour de cette notification par la Sécurité sociale.
- Lorsque le capital est versé par anticipation, l'assuré ne bénéficie plus de la garantie en cas de décès au titre des présentes dispositions.
- En plus des conditions cumulatives précitées, les majorations du capital prévues en cas de décès accidentel sont versées par anticipation à l'assuré lui-même en cas de perte totale et irréversible d'autonomie, si cette dernière est la conséquence d'un accident et est reconnue dans un délai maximum de 1 an après la date de l'accident.

### ➤ Double effet "Décès du conjoint ou du partenaire lié par un PACS" :

- Le montant du capital décès, réparti par parts égales entre les enfants à charge, est fixé à 100% de celui versé au décès du participant (majoration pour accident exclue), sauf dispositions prévues dans les Modalités Pratiques.
- Ce second capital est versé en cas de décès du conjoint ou du partenaire lié par un PACS (au moment du décès du participant), postérieur à celui du participant, sous réserve qu'au moins un enfant à charge au décès du participant soit encore à la charge du conjoint ou du partenaire lié par un PACS.
  - ☐ Le capital est versé à l'enfant (ou aux enfants par parts égales) lui-même s'il jouit de la capacité juridique ou à son représentant légal, dans le cas contraire.
  - ☐ Ce capital est également versé lorsque les deux conjoints ou partenaires liés par un PACS décèdent du fait d'un même événement, quel que soit l'ordre des décès.

- › **Allocation obsèques :**
  - L'Institution peut verser une allocation forfaitaire, dont le montant est fixé aux Modalités Pratiques, en cas de décès du participant, de son conjoint (ou éventuellement de son concubin déclaré ou du partenaire auquel il est lié par un PACS) ou d'un enfant à charge.
    - ⊖ Cette allocation est versée dans tous les cas, dans la limite des frais exposés, à la personne physique ou morale qui a assumé les frais d'obsèques, sur remise des pièces justificatives.
    - ⊖ Le surplus éventuel par rapport aux frais exposés est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) en cas de décès du participant ou au participant lui-même dans les autres cas.
    - ⊖ En cas de décès d'un enfant âgé de moins de 12 ans, le montant du capital versé est en tout état de cause limité aux frais réellement exposés.

## Déclaration des sinistres :

- › Eléments à fournir à l'Institution de Prévoyance sans pour autant que ces listes ne soient exhaustives :
  - **En cas de décès :**
    - Extrait d'acte de décès du participant et, s'il y a lieu, du conjoint,
    - Pièces justificatives de la qualité des personnes susceptibles d'être prises en compte pour le calcul du capital (avis d'imposition, copie du livret de famille, extrait d'acte de naissance, certificat de scolarité ou attestation de l'affiliation au régime de la Sécurité sociale des étudiants ou du paiement des allocations pour personnes handicapées...),
    - Pièces justificatives de la qualité et des droits des bénéficiaires,
    - Certificat médical indiquant si le décès est dû ou non à une cause naturelle,
    - Déclaration de salaires,
    - PV de gendarmerie,
    - Le cas échéant, acte de notoriété.
  - **En cas de décès consécutif à un accident**
    - Les pièces indiquées ci-dessus doivent être remises à l'Institution, accompagnées de tout document apportant la preuve du lien de causalité entre l'accident et le décès.
    - ⊖ La preuve du caractère accidentel du décès incombe aux bénéficiaires.
  - **En cas d'invalidité permanente et totale :**
    - Certificats médicaux adressés sous pli confidentiel au Médecin-Conseil de l'Institution,
    - Notification de la décision de la Sécurité sociale attribuant l'allocation pour assistance d'une tierce personne,
    - Pièces justificatives visées à l'alinéa ci-dessus, relatives à la qualité des personnes susceptibles d'être prises en compte pour le calcul du capital.
    - ⊖ L'Institution de Prévoyance se réserve le droit de soumettre le participant à une expertise médicale, les frais d'expertise étant à sa charge.

## La Garantie Incapacité - Invalidité :

### Objet de la garantie :

- › La Garantie Incapacité – Invalidité a pour objet le service :
  - d'une indemnité journalière en cas d'incapacité temporaire de travail du participant percevant effectivement les prestations en espèces de la Sécurité sociale au titre de l'assurance maladie,
  - d'une rente en cas d'invalidité permanente du participant percevant effectivement une pension d'invalidité de la Sécurité sociale,
  - d'une indemnité journalière ou d'une rente en cas d'incapacité temporaire ou d'incapacité permanente du participant percevant effectivement les prestations de la Sécurité sociale au titre de la législation sur les accidents du travail et maladies professionnelles.
    - ⊖ Le congé légal ou conventionnel de maternité ou d'adoption n'ouvre droit à aucune prestation au titre de l'incapacité.
- › Prestations maximales :
  - Le cumul des sommes versées par l'Institution, la Sécurité sociale, l'employeur et le cas échéant, de toutes celles versées en rémunération d'un travail correspondant à un revenu de substitution, ne peut excéder :
    - ⊖ en cas d'incapacité sans rupture de contrat de travail
      - 100% du traitement de référence brut de l'assuré à la veille de son arrêt de travail et revalorisé au jour de l'événement donnant lieu à détermination ou à un nouveau calcul du montant de la prestation ;
    - ⊖ en cas d'invalidité, ainsi que dans tous les cas après rupture du contrat de travail
      - 100% du traitement de référence net de l'assuré à la veille de son arrêt de travail et revalorisé comme ci-dessus.
  - Les indemnités journalières ou les rentes sont, le cas échéant, réduites à due proportion.
  - Toutefois si l'assuré poursuit une activité salariée à temps partiel, l'application de la règle de cumul ci-dessus ne pourra pas entraîner la révision à la baisse de la prestation initiale de l'Institution, en cas d'augmentation du salaire de l'assuré (sauf si cette augmentation résulte d'un allongement de son temps de travail effectif).
  - Le complément de pension accordé par la Sécurité sociale, au titre de l'assistance d'une tierce personne, aux invalides reconnus en 3ème catégorie n'entre pas dans ce calcul.
  - Pour la détermination du traitement de référence net l'Institution pourra, le cas échéant, appliquer un taux de charge forfaitaire précisé au Certificat d'Adhésion.

### Incapacité de travail :

- › **Fait générateur :**
  - Ne donnent par principe droit à prestation, que les périodes d'arrêt de travail dont le premier jour d'arrêt de travail se situe pendant la période d'effet du contrat. Est donc considérée comme date de survenance du sinistre, la date de l'arrêt initial de travail.
  - Lors de la mise en place du contrat, il peut être décidé d'indemniser les salariés présents dans les effectifs et déjà en situation d'arrêt de travail. Cette prise en charge fait l'objet d'une tarification spécifique et les personnes concernées sont alors expressément mentionnées au Certificat d'Adhésion.
- › **Type de Franchise : (Selon précision figurant dans les Modalités Pratiques )**
  - Franchise continue ou discontinue :
    - ⊖ L'indemnité journalière complémentaire est versée après une période d'arrêt total de travail continue ou discontinue appelée "franchise". La durée de la franchise est mentionnée aux Modalités Pratiques, ces dernières précisent également dans le cas de franchise discontinue, la période de référence servant de base au calcul du cumul des périodes de maladie (calendaire ou flottante).
    - ⊖ Toute période de travail dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique pris en charge en totalité par la Sécurité sociale est considérée comme période d'interruption de travail prise en compte pour le calcul de la franchise.
    - ⊖ La période du congé légal ou conventionnel de maternité ou d'adoption, ainsi que tout congé pathologique éventuellement accordé, n'est pas pris en considération pour la détermination de la franchise.
    - ⊖ Lorsque le participant ayant commencé à bénéficier de l'indemnité reprend son activité au service de l'entreprise adhérente et doit l'interrompre moins de deux mois après pour la même cause (attestée par un justificatif médical) et que le contrat est à ce moment toujours en vigueur, le service d'indemnité journalière reprend sans application de la franchise, mais après le délai de carence éventuel de la Sécurité sociale.
      - Cette clause de rechute ne s'applique pas en cas de franchise discontinue.
    - ⊖ Par ailleurs, il peut être prévu une clause particulière dénommée "franchise différenciée" prévoyant le versement des prestations dès le 4ème jour, en cas d'hospitalisation d'une durée supérieure à 3 jours ou en cas d'arrêt de travail consécutif à un accident ayant entraîné une hospitalisation d'au moins 24 heures.
  - Franchise relative :
    - ⊖ Les prestations sont versées avec rétroactivité :
      - dès le 4ème jour si l'arrêt de travail, conséquence directe d'un accident, est d'une durée continue supérieure à la franchise,
      - dès le 1er jour, si l'arrêt de travail, conséquence directe d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ainsi dénommée par la Sécurité sociale (articles L.514-4 et suivants du Code de la Sécurité sociale), est d'une durée continue supérieure à la franchise,
      - dès le 4ème jour d'hospitalisation, lorsque celle-ci est d'une durée continue supérieure à la franchise, à condition que cette clause avantage l'assuré.
        - ◆ On appelle "hospitalisation" tout séjour dans un établissement hospitalier, c'est-à-dire hôpital, clinique, sanatorium, préventorium, centre de réadaptation fonctionnelle et motrice.
          - Par contre, sont exclus les établissements tels que maisons de repos, de convalescence et de retraite, établissements thermaux ou climatiques, centres de rééducation professionnelle et cliniques, hôpitaux ou services psychiatriques et les traitements tels que cures de désintoxication, cures de sommeil, traitements de chirurgie esthétique (sauf ceux nécessités par un accident) ou d'amaigrissement et check-up médicaux.
  - Franchise consécutive aux périodes de maintien de salaire conventionnelles :
    - ⊖ Les Modalités Pratiques peuvent prévoir que le versement complémentaire de l'Institution de Prévoyance prend effet dès la cessation du maintien total ou partiel de salaire stipulé par la convention collective applicable à l'entreprise.
- › **Preuves et formalités de l'incapacité :**
  - Les preuves de la cause de l'arrêt de travail doivent être fournies à l'Institution de Prévoyance dans les plus brefs délais.
  - Lorsqu'un participant ne justifie pas du nombre d'heures de travail nécessaire à l'ouverture des droits auprès de la Sécurité sociale, l'Institution de Prévoyance détermine ses prestations comme si l'assuré avait bénéficié des prestations correspondantes de la Sécurité sociale.

- › **Versement des prestations :**
  - L'indemnité, acquise jour par jour, est payable à réception des décomptes de la Sécurité sociale.
    - ⊖ Le versement de cette indemnité se poursuit pendant toute la durée du service des prestations en espèces de l'assurance maladie de la Sécurité sociale et cesse :
      - si la Sécurité sociale cesse le versement des indemnités journalières,
      - en cas de reprise de travail à temps complet,
      - à la date d'attribution d'une pension d'invalidité par la Sécurité sociale ou d'une pension d'incapacité au travail,
      - à la date de liquidation des droits au titre de l'assurance vieillesse de la Sécurité sociale, sauf pour les personnes indemnisées dans le cadre d'un cumul emploi retraite,
      - au décès.
    - ⊖ Pendant toute la durée du contrat de travail liant le participant à l'entreprise adhérente, l'indemnité journalière est versée à l'entreprise adhérente.
    - ⊖ Après rupture du contrat de travail, l'indemnité journalière est versée au participant.

## Invalidité :

- › **Fait générateur :**
  - Pour pouvoir prétendre à cette prestation, le salarié doit obligatoirement percevoir une pension d'invalidité de la Sécurité sociale.
  - Si cette invalidité fait suite à un arrêt de travail, l'Institution de prévoyance considère comme date de survenance du sinistre la date de l'arrêt initial de travail (celui de la dernière période d'incapacité de travail ayant immédiatement précédé la reconnaissance de l'invalidité) et non pas la date de reconnaissance de l'invalidité par la Sécurité sociale.
    - ⊖ L'Institution de Prévoyance ne prend donc pas en charge les salariés en situation d'arrêt de travail lors de la mise en place du contrat qui seraient par la suite reconnus invalides par la Sécurité sociale.
    - ⊖ La prise en charge de l'invalidité relève de l'éventuel organisme assurant le contrat au moment de l'arrêt de travail initial du salarié concerné.
    - ⊖ A l'inverse, l'Institution de Prévoyance prendra en charge les salariés qui seraient reconnus invalides après dénonciation du contrat s'ils sont indemnisés jusqu'à la veille de la reconnaissance de l'invalidité par l'Institution au titre de l'incapacité de travail.
  - Si des dispositions différentes sont retenues dans l'appréciation du sinistre, elles sont alors très clairement explicitées de manière dérogatoire dans le Certificat d'Adhésion.

## › **Montant de la rente :**

- Le montant de la rente est stipulé dans les Modalités Pratiques.
  - ⊖ Il est fonction de la catégorie d'invalidité dans laquelle le participant est classé par la Sécurité sociale.
  - ⊖ La rente est réduite de 40% en cas d'invalidité de 1ère catégorie sauf indication contraire figurant aux Modalités Pratiques.
  - ⊖ Les salaires retenus pour le calcul de la rente sont les mêmes que ceux pris en compte pour le paiement de l'incapacité temporaire (les salaires des 12 mois précédant l'arrêt de travail initial).

## › **Définition des catégories :**

- 1ère catégorie : invalide capable d'exercer une activité rémunérée.
- 2ème catégorie : invalide absolument incapable d'exercer une profession quelconque.
- 3ème catégorie : invalide qui, étant absolument incapable d'exercer une profession quelconque, est en outre dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

Ces définitions s'entendent au sens donné par la réglementation de la sécurité sociale et sous réserve de la production par le participant du document indiquant le classement établi par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

## › **Règlement :**

- La rente prend effet à la date du classement du participant par la Sécurité sociale dans l'une des catégories d'invalides.
  - ⊖ Elle est payable au participant, à la fin de chaque trimestre civil, sauf dispositions particulières mentionnées aux Modalités Pratiques.
  - ⊖ Le service de la rente cesse quand prend fin le service de la rente de la Sécurité sociale et au plus tard lors de la liquidation de la retraite.
  - ⊖ La rente n'est pas due pour le trimestre au cours duquel survient le décès du participant.

## Accident du travail ou maladie professionnelle

### › **Incapacité Temporaire:**

- **Fait générateur :**
  - ⊖ Ne donnent par principe droit à prestation, que les périodes d'arrêt de travail dont le premier jour se situe pendant la période d'effet du contrat.
    - Est donc considérée comme date de survenance du sinistre, la date de l'arrêt initial de travail.
  - ⊖ Lors de la mise en place du contrat, il peut être décidé d'indemniser les salariés présents dans les effectifs et déjà en situation d'arrêt de travail. Cette prise en charge fait l'objet d'une tarification spécifique et les personnes concernées sont alors expressément mentionnées au Certificat d'Adhésion.
  - ⊖ Le montant des prestations versées par l'Institution cumulé à celui de la Sécurité sociale ne peut excéder le cumul des sommes auxquelles le participant aurait pu prétendre auprès de ces deux organismes, s'il n'avait pas été victime d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle.

### › **Incapacité Permanente :**

- **Fait générateur :**
  - ⊖ Pour pouvoir prétendre à cette prestation, le salarié doit obligatoirement percevoir une rente d'incapacité au travail suite à un accident du travail ou à une maladie professionnelle.
    - L'Institution considère comme date de survenance du sinistre la date de l'accident du travail ayant entraîné la reconnaissance de l'incapacité permanente ou, lorsqu'il s'agit d'une maladie professionnelle, la date de l'arrêt initial de travail (celui de la dernière période d'incapacité de travail ayant immédiatement précédé la reconnaissance de l'incapacité permanente) et non pas la date de reconnaissance de l'incapacité permanente par la Sécurité sociale.
    - L'Institution ne prend donc pas en charge les salariés dont l'accident de travail ou la maladie professionnelle ayant entraîné la reconnaissance de l'incapacité permanente est antérieure à la date d'effet du contrat.
    - La prise en charge de ces cas relève de l'éventuel organisme assurant le contrat au moment de l'arrêt de travail initial du salarié concerné.

- A l'inverse, l'Institution de prévoyance prendra en charge les salariés qui seraient reconnus en incapacité permanente après dénonciation du contrat s'ils sont indemnisés jusqu'à la veille de la reconnaissance de l'invalidité par l'Institution au titre de l'incapacité temporaire de travail.
  - ◆ Si des dispositions différentes sont retenues dans l'appréciation du sinistre, elles sont alors très clairement explicitées de manière dérogatoire dans le Certificat d'Adhésion.

#### › **Versement des prestations :**

- La rente est versée dans les conditions prévues aux Modalités Pratiques pour une invalidité de 2ème catégorie de la Sécurité sociale, lorsque le taux d'incapacité partielle retenu est supérieur ou égal à 66%.
- Lorsque ce taux est inférieur à 66%, la prestation est calculée en appliquant le coefficient (N-33)/33 à la prestation prévue pour une invalidité de 2ème catégorie, coefficient dans lequel N est le taux d'incapacité permanente partielle retenu par la Sécurité sociale.
  - ⇒ Aucune prestation n'est due si le taux d'incapacité permanente partielle retenu par la Sécurité sociale est inférieure ou égale à 33%.
  - ⇒ Ce taux s'apprécie par accident ou maladie professionnelle et ne peut en aucun cas correspondre au cumul de plusieurs taux d'incapacité permanente qui seraient la conséquence de plusieurs accidents ou maladies professionnelles.

#### › **Règlement :**

- La rente annuelle est payable au participant, à la fin de chaque trimestre civil.
  - ⇒ Elle prend effet le même jour que celle de la Sécurité sociale.
  - ⇒ Le service de la rente cesse quand prend fin le service de la rente de la Sécurité sociale et au plus tard lors de la liquidation de la retraite.
  - ⇒ La rente n'est pas due pour le trimestre au cours duquel survient le décès du participant.

### **Cessation des garanties et des paiements**

- › Les garanties et les paiements cessent de plein droit à la date effective de mise à la retraite du participant, et en tout état de cause, dès qu'il n'est plus pris en charge par la Sécurité sociale.

### **Déclaration des sinistres**

- › L'entreprise adhérente ou le participant doit remettre à l'Institution toutes pièces justificatives comprenant notamment :
  - ⇒ la déclaration d'arrêt de travail ;
  - ⇒ le Certificat du médecin traitant à l'attention du Médecin Conseil ;
  - ⇒ les décomptes et notifications de la Sécurité sociale.
- Les arrêts de travail doivent être déclarés à l'Institution dans un délai maximum de six mois après l'expiration de la franchise.
  - ⇒ Passé ce délai, le service des prestations prend effet au jour de la déclaration de sinistre.

### **Contrôle médical**

- › Dans tous les cas et à toute époque, même lorsque la garantie n'est plus en vigueur, l'Institution se réserve le droit de faire visiter et éventuellement de soumettre à expertise médicale le participant afin de faire constater son état, les frais de contrôle médical étant à la charge de l'Institution.
  - Toutes les difficultés d'ordre médical ou autres qui pourraient survenir seraient réglées par arbitrage comme il est prévu aux Dispositions Réglementaires Générales.
  - Les médecins et experts que désigne l'Institution ont libre accès auprès de l'Assuré afin de pouvoir constater son état.
  - L'Institution peut refuser, interrompre, ou réduire le droit à prestations en raison des conclusions de ses médecins et experts, indépendamment des décisions prises et des versements effectués par la Sécurité sociale ou tout autre organisme.
  - L'assuré doit fournir toute pièce justificative et se prêter à toute expertise ou examen que demande l'Institution, lesquels auront lieu en France métropolitaine (ou dans les DOM-TOM si l'assuré y réside de façon permanente).
    - ⇒ A défaut, l'assuré s'expose à la suspension du service des prestations.
  - La décision de l'Institution fondée sur les conclusions du médecin conseil est notifiée à l'assuré par courrier recommandé; il peut contester le bien-fondé dans les dix jours suivant son envoi au moyen d'une attestation médicale détaillée adressée par lettre recommandée au médecin conseil de l'Institution.
    - ⇒ En cas de désaccord sur l'état de santé de l'assuré, il peut être procédé à une expertise amiable et contradictoire par un médecin choisi par l'assuré et le médecin délégué par l'Institution.
      - Si les deux médecins ne peuvent parvenir à des conclusions communes ou s'il est décidé de procéder directement à un arbitrage, l'assuré et l'Institution choisissent un médecin arbitre pour les départager.
      - Faute d'entente sur le choix, la désignation en est faite par voie judiciaire.
      - Chaque partie supporte les frais et honoraires de son médecin et, par moitié, ceux du médecin arbitre.

### **Revalorisation :**

- › La revalorisation s'applique au moins une fois par an, à l'ensemble des prestations concernées et pour la première fois, à l'échéance qui suit la date d'anniversaire du premier jour indemnisé.
  - Son montant est obtenu en multipliant les prestations de base par les indices de revalorisation décidés chaque année par le Conseil d'Administration de l'Institution.
- › En cas de résiliation ou de dénonciation de l'adhésion, les prestations cessent d'être revalorisées, sauf lorsque la résiliation est la conséquence d'une cessation d'activité ou de l'absence de salarié dans la catégorie de personnel couverte.
  - Elles continuent d'être servies sur la base du montant de l'échéance précédant la résiliation.

### **Dispositions particulières :**

- › Lorsque le montant de la prestation comporte une majoration pour enfant à charge, les enfants pris en considération sont ceux à la charge de l'assuré ou de son conjoint dans les mêmes conditions que celles évoquées aux Dispositions Réglementaires Particulières de la Garantie Décès.