



Régime de Prévoyance de l'ensemble du personnel des
entreprises relevant de la Convention Collective
Nationale des Laboratoires de biologie médicale extra-
hospitaliers (LBM)
(I DCC959)

**CONTRAT D'ASSURANCE
COLLECTIVE
DU REGIME DE BRANCHE**
Référéncé LABO

Date d'effet : 1^{ER} JANVIER 2013

IPGM

SOMMAIRE

DEFINITIONS PREALABLES	4
PREAMBULE	5
DISPOSITIONS GENERALES	6
TITRE I : GENERALITES	6
ARTICLE 1 CADRE JURIDIQUE	6
ARTICLE 2 OBJET DU CONTRAT	6
ARTICLE 3 RISQUES GARANTIS	6
ARTICLE 4 ORGANISME ASSUREUR – ORGANISATION DE LA MUTUALISATION	7
ARTICLE 5 COMITE DE GESTION	7
ARTICLE 6 COMMUNICATION - RECLAMATION - CONTROLE	7
TITRE II : DEROULEMENT DU CONTRAT D'ASSURANCE COLLECTIVE	8
ARTICLE 7 ADHESION DES ENTREPRISES	8
ARTICLE 8 CONDITION D’AFFILIATION DES PARTICIPANTS	8
ARTICLE 9 INFORMATIONS A FOURNIR PAR L’ENTREPRISE ADHERENTE	9
ARTICLE 10 DOCUMENTS A FOURNIR PAR L’INSTITUTION	10
ARTICLE 11 ENTREE EN VIGUEUR DES GARANTIES	10
ARTICLE 12 REVISION DES GARANTIES OU DES COTISATIONS	10
ARTICLE 13 REPRISE DU PASSIF	11
TITRE III : SUSPENSION - RESILIATION DE L’ADHESION OU DU CONTRAT	11
ARTICLE 14 SUSPENSION ET CESSATION DES GARANTIES	11
ARTICLE 15 RESILIATION DU CONTRAT ET CHANGEMENT D’ORGANISME ASSUREUR	12
TITRE IV : MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS D’ARRET DE TRAVAIL, DE RUPTURE OU CESSATION DU CONTRAT DE TRAVAIL	13
ARTICLE 16 MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS D’ARRET DE TRAVAIL	13
ARTICLE 17 EN CAS DE RUPTURE OU DE CESSATION DU CONTRAT DE TRAVAIL – PORTABILITE DES GARANTIES	13
TITRE V : BASE DE CALCUL DES COTISATIONS ET DES PRESTATIONS	15
ARTICLE 18 ASSIETTE DES COTISATIONS	15
ARTICLE 19 PAIEMENT DES COTISATIONS	15
ARTICLE 20 TRAITEMENT ANNUEL DE BASE DES PRESTATIONS PREVOYANCE	16
TITRE VI : RISQUES EXCLUS – NULLITE – PRESCRIPTION	17
ARTICLE 21 RISQUES EXCLUS	17
ARTICLE 22 DECHEANCE	17

ARTICLE 23 FAUSSE DECLARATION -----	17
ARTICLE 24 PRESCRIPTION -----	18
TITRE VII : RISQUES DECES ET INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE -----	18
ARTICLE 25 DEFINITION DE LA SITUATION FAMILIALE-----	18
ARTICLE 26 GARANTIE DECES DE BASE-----	18
ARTICLE 27 GARANTIE EN CAS D'INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE -----	19
ARTICLE 28 GARANTIE DECES ACCIDENTEL-----	20
TITRE VIII : RISQUES INCAPACITE DE TRAVAIL, INVALIDITE ET MATERNITE-----	21
ARTICLE 29 GARANTIE INCAPACITE DE TRAVAIL-----	21
ARTICLE 30 GARANTIE INVALIDITE -----	22
ARTICLE 31 GARANTIE MATERNITE-----	24
TITRE IX : REGLEMENT DES PRESTATIONS - PIECES A FOURNIR -----	24
ARTICLE 32 REGLEMENT-----	24
ARTICLE 33 PIECES A FOURNIR-----	24
TITRE X : COMPTE DE RESULTATS ET RESERVES -----	26
DISPOSITIONS SPECIFIQUES-----	27
TITRE I : TAUX DE COTISATIONS -----	27
ARTICLE 1 PERSONNEL NON CADRE -----	27
ARTICLE 2 PERSONNEL CADRE (ET ASSIMILE CADRE) -----	27
TITRE II : TABLEAUX DES GARANTIES -----	28
ARTICLE 3 PERSONNEL NON CADRE -----	28
ARTICLE 4 PERSONNEL CADRE (ET ASSIMILES CADRES) -----	29

DEFINITIONS PREALABLES

Accident	Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part du Participant, ou du bénéficiaire du capital garanti, provenant exclusivement de l'action soudaine d'une cause extérieure, à l'exclusion de toute maladie, même si elle se manifeste sous une apparence accidentelle (notamment affection cardio-vasculaire, rupture d'anévrisme, attaque cérébrale, etc.).
Bénéficiaire	Personne physique ou morale percevant la prestation prévue par la garantie du contrat lors de la réalisation du risque.
Déchéance	Perte du droit du Participant à bénéficier de la garantie en raison du non-respect des obligations contractuelles par le Participant ou l'Entreprise.
Délai de déclaration du sinistre	Délai durant lequel l'Entreprise Adhérente ou le Participant doit déclarer le sinistre pour obtenir une éventuelle prise en charge.
Délai de franchise	Période débutant à la date d'hospitalisation ou de l'arrêt de travail prescrit par un médecin, au cours de laquelle la garantie ne s'applique pas.
Entreprise ou Entreprise Adhérente	Personne morale qui souscrit le contrat pour le compte de son personnel défini au Certificat d'admission, s'engage à verser les cotisations et dont le représentant habilité signe l'adhésion.
Garantie	Engagement de l'Institution, en contrepartie d'une cotisation convenue d'avance, à verser une prestation à l'occasion d'un sinistre au cours d'une période déterminée.
Maladie	Toute altération de santé constatée par une autorité médicale et ouvrant droit aux prestations en espèces du régime de la Sécurité sociale française.
Participant	Membre du personnel de l'Entreprise Adhérente relevant de la catégorie de personnel assurée.
Prestation	Exécution de la garantie par l'Institution. La prestation se caractérise, selon les cas, par le versement d'un capital, d'une rente ou d'indemnités journalières.
Sinistre	Réalisation de l'évènement susceptible de mettre en jeu la garantie du présent contrat.

PREAMBULE

L'Institution de Prévoyance du Groupe Mornay dite IPGM a été désignée par les partenaires sociaux pour assurer et mutualiser un régime de prévoyance visant le personnel des entreprises relevant de la Convention collective nationale des Laboratoires de biologie médicale extra-hospitaliers (LBM) du 3 février 1978 :

- non cadre défini à l'Annexe I créée par l'accord du 03.02.1978 (Etendu par arrêté du 20.11.1978 – Journal Officiel 06.01.1979) modifiée intégralement par l'avenant du 23.04.2012 ;
- cadre et assimilé cadre défini à l'Annexe IV créée par l'accord du 01.07.1993 (Etendu par arrêté du 04.02.1994 – Journal Officiel 15.02.1994) modifiée intégralement par l'avenant du 23.04.2012 ;

de ladite Convention collective nationale.

Les présentes garanties sont conformes à celles définies à l'accord du 19 décembre 1996 (étendu par arrêté du 25.06.1997 publié au Journal Officiel du 08.07.1997) et ses avenants.

Le présent contrat prend effet au 1^{ER} janvier 2013.

Il a pour objet de définir les Dispositions Générales et les Dispositions Spécifiques du régime de prévoyance susvisé.

Toutes les entreprises relevant de la Convention collective nationale sont tenues d'adhérer auprès de l'organisme ainsi désigné.

DISPOSITIONS GENERALES

TITRE I : GENERALITES

ARTICLE 1 CADRE JURIDIQUE

Le présent contrat est exclusivement soumis à la loi française. C'est un contrat collectif à adhésion obligatoire régi par le livre IX du Code de la Sécurité sociale française.

Il est constitué pour chaque Entreprise Adhérente par :

- les présentes Dispositions Générales et Dispositions Spécifiques,
- un bulletin d'adhésion,
- le certificat d'admission.

L'entreprise ci-après dénommée « l'Adhérente ou l'Entreprise Adhérente » devient membre adhérent de l'Institution à compter de la date d'effet figurant au certificat d'admission. Ses salariés acquièrent à compter de leur affiliation, la qualité de membres Participants et sont ci-après dénommés « les Participants ».

ARTICLE 2 OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat a pour objet de mettre en œuvre le régime de prévoyance collectif à adhésion obligatoire des entreprises entrant dans le champ d'application territorial et professionnel, décrit à l'article 1 de la Convention collective nationale des Laboratoires de biologie médicale extra-hospitaliers (IDCC N°959), ou avec l'accord du Comité de gestion, aux entreprises qui ont un lien direct avec la Branche et appliquent volontairement cette Convention collective.

Le régime de prévoyance prévoit la couverture des risques Décès et annexes, Incapacité de travail, Invalidité et Maternité.

Le présent contrat définit les engagements réciproques de l'Entreprise et de l'Institution, en particulier les conditions de prise en charge des garanties par celle-ci.

ARTICLE 3 RISQUES GARANTIS

L'Institution couvre des risques auxquels sont associées des garanties décrites dans les présentes Dispositions Générales, et dont le niveau de prestations est précisé aux Dispositions Spécifiques.

- ❖ Le risque Décès et annexes (*garanties en capital*) :
 - Décès de base,
 - Invalidité absolue et définitive,
 - Décès accidentel,
- ❖ Le risque Incapacité de travail (*garantie : indemnités journalières*),
- ❖ Le risque Invalidité (*garantie : rente d'invalidité*),
- ❖ Le risque Maternité (*garantie : indemnités journalières*).

ARTICLE 4 ORGANISME ASSUREUR – ORGANISATION DE LA MUTUALISATION

A/ Désignation de l'Organisme assureur

Conformément à l'article L.912-1 du Code de la Sécurité sociale et des dispositions des Annexes I et IV (créés respectivement par les accords du 03.02.1978 et du 01.07.1993) de la Convention collective nationale des Laboratoires de biologie médicale extra-hospitaliers, les partenaires sociaux signataires ont désigné, en qualité d'organisme assureur de l'ensemble des garanties du régime de prévoyance, l'Institution de Prévoyance de Groupe Mornay (I.P.G.M.), institution de prévoyance agréée régie par le Code de la Sécurité sociale, dont le siège social est situé au 5 à 9 rue Van Gogh 75012 Paris.

B/ Adhésion des entreprises : clause de migration obligatoire

L'adhésion des entreprises relevant du champ d'application de la Convention collective nationale des Laboratoires de biologie médicale extra-hospitaliers, ainsi que celles qui l'appliquent volontairement après accord du comité de gestion, et l'affiliation de l'ensemble des salariés de ces entreprises, auprès de l'IPGM, ont un caractère obligatoire.

Ces dispositions s'appliquent également aux laboratoires ayant souscrit avant le premier janvier 2013, un contrat de prévoyance complémentaire au bénéfice de leurs salariés auprès d'un autre organisme assureur. Ce point s'applique quels que soient les niveaux et conditions de garanties adoptées par rapport à celles définies par les avenants du 23 avril 2012 portant révision des dispositions de l'annexe I et de l'annexe IV de la Convention collective nationale des Laboratoires de biologie médicale extra-hospitaliers et décrites dans le présent contrat. L'adhésion de ces entreprises doit prendre effet, au plus tard, à la date d'échéance de leur contrat d'assurance en cours qui suit le 1^{er} janvier 2013.

ARTICLE 5 COMITE DE GESTION

Les partenaires sociaux ont créé un Comité de gestion du régime conventionnel de prévoyance composé, à parité, de représentants des organisations syndicales de la Convention collective nationale des Laboratoires de biologie médicale extra-hospitaliers, ou y ayant adhéré.

Le Comité de gestion avec l'assistance technique de l'IPGM, est chargé d'assurer le suivi, l'interprétation et la mise en œuvre du régime conventionnel de prévoyance et le respect des dispositions de la Convention collective relatives à ce régime.

Les attributions du Comité de gestion, et ses modalités de fonctionnement sont précisées dans un règlement intérieur convenu entre les partenaires sociaux.

ARTICLE 6 COMMUNICATION - RECLAMATION - CONTROLE

A/ Droit d'accès et de rectification

Le Participant est protégé par la loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, et dispose en conséquence d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition pour motif légitime et de suppression de toute information le concernant, qui figurerait sur le fichier à usage de l'Institution, de ses mandataires et de ses réassureurs.

Le droit d'accès et de rectification peut être exercé à l'adresse suivante :

par courrier

Service INFO CNIL
174, rue de Charonne
75128 PARIS cedex 11

ou par mail

info.cnil@klesia.fr.

Il convient de joindre un titre d'identité en cours de validité.

B/ Contrôle

L'autorité chargée du contrôle de l'Institution de Prévoyance du Groupe Mornay (IPGM) est l'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP), dont le siège se situe au 61 rue Taitbout - 75009 PARIS.

C/ Réclamation et Médiation

Pour toute réclamation relative au fonctionnement du présent contrat, l'Entreprise Adhérente ou le Participant doit s'adresser en priorité à l'Institution, à l'attention du Service Satisfaction Clients (SSC), par courrier, 5 à 9 rue Van Gogh 75591 Paris cedex 12 ou par téléphone au 01 71 39 15 15 (du lundi au vendredi, de 9 heures à 18 heures) ou courriel – www.klesia.fr.

Après épuisement des voies internes de réclamation, et sans préjudice du droit d'exercer un recours contentieux, l'Adhérente, le Participant ainsi que le bénéficiaire ou l'ayant droit, peut, afin de trouver une issue amiable au différend l'opposant à l'Institution, s'adresser par courrier au Médiateur du CTIP à l'adresse suivante : 10, rue Cambacérès, 75008 PARIS.

TITRE II : DEROULEMENT DU CONTRAT D'ASSURANCE COLLECTIVE

ARTICLE 7 ADHESION DES ENTREPRISES

A/ Champ d'application

Conformément aux Annexes I et IV de la Convention collective nationale des Laboratoires de biologie médicale extra-hospitaliers (LBM), doivent adhérer au régime de prévoyance mis en place par le présent contrat :

- toutes les entreprises entrant dans le champ d'application territorial et professionnel de la Convention collective nationale des Laboratoires de biologie médicale extra-hospitaliers (IDCC N°959), qui sont situées sur le territoire national, départements d'outre-mer, Saint-Barthélemy, Saint-Martin, et Saint-Pierre-et-Miquelon ;
- Après accord du comité de gestion, les entreprises qui appliquent volontairement la Convention collective nationale des Laboratoires de biologie médicale extra-hospitaliers (IDCC N°959), et sont situées sur le territoire national, départements d'outre-mer, Saint-Barthélemy, Saint-Martin, et Saint-Pierre-et-Miquelon.

B/ Date d'effet de l'adhésion

La date d'effet de l'adhésion retenue, après acceptation de l'Institution, est indiquée au certificat d'admission.

L'adhésion est conclue pour une période allant jusqu'au 31 décembre suivant la date d'effet et se renouvelle ensuite par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année.

ARTICLE 8 CONDITION D'AFFILIATION DES PARTICIPANTS

Le présent contrat d'assurance collective étant un contrat collectif et obligatoire, l'Entreprise Adhérente doit obligatoirement affilier au régime de prévoyance, à compter de la date d'effet figurant au certificat d'admission :

- la totalité des salariés « NON CADRES » : Participants appartenant à la catégorie de ceux qui ne sont pas affiliés au régime des cadres au titre des articles 4 et 4 bis de la Convention collective nationale du 14 mars 1947,
- la totalité des « CADRES » : Participants affiliés au régime des cadres au titre des articles 4 et 4 bis de la Convention collective nationale du 14 mars 1947.

En cas de présence d'un mandataire social dans le collège assurable, les dispositions légales et réglementaires afférentes à leur statut doivent être respectées lors de la mise en place du régime.

Sont bénéficiaires du présent contrat l'ensemble de ces salariés cadres et non cadres, quelle que soit la nature de leur contrat de travail ou leur mandat, à l'exception de ceux dont le contrat de travail est suspendu, sauf en cas de congés payés, congés maladie et accident, congés maternité, paternité et d'adoption.

Commentaire [LR1]: Modification demandée par les PS le 11.10.2012 - OK

L'Entreprise Adhérente s'engage également à y affilier tous les Participants appartenant à l'une des catégories bénéficiaires ou à la catégorie bénéficiaire qu'elle embauchera postérieurement à son adhésion ainsi que tous ceux qui viendront à être promus dans l'une des catégories visées par le présent contrat postérieurement à ladite adhésion.

Seules les personnes assujetties au régime général de la Sécurité sociale française, y compris les dispositions spécifiques des départements de la Moselle (57), du Bas Rhin (67) et du Haut Rhin (68) ou au régime de la Mutualité Sociale Agricole, et dont le contrat de travail ou le mandat est en cours de validité lors de l'adhésion ou postérieurement à celle-ci, peuvent bénéficier des présentes dispositions.

ARTICLE 9 INFORMATIONS A FOURNIR PAR L'ENTREPRISE ADHERENTE

A/ Documents à fournir par l'Entreprise Adhérente à l'Institution

☐ Lors de l'adhésion

L'Entreprise postulante doit adresser à l'Institution :

- un bulletin d'adhésion au régime de prévoyance obligatoire conventionnel dûment signé par un représentant habilité ;
- un état du personnel, réparti entre catégories cadres et non cadres, affilié au régime général de la Sécurité sociale française y compris les dispositions spécifiques des départements de la Moselle (57), du Bas Rhin (67) et du Haut Rhin (68) ou au régime de la Mutualité Sociale Agricole, ainsi que les mandataires sociaux, indiquant le salaire annuel brut. Les rémunérations déclarées doivent être conformes à celles qui sont retenues chaque année par l'Entreprise pour le calcul de l'assiette des cotisations de Sécurité sociale ;
- un état des salariés en incapacité de travail et en invalidité (en précisant la catégorie d'invalidité ou le taux d'incapacité) et en indiquant pour chacun d'eux la date de l'arrêt de travail ou de classement en invalidité et s'il perçoit à ce titre des prestations relatives à un contrat de prévoyance complémentaire souscrit par l'Entreprise Adhérente ou par un précédent employeur. Cet état devra également indiquer si l'assureur précédent s'est engagé à revaloriser les prestations ainsi versées, et préciser les garanties décès qui sont maintenues pour les salariés concernés ;
- un état des salariés à temps partiel pour cause de maladie.

☐ En cours de contrat

L'Entreprise Adhérente s'engage à informer immédiatement l'Institution :

- de toute modification d'adresse, de raison sociale ou opération juridique (fusion, scission, location gérance...) ;
- de tout élément susceptible d'entraîner une modification de la nature ou de l'importance des garanties, notamment en cas de changement d'activité ou de dénonciation de l'application volontaire de la Convention collective nationale des Laboratoires de biologie médicale, plaçant l'Adhérente en dehors du champ d'application de ladite convention collective.

☐ Mouvements de personnel

L'Entreprise Adhérente doit informer au plus tôt et au moins trimestriellement l'Institution de tout mouvement de personnel en indiquant les noms, prénoms et numéros de Sécurité sociale des personnes concernées :

- dès leur entrée dans la catégorie assurée pour les nouveaux salariés en précisant le salaire brut annuel d'embauche ;
- dès tout changement de situation du personnel en précisant la date et le motif de ces changements de situation (maladie, retraite, licenciement, congé sans solde, ou tout autre motif de suspension du contrat de travail en indiquant sa cause...) ;
- dès que le salarié reprend son activité en précisant la date et le motif d'interruption (en arrêt de travail, en suspension du contrat de travail...).

Par ailleurs, l'Adhérente devra également informer l'Institution de tout changement de catégorie des salariés.

❑ Déclaration annuelle

A la fin de chaque année civile, l'Entreprise Adhérente transmet à l'Institution un état récapitulatif du personnel assuré, précisant les mouvements intervenus, leur date et leur motif, ainsi que le relevé des salaires retenus chaque année pour le calcul de l'assiette des cotisations de la Sécurité sociale.

B/ Documents à fournir par l'Entreprise Adhérente aux Participants

Conformément à l'article L.932-6 du Code de la Sécurité sociale, il appartient à l'Entreprise Adhérente de remettre à chaque Participant la notice d'information et de leur indiquer le cas échéant, les modifications apportées à leurs droits et obligations en cours de contrat.

La preuve de la remise aux Participants de la notice d'information et de la délivrance de l'information relative aux modifications contractuelles incombe à l'Entreprise Adhérente.

ARTICLE 10 DOCUMENTS A FOURNI R PAR L'INSTITUTION

L'Institution transmet à l'Adhérente :

- le certificat d'admission précisant la date d'effet de l'adhésion de l'entreprise, les garanties couvertes et les cotisations par catégorie de personnel ;
- les conditions du présent contrat d'assurance collective ;
- la notice d'information destinée au personnel détaillant les garanties de prévoyance et leurs modalités d'application, à charge pour l'Entreprise Adhérente de la remettre aux Participants comme stipulé à l'article précédent.

ARTICLE 11 ENTREE EN VI GUEUR DES GARANTIES

La date d'entrée en vigueur des garanties est indiquée au certificat d'admission.

L'ensemble des salariés bénéficie du régime dès le premier jour travaillé à l'exception des salariés dont le contrat de travail est suspendu (hors cas des congés payés, congés maladie, et de congés maternité, paternité et adoption).

Pour les salariés changeant de catégorie, les garanties prennent effet à compter du jour de leur entrée dans la catégorie assurée, si la déclaration en est faite à l'Institution dans les trois mois, sous réserve des conditions énoncées ci-dessus.

ARTICLE 12 REVI SION DES GARANTI ES OU DES COTI SATIONS

A/ Généralités

Les garanties et le taux de cotisation définis aux Dispositions Spécifiques sont établis en fonction de la législation et de la réglementation en vigueur au 1^{er} janvier 2013.

B/ Conditions de révision

Les conditions de garanties et les taux de cotisation du présent contrat peuvent être révisés :

- en cas de modifications de la législation,
- en fonction des résultats du régime,

et ce, en concertation avec les membres du Comité de Gestion tel que défini à l'article 5 du présent contrat et après changement au préalable de la Convention collective nationale.

Ces révisions feront l'objet de la conclusion et de la signature d'un avenant modificatif.

C/ I ncidences des révisions

En cas d'aménagement de la Convention collective nationale des Laboratoires de biologie médicale extra-hospitaliers, la modification des garanties ou du niveau des garanties ne vise que les sinistres dont la survenance est postérieure à la date d'effet de la modification du régime de prévoyance. Elle est donc sans effet sur les prestations en cours de service.

ARTICLE 13 REPRISE DU PASSIF

Dans le cas où un assureur couvre déjà les sinistres intervenus, selon les dispositions de la Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite « Loi Evin » complétée par la Loi du 17 juillet 2001 :

- cet organisme reste redevable des prestations dues ou en cours de service à leur niveau atteint à la date de résiliation du contrat d'assurance,
- le changement d'assureur est par principe sans effet sur la prise en charge par l'assureur résilié des prestations à naître, par exemple au titre du maintien de la garantie décès, lorsque le salarié perçoit ou ouvre droit à des prestations liées à une incapacité de travail ou une invalidité indemnisée par ce précédent organisme d'assurance.

Parallèlement, afin de permettre aux entreprises de se conformer aux dispositions de l'article L.912-3 du Code de la Sécurité sociale et de la Loi 94-678 du 8 août 1994, l'IPGM prend en charge, dans la mesure où la poursuite de la revalorisation n'est pas garantie par le précédent organisme assureur :

- la poursuite de la revalorisation des prestations en cours de service,
- la revalorisation des bases de calculs des prestations relatives à la couverture du risque décès.

Cette prise en charge intervient à la prise d'effet de l'adhésion de l'Entreprise au contrat de l'IPGM, sous réserve de lui présenter la liste détaillée des assurés concernés.

Par ailleurs, l'IPGM prendra en charge également l'intégralité des prestations en cours de service, au jour de l'adhésion de l'entreprise, à condition :

- que l'entreprise communique un état détaillé des bénéficiaires ;
- que le précédent organisme assureur lui transfère le montant des provisions correspondantes effectivement constituées à la date de résiliation du contrat de l'entreprise, en application de l'article 30-III et 31 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 ;
- et sous réserve que ledit montant soit conforme aux règles de provisionnement et donc accepté par l'IPGM.

Dans tous les cas, pour les entreprises qui vont rejoindre l'IPGM, l'indemnité de résiliation réclamée le cas échéant à l'entreprise par son ancien assureur, en application de l'article 31 de la Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite « Loi Evin » et des éventuelles évolutions qui seraient intervenues d'ici la date de principe d'adhésion obligatoire, sera financée par le régime de Branche.

Commentaire [LR2]: Rajout des PS
le 11.10.2012 - OK

TITRE III : SUSPENSION - RESILIATION DE L'ADHESION OU DU CONTRAT

ARTICLE 14 SUSPENSION ET CESSATION DES GARANTIES

A/ Conditions de suspension des garanties

Les garanties sont maintenues en cas de suspension du contrat de travail si le Participant bénéficie de la part de son employeur, de façon directe ou indirecte, d'un maintien de salaire.

Le Participant dont la suspension du contrat de travail a pour origine un arrêt de travail indemnisé par la Sécurité sociale (y compris les cas de congés de maternité, de paternité ou d'adoption faisant l'objet d'indemnités versées par la Sécurité sociale ou la caisse d'allocation familiale ou de maintien de salaire, par subrogation ou non, versé par l'employeur) bénéficie de ce maintien de garanties jusqu'à la date de reprise d'activité, sous réserve des dispositions indiquées au Titre IV.

A l'inverse, les garanties sont suspendues de plein droit lorsqu'aucune rémunération ou aucune indemnité journalière complémentaire financée au moins pour partie par l'Entreprise Adhérente n'est versée pour les Participants qui sont, par exemple, dans les cas suivants :

- congé sabbatique visé aux articles L.3142-91 et suivants du Code du Travail,
- congé parental d'éducation visé aux articles L.1225-47 et suivants du Code du Travail,
- congé pour création d'entreprise visé aux articles L.3142-78 et suivants du Code du Travail,

- ou pour tout autre motif de suspension du contrat de travail non rémunéré ou indemnisé.

La suspension des garanties intervient à la date de la cessation effective du travail dans l'Entreprise. Elle s'achève dès la reprise effective du travail par l'intéressé au sein de l'effectif assuré, sous réserve que l'Institution en soit informée dans un délai de trois mois suivant la reprise.

Un maintien des garanties décès pour les Participants dont le contrat de travail est suspendu et non rémunéré peut être proposé, à titre onéreux, sur demande expresse de l'Entreprise auprès de l'IPGM.

B/ Conditions de cessation des garanties

Les garanties cessent :

- en cas de cessation d'appartenance du Participant à la catégorie assurée,
- en cas de radiation du Participant des effectifs de l'Adhérente ou de rupture du contrat de travail du Participant quelle qu'en soit la cause, sauf si celle-ci intervient dans un cadre permettant de bénéficier du maintien des garanties, tel que défini au titre IV,
- en cas de décès du Participant,
- en cas de résiliation de l'adhésion de l'Entreprise, notamment suite :
 - au changement d'activité plaçant l'Adhérente en dehors du champ d'application de la Convention collective nationale des Laboratoires de biologie médicale extra-hospitaliers (IDCC N°959),
 - à la disparition de l'Adhérente, sans reprise de fonds par cessation d'activité ou liquidation judiciaire sauf si la clause de maintien des garanties, tel que défini au Titre IV, joue,
- en cas de résiliation du présent contrat (prise d'effet de la dénonciation de l'accord de Branche, du non renouvellement de la désignation de l'IPGM) sauf dispositions particulières indiquées à l'article 15.

ARTICLE 15 RESILIATION DU CONTRAT ET CHANGEMENT D'ORGANISME ASSUREUR

A/ Changement d'organisme assureur désigné

En cas de changement d'organisme assureur désigné, décidé par les partenaires sociaux, les rentes en cours de service à la date de changement d'organisme assureur seront prises en charge par l'organisme résilié au niveau atteint à cette même date.

Le nouvel assureur désigné aura à sa charge la revalorisation de ces rentes prévues contractuellement à compter de la date de reprise du risque.

Les garanties Décès seront également maintenues au profit des bénéficiaires de rentes d'incapacité de travail ou d'invalidité lors de la résiliation du contrat d'assurance au niveau atteint, étant précisé que la revalorisation des bases de calcul des prestations décès devra être prise en charge par le nouvel organisme assureur.

Par ailleurs, les anciens salariés bénéficiaires du dispositif de portabilité sont affiliés dans les mêmes conditions que les salariés en activité auprès du nouvel assureur, étant précisés que les prestations en cours sont maintenues par le précédent organisme assureur par application des articles 7 et 7-1 de la loi Evin.

B/ Absence d'organisme assureur désigné

En cas de résiliation du présent contrat et des adhésions, sans que les partenaires sociaux ne désignent de nouvel organisme assureur, l'Institution maintient, conformément aux dispositions de la loi N°89-1009 du 31 décembre 1989 dite « Loi Evin » :

- les prestations en cours de service, immédiates ou différées, acquises ou nées durant l'exécution du présent contrat, à leur niveau atteint à cette date,
- les risques Décès et annexes ;

pour les Participants bénéficiant, à la date d'effet de la dénonciation, de prestations «en espèces» au titre de l'incapacité de travail ou de l'invalidité, ou de rentes accident de travail ou maladie professionnelle et ce, tant qu'ils perçoivent des prestations de la Sécurité sociale.

Ce maintien des garanties cesse pour chacun des Participants dans les conditions du Titre IV du présent contrat au plus tard, à la date de liquidation de la retraite de base ou à la transformation de la pension d'invalidité ou de la rente incapacité permanente en pension vieillesse par la Sécurité Sociale.

La revalorisation des prestations de rente servies dans le cadre du présent contrat et la revalorisation du traitement servant de base au calcul des garanties « décès » maintenues aux personnes en arrêt de travail dans les conditions de l'article 20 cessent à la date d'effet de la résiliation du présent contrat.

Commentaire [LR3]: Rajout PS du
11.10.2012 -ok

TITRE IV : MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS D'ARRET DE TRAVAIL, DE RUPTURE OU CESSATION DU CONTRAT DE TRAVAIL

ARTICLE 16 MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS D'ARRET DE TRAVAIL

A/ Conditions du maintien

Le Participant en arrêt de travail continue à bénéficier de l'ensemble des garanties du présent contrat tant que celui-ci est en vigueur et que l'entreprise est Adhérente.

Cette disposition s'applique tant que le Participant, lié à l'Entreprise Adhérente par un contrat de travail ou un mandat, est en arrêt de travail ou est titulaire d'une pension d'invalidité ou d'une rente "accident du travail" ou "maladie professionnelle" avec un taux de rente d'au moins 20 %.

B/ Cessation du maintien

Le maintien des garanties cesse :

- lorsque le Participant ne perçoit plus de la Sécurité sociale de prestations "en espèces" au titre de l'Incapacité de travail, de l'Invalidité ou de la Maternité ayant entraîné le maintien de garantie,
- à la date d'effet de la liquidation de la retraite du régime général de la Sécurité sociale ou à la date de transformation de la pension d'invalidité en pension vieillesse par la Sécurité sociale,
- à la reprise totale d'activité,
- en cas de résiliation du présent contrat, sous réserve des dispositions particulières indiquées à l'article 15.

ARTICLE 17 EN CAS DE RUPTURE OU DE CESSATION DU CONTRAT DE TRAVAIL – PORTABILITE DES GARANTIES

A/ Généralités

Le présent contrat est conforme aux dispositions de :

- l'article 14 de l'Accord National Interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2008 et de son avenant N°3 du 18 mai 2009, étendu le 15 octobre 2009 ;
- l'avenant "portabilité" du 02 décembre 2010 à la Convention collective nationale des Laboratoires de biologie médicale.

Ainsi, en cas de rupture ou de cessation du contrat de travail non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge de l'assurance chômage, l'ex-salarié conserve le bénéfice de l'ensemble des garanties des couvertures complémentaires appliquées dans son ancienne entreprise, pendant sa période de chômage et pour une durée égale à celle de son dernier contrat de travail, appréciée par mois entiers, dans la limite de 9 mois de couverture.

Le bénéfice du maintien de ces garanties est subordonné à la condition que les droits à couverture complémentaire aient été ouverts chez le dernier employeur. Un salarié ayant travaillé moins d'un mois dans l'entreprise ne bénéficie pas de ce maintien.

B/ Mise en œuvre et déroulement de la portabilité

L'employeur doit informer le salarié dont le contrat de travail est rompu, dans les conditions rappelées ci-dessus, du dispositif de maintien des garanties dont il bénéficiait en tant que salarié.

L'ex-salarié doit fournir à l'ancien employeur la justification de sa prise en charge par l'assurance chômage et l'informer de la cessation du versement des allocations du régime d'assurance chômage lorsque celle-ci intervient au cours de la période de maintien prévue ci-dessus.

Le maintien des garanties cesse à :

- la date de cessation du versement des allocations payées par le régime d'assurance chômage lorsque celle-ci intervient au cours de la période de maintien prévue ci-dessus ;
- la date de reprise d'une activité professionnelle par le bénéficiaire,
- la date d'effet de la retraite Sécurité sociale ;
- l'issue de la durée de maintien à laquelle le bénéficiaire a droit et ce dans la limite de 9 mois,
- la date de résiliation du présent contrat ou de l'adhésion de l'entreprise.

La suspension des allocations chômage, pour cause de maladie ou pour tout autre motif, n'a pas d'incidence sur le calcul de la durée du maintien des garanties, qui ne sera pas prolongée d'autant.

La personne reste couverte au titre de l'ensemble des garanties appliquées dans son ancienne entreprise pour tout sinistre survenu pendant la période de portabilité des garanties, et ce même si le sinistre se poursuit au-delà de ladite période.

Le salarié a la possibilité de renoncer au maintien de ces garanties. Dans ce cas, il doit le notifier par écrit à l'ancien employeur dans les dix jours suivant la date de cessation du contrat de travail.

En cas d'acceptation du salarié ou à défaut de renonciation expresse dans les délais susvisés, le dispositif de portabilité entre en application à la date de cessation du contrat de travail.

C/ Traitement de base du maintien des garanties prévoyance

Le traitement de base servant au calcul des prestations des sinistres survenus pendant la période de portabilité des garanties prévoyance est égal au total des rémunérations brutes (y compris primes et gratifications) perçues au cours des 12 mois civils d'activité ou reconstitués précédant la date de cessation d'activité, à l'exclusion des sommes liées à la rupture ou à la fin du contrat de travail (indemnité de licenciement, de rupture conventionnelle, de fin de contrat...).

Au titre de la garantie incapacité temporaire de travail, la franchise et le niveau des prestations allouées à l'ancien salarié précisées à l'article 29 seront déterminés en considérant les droits de l'assuré comme s'il avait été en activité à la date de l'arrêt.

Par ailleurs, il est précisé que les prestations servies au titre de la garantie Incapacité de travail temporaire ne peuvent conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période.

D/ Financement de la portabilité

Le maintien des garanties au titre de la portabilité est financé par un système de mutualisation intégré à la cotisation du régime de prévoyance obligatoire conventionnel des salariés en activité (part patronale et part salariale), telle que décrite aux Dispositions Spécifiques.

En cas de modifications des dispositions de l'Accord National Interprofessionnel susvisé, une révision des conditions de cette garantie et du montant de la cotisation pourra être effectuée, et ce, dès la date d'entrée en vigueur de ces modifications.

En cas de changement d'organisme assureur, les anciens salariés bénéficiaires du dispositif de portabilité sont affiliés dans les mêmes conditions que les salariés en activité auprès du nouvel assureur, étant précisé que les prestations en cours sont maintenues par le précédent organisme assureur par application de l'article 7 et 7-1 de la loi Evin.

TITRE V : BASE DE CALCUL DES COTISATIONS ET DES PRESTATIONS

ARTICLE 18 ASSIETTE DES COTISATIONS

A/ Principes de base

Les garanties sont assurées par l'Institution en contrepartie du paiement d'une cotisation assise sur la rémunération annuelle brute de chaque Participant, telle qu'elle est retenue pour le calcul de l'assiette des cotisations de la Sécurité sociale.

Cette rémunération est limitée à une ou plusieurs des tranches suivantes :

- Tranche A

Fraction de la rémunération limitée au montant du salaire plafond annuel de la Sécurité sociale.

- Tranche B

Fraction de la rémunération supérieure au montant du salaire plafond annuel de la Sécurité sociale et inférieure ou égale à quatre fois ce même plafond.

Les tranches soumises à cotisation et les taux de cotisation applicables à l'assiette ainsi définie sont indiqués dans les Dispositions Spécifiques au Titre II.

La cotisation est calculée en fonction de la date d'entrée et de sortie de chaque Participant dans l'Entreprise Adhérente ou la catégorie assurée.

B/ Particularités

- Salariés à temps partiel

Pour chaque Participant exerçant une activité à temps partiel, les plafonds des tranches de traitement annuel de base définies ci-dessus, sont réduits au prorata du temps de présence des intéressés. Cette disposition n'est pas applicable aux salariés exerçant une activité à temps partiel pour raisons médicales ("mi-temps thérapeutiques").

- Salariés à employeurs multiples

Pour chaque Participant exerçant une activité salariée dans plusieurs entreprises, les plafonds des tranches de traitement annuel de base définies ci-dessus, sont réduits au prorata de la durée du temps de travail, comme pour les salariés à temps partiel.

ARTICLE 19 PAIEMENT DES COTISATIONS

A/ Généralités

L'Entreprise Adhérente est seule responsable du paiement de la totalité des cotisations, y compris les parts salariales précomptées sur le salaire du Participant.

Les cotisations sont portables et payables à l'Institution.

B/ Modalités de paiement

La cotisation est annuelle et son paiement est fractionné trimestriellement à terme échu. La date d'exigibilité est fixée au premier jour du trimestre civil suivant la période couverte.

Le paiement doit être effectué dans les trente jours suivant cette date. En cas de non-paiement des cotisations, l'Institution pourra engager toutes les procédures nécessaires pour obtenir le paiement des cotisations dues, les frais de procédure étant à la charge de l'Entreprise adhérente.

Un ajustement des cotisations est effectué en fin d'exercice civil afin de tenir compte de la situation exacte de chaque Participant dans l'Entreprise Adhérente. Cet ajustement donne lieu, soit à remboursement du trop-perçu de cotisations par l'Institution, soit à paiement d'un complément par l'Entreprise Adhérente.

C/ Exonération de cotisation

En cas d'incapacité de travail ou d'invalidité d'un Participant, donnant lieu au paiement de prestations en « espèces » de la Sécurité sociale, l'Entreprise Adhérente est exonérée du paiement de la totalité des cotisations afférentes à ces garanties.

L'exonération du paiement des cotisations est acquise dès que le Participant se trouve dans les conditions requises pour le service des prestations précitées et à compter de l'expiration du délai de franchise des garanties Incapacité de travail et Invalidité.

L'exonération cesse :

- Lorsque le Participant ne perçoit plus de la Sécurité sociale de prestations « en espèce » au titre de l'Incapacité de travail ou de l'Invalidité ayant entraîné le maintien de garantie ;
- à la date d'effet de la retraite du régime général de la Sécurité sociale ou à la date de transformation de la pension d'invalidité en pension vieillesse par la Sécurité sociale ;
- à la reprise totale d'activité.

L'exonération de cotisation s'applique également au Participant dont le contrat de travail est suspendu pour congés de maternité ou de paternité ou d'adoption et ce, pendant toute la durée légale dudit congé.

D/ Défaut de paiement des cotisations par l'Adhérente

Conformément à l'article L.932-9 du Code de la Sécurité sociale, à défaut de paiement des cotisations par l'Entreprise Adhérente dans le mois suivant l'échéance, une lettre de mise en demeure de paiement lui est adressée.

En cas de non-paiement dans les 40 jours suivant l'envoi de cette lettre, l'Institution entamera une procédure contentieuse pour le recouvrement des cotisations dues.

ARTICLE 20 TRAITEMENT ANNUEL DE BASE DES PRESTATIONS PREVOYANCE

A/ Définition

Le traitement annuel de base servant au calcul des prestations de prévoyance est égal à la rémunération brute globale (y compris les primes, gratifications et rappels) perçue par le Participant au cours des douze derniers mois civils ayant précédé le décès ou l'arrêt de travail. Cette rémunération est celle qui a servi d'assiette pour le calcul des cotisations de la Sécurité sociale.

Le traitement annuel de base est reconstitué à partir des salaires correspondant aux mois civils de présence dans l'Entreprise Adhérente lorsque le salaire a été réduit ou supprimé au cours de la période de référence, en cas d'arrêt de travail pour maladie ou accident.

Les salaires considérés pour la détermination du traitement annuel de base sont ceux déclarés par l'Adhérente à l'Institution. En conséquence, ne seront notamment pas prises en considération les rectifications de déclarations de salaire ou les déclarations de gratifications, primes ou rappels, faites postérieurement à la survenance du sinistre. En tout état de cause, le traitement annuel pris en compte pour le calcul des prestations ne peut excéder quatre fois le montant du salaire plafond annuel de la Sécurité sociale.

Pour les Participants ayant moins de 12 mois complets d'assurance, le traitement annuel de base est calculé comme 12 fois le salaire brut mensuel d'embauche déclaré par l'Entreprise Adhérente pour le Participant. A ce traitement, s'ajoute l'ensemble des gratifications, primes et rappels effectivement perçus.

B/ Revalorisation

Chaque année, en fonction des résultats du régime, le Conseil d'Administration de l'Institution décide sur proposition du Comité de gestion, de procéder éventuellement à une revalorisation des prestations en cours et en fixe la date d'application.

Le taux de revalorisation, ainsi déterminé, s'applique aux prestations servies dans le cadre du présent contrat y compris, au traitement servant de base au calcul des garanties « décès » maintenues pour les personnes en arrêt de travail.

Les prestations servies au titre des risques Incapacité de travail et Invalidité sont revalorisables dans l'année suivant le 6ème mois de l'arrêt continu de travail.

TITRE VI : RISQUES EXCLUS – NULLITE – PRESCRIPTION

ARTICLE 21 RISQUES EXCLUS

A/ Risque Décès de base.

Le risque décès est couvert quels que soient la cause (maladie ou accident) et le lieu où ils se produisent, sous réserve des dispositions suivantes :

- Risque atomique

Les garanties ne sont pas accordées pour les sinistres provenant directement ou indirectement de la désintégration du noyau atomique.

En cas de guerre, la couverture ne pourra être accordée que dans les conditions déterminées par la législation française sur les assurances sur la vie en temps de guerre.

B/ Risques Décès accidentel (DCA) - Invalidité absolue et définitive (IAD) - Incapacité de travail – Invalidité - Maternité

Les garanties ci-dessus prévues au présent contrat ne sont pas couvertes si la réalisation du risque résulte :

- ❖ du fait volontaire ou intentionnel du bénéficiaire ou du Participant ;
- ❖ des risques aériens :
 - vols effectués à bord d'un appareil non muni d'un certificat valable de navigabilité ou piloté par une personne non pourvue d'un brevet de pilote valable pour l'appareil utilisé,
 - pratique du parachutisme ou du parachutisme ascensionnel ou du parapente, pilotage d'un appareil "Ultra Léger Motorisé" (ULM) et de tout appareil non homologué ;
- ❖ de la pratique de sports qui ne disposent pas d'une fédération sportive et donc ne sont pas reconnus par le Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports ;
- ❖ de la pratique d'un sport à titre professionnel ;
- ❖ de la participation à des compétitions, démonstrations, acrobaties ou tentatives de records pratiquées avec des engins à moteur ;
- ❖ de guerre civile ou étrangère, d'émeute, de rixe, d'acte 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, à charge pour le bénéficiaire d'en apporter la preuve ;
- ❖ pour le conducteur, d'un accident de la circulation avec constatation d'un taux d'alcoolémie égal ou supérieur au taux légal précisé par le Code de la route ;
- ❖ de l'usage de stupéfiants ou substances médicamenteuses, en dehors des limites de prescriptions médicales ;
- ❖ directement ou indirectement de la désintégration du noyau atomique.

ARTICLE 22 DECHEANCE

Le bénéficiaire de la garantie décès qui a été condamné pour avoir donné volontairement la mort au Participant est déchu du bénéfice des garanties, celles-ci produisant leurs effets au profit des autres bénéficiaires.

ARTICLE 23 FAUSSE DECLARATION

Les garanties sont annulées en cas de fausse déclaration intentionnelle ou de réticence, conformément aux dispositions de l'article L.932-7 du Code de la Sécurité sociale.

Dans ce cas, les cotisations payées demeurent acquises à l'Institution.

ARTICLE 24 PRESCRIPTION

Conformément à l'article L.932-13 du Code de la Sécurité sociale, toutes actions susceptibles d'être intentées par l'Entreprise, le Participant, ses ayants droit ou l'Institution sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois ce délai ne court :

1. en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Institution en a eu connaissance ;
2. 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.

La prescription est portée à :

- ❖ cinq ans pour les prestations relatives au risque incapacité de travail ;
- ❖ dix ans pour les prestations relatives au risque décès.

TITRE VII : RISQUES DECES ET INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE

ARTICLE 25 DEFINITION DE LA SITUATION FAMILIALE

Pour la détermination de la situation familiale du Participant prise en compte pour la mise en oeuvre des garanties, l'Institution prend en considération les personnes suivantes :

Conjoint marié ou pacsé

Par conjoint on entend la personne mariée au Participant ou liée au Participant par un Pacte Civil de Solidarité (PACS).

Personnes à charge

- ❖ Les enfants du Participant :
 - de moins de 16 ans,
 - de moins de 25 ans placés en apprentissage,
 - de 16 à 27 ans poursuivant des études et, s'ils ont plus de 22 ans, régulièrement inscrits au régime de la Sécurité sociale des étudiants,
 - qui sont, par suite d'infirmité ou de maladie chronique, dans l'impossibilité permanente, reconnue par la Sécurité sociale, de se livrer à un travail salarié.
- ❖ Les ascendants à charge au sens fiscal.

La situation de famille prise en considération par l'Institution est obligatoirement celle, dûment justifiée, du Participant à la date du sinistre, en dehors de la naissance intervenue dans le délai de 300 jours après le décès.

ARTICLE 26 GARANTIE DECES DE BASE

A/ Définition

En cas de décès du Participant quelle qu'en soit la cause et sauf les événements exclus tels que prévus à l'article 21, un capital décès est versé aux bénéficiaires désignés ci-après.

B/ Montant

Le montant du capital garanti indiqué au Titre II des Dispositions Spécifiques est calculé en pourcentage du traitement annuel de base prévu à l'article 20 et en fonction de la situation familiale du Participant telle que décrit à l'article 25.

Les majorations du capital résultant de la situation de famille du Participant sont versées aux personnes en considération desquelles elles sont prévues (conjoint, enfants ou ascendants à

charge tels que définis à l'article 25), ou à leur tuteur légal notamment pour les enfants de moins de 18 ans.

Si les bénéficiaires du capital ne sont pas le conjoint, les enfants ou ascendants à charge tels que définis à l'article 25, les majorations du capital résultant de la situation de famille ne sont pas versées.

C/ Bénéficiaires

Lors de son affiliation et pendant toute la durée de celle-ci, le Participant a la possibilité de désigner le ou les bénéficiaires du capital à verser au titre du présent contrat, s'il vient à décéder.

Cette désignation particulière peut être effectuée sur le formulaire spécifique de l'Institution intitulé « Bulletin de désignation du Bénéficiaire de l'assurance Décès ».

La désignation peut également être effectuée par acte sous seing privé ou par acte authentique mentionnant de façon expresse le capital décès. Lorsque le bénéficiaire est nommé désigné, le Participant peut préciser les coordonnées de celui-ci, qui seront utilisées par l'Institution en cas de décès du Participant.

Le Participant peut modifier sa clause de désignation lorsqu'elle n'est plus appropriée, sous réserve des dispositions ci-dessous énoncées.

Le bénéficiaire peut accepter le bénéfice de l'adhésion à tout moment, il devient alors bénéficiaire acceptant. L'acceptation peut également prendre la forme d'un acte authentique ou sous seing privé signé du Participant et du bénéficiaire. Elle n'aura toutefois d'effet à l'égard de l'Institution que lorsqu'elle aura été notifiée par écrit à celle-ci. Cette acceptation rend la désignation du bénéficiaire irrévocable.

Ainsi la modification de la clause bénéficiaire ne sera possible qu'avec son accord écrit, sauf cas particuliers prévus par le Code de la Sécurité sociale, le Code des assurances et le Code civil.

Le bénéficiaire acceptant pourra être révoqué en cas de survenance du premier ou d'un nouvel enfant du Participant, si la clause bénéficiaire rédigée par le Participant l'indique formellement.

Sauf désignation particulière expresse dûment notifiée par le Participant à l'Institution, le capital est versé selon l'ordre de priorité ci-après :

- au conjoint marié ou partenaire de PACS ;
- à défaut, aux enfants du Participant vivants ou représentés, par parts égales entre eux ;
- à défaut, aux ascendants du Participant, par parts égales entre eux ;
- à défaut, aux bénéficiaires déterminés par l'ordre de dévolution successorale, par parts égales entre eux.

Dans l'hypothèse où le(s) bénéficiaire(s) désigné(s) décède(nt) avant le Participant, le capital sera attribué dans l'ordre défini ci-dessus en l'absence de désignation.

D/ Règlement

Le paiement des sommes dues est indivisible à l'égard de l'Institution qui règle sur quittance conjointe aux bénéficiaires, après justification de leur qualité de bénéficiaires et transmission de l'ensemble des pièces justificatives.

E/ Conséquences sur les autres garanties

Le décès met fin à l'ensemble des garanties dont bénéficiait le Participant.

ARTICLE 27 GARANTIE EN CAS D'INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE

A/ Définition

La garantie a pour objet le paiement anticipé du capital décès de base au Participant en état d'Invalidité Absolue et Définitive (IAD).

L'Invalidité Absolue et Définitive est celle qui met le Participant définitivement dans l'incapacité de se livrer à un travail rémunéré lui donnant gain ou profit, et dans l'obligation d'avoir recours à une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie courante.

Il doit être classé dans la troisième catégorie des invalides telle que définie par l'article L.341-4 du Code de la Sécurité sociale et bénéficier de l'allocation correspondante de la Sécurité sociale ou

percevoir une rente au titre des accidents du travail ou maladies professionnelles au taux de 100%.

B/ Montant

Le montant du capital Invalidité Absolue et Définitive est identique à celui versé en cas de décès de base, indiqué au Titre II des Dispositions Spécifiques.

C/ Déclaration du sinistre

La déclaration de l'invalidité doit être faite à l'Institution au plus tard dans les six mois suivant la notification de la Sécurité sociale, sauf cas de force majeure.

D/ Contrôle médical

L'Institution se réserve le droit de faire examiner à ses frais le Participant invalide par un médecin qu'elle mandate à cet effet.

En cas de désaccord entre le médecin du Participant et le médecin de l'Institution, les parties en présence désigneront d'un commun accord, dans un délai d'un mois, un troisième médecin pour les départager. Les honoraires du troisième médecin sont pris en charge par moitié par chacune des parties. A défaut d'entente, la désignation en sera faite à la requête de la partie la plus diligente, par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile du Participant.

Si le participant refuse de se soumettre à cet examen, l'Institution se réserve le droit de suspendre le paiement du capital. De même, si l'état d'invalidité du Participant n'est pas confirmé, l'Institution ne versera pas la prestation.

E/ Règlement

Le capital est versé en une seule fois au Participant ou au tuteur légal désigné.

F/ Conséquence sur les autres garanties

Le paiement du capital Invalidité Absolue et Définitive entraîne la cessation immédiate des garanties Décès dont bénéficiait le Participant. En particulier, le décès du Participant n'entraîne pas le paiement d'un nouveau capital.

ARTICLE 28 GARANTIE DECES ACCIDENTEL

A/ Définition

Un capital supplémentaire est payé aux bénéficiaires, en cas de décès du Participant résultant d'un accident.

On entend par accident toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part du Participant, ou du bénéficiaire du capital garanti, provenant exclusivement de l'action soudaine d'une cause extérieure, à l'exclusion de toute maladie, même si elle se manifeste sous une apparence accidentelle (notamment affection cardio-vasculaire, rupture d'anévrisme, attaque cérébrale, etc.)

Le capital est dû si le décès intervient dans les douze mois suivant l'accident et provient exclusivement de celui-ci. La preuve que le décès est bien la conséquence de l'accident est à la charge des bénéficiaires qui ne pourront, sous peine de déchéance, s'opposer à un examen requis éventuellement par l'Institution.

B/ Montant

Le montant du capital est identique à celui versé en cas de décès de base, indiqué au Titre II des Dispositions Spécifiques.

C/ Règlement

Il est réglé dans les mêmes conditions que le capital versé au titre de la garantie décès de base.

TITRE VIII : RISQUES INCAPACITE DE TRAVAIL, INVALIDITE ET MATERNITE

ARTICLE 29 GARANTIE INCAPACITE DE TRAVAIL

A/ Définition

La garantie a pour objet le paiement d'indemnités journalières complémentaires à celles de la Sécurité sociale, en cas d'arrêt total temporaire de travail du Participant par suite de maladie ou d'accident et qui bénéficie des prestations en espèces prévues soit à l'article L.321-1 du Code de la Sécurité sociale (maladie et accident de droit commun), soit à l'article L.433-1 du Code de la Sécurité sociale (maladie professionnelle et accident du travail).

B/ Montant

Le montant des indemnités journalières complémentaires est indiqué au Titre II des Dispositions Spécifiques. Il est exprimé en pourcentage du traitement de base.

Le traitement de base journalier est obtenu en divisant par 365 le traitement annuel de base des prestations.

C/ Franchise

Les indemnités journalières sont versées à l'expiration d'un délai de franchise indiqué au Titre II des Dispositions Spécifiques.

Cette franchise court pendant la période continue d'arrêt total de travail et débute au premier jour de cette période.

En cas d'arrêt de travail suite à un accident de travail ou à une maladie professionnelle, les prestations sont versées à compter du 1^{er} jour d'arrêt de travail.

D/ Reprise partielle d'activité

En cas de reprise du travail à temps partiel, et à condition que la Sécurité sociale maintienne de ce fait une partie de ses prestations « espèces », les indemnités journalières versées par l'Institution sont réduites dans les mêmes proportions.

E/ Rechute

Il est précisé que pour le Participant qui a commencé à bénéficier du paiement des indemnités journalières, une reprise du travail inférieure à deux mois n'entraîne qu'une suspension du paiement, sans application d'un nouveau délai de franchise, pour autant que le nouvel arrêt résulte de la même affection ou du même accident, et que le Participant en apporte la preuve par un certificat médical.

F/ Durée du paiement

Les prestations sont servies tant que le Participant bénéficie de prestations « en espèces » de la Sécurité sociale au titre de l'assurance maladie, accident du travail, maladie de longue durée ou maladie professionnelle et cessent au plus tard :

- au 1095^{ème} jour d'arrêt de travail ;
- à la date d'attribution d'une pension d'invalidité par la Sécurité sociale ;
- à la date d'effet de la retraite de la Sécurité sociale ;
- à la date de reprise totale du travail ;
- en cas de décès, au jour du décès ;
- en cas de contrôle médical concluant à un arrêt de travail non justifié.

G/ Déclaration du sinistre

La déclaration de l'état d'incapacité temporaire totale de travail doit être faite à l'Institution par l'Adhérente ou à défaut par le Participant dans les six mois au plus tard qui suivent la date d'arrêt de travail.

En cas de déclaration tardive, le point de départ de l'arrêt de travail retenu pour l'application de la garantie sera la date de réception de la déclaration par l'Institution ; le délai de franchise retenu commence à courir à compter de cette date.

H/ Règlement

Les indemnités journalières sont réglées à l'Entreprise Adhérente tant que le contrat de travail du Participant n'est pas rompu, à charge pour elle de les reverser, nettes de cotisations salariales, au salarié.

Après rupture du contrat de travail ou du mandat, elles sont versées directement au Participant.

I / Plafonnement

En tout état de cause, le total des sommes perçues par le Participant au titre des prestations « en espèces » de la Sécurité sociale, du maintien de salaire par son employeur et de tous autres revenus salariaux (y compris au titre d'une reprise d'activité à temps partiel), du présent régime de prévoyance et de tout autre contrat de prévoyance, et des sommes versées au titre de la législation sur le chômage, ne peut être supérieur au salaire net d'activité qu'aurait perçu le Participant s'il avait continué à travailler à temps complet pendant la période d'arrêt de travail.

J/ Contrôle médical

L'Institution se réserve le droit de faire examiner à ses frais le Participant en arrêt de travail par un médecin qu'elle mandate à cet effet.

En cas de désaccord entre le médecin du Participant et celui de l'Institution, les parties en présence désigneront d'un commun accord, dans le délai d'un mois, un troisième médecin pour les départager. Les honoraires du troisième médecin sont pris en charge par moitié par chacune des parties. A défaut d'entente, la désignation en sera faite à la requête de la partie la plus diligente, par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile du Participant.

Si le Participant refuse de se soumettre à cet examen, l'Institution se réserve le droit de suspendre le paiement de la prestation.

De même, si l'arrêt de travail n'est pas justifié, l'Institution cessera le service des prestations et cela même en cas d'indemnisation par la Sécurité sociale.

K/ Revalorisation des prestations

Les prestations sont revalorisables conformément aux dispositions de l'article 20/B.

ARTICLE 30 GARANTIE INVALIDITE

A/ Définition

Cette garantie a pour objet le paiement d'une rente, lorsque le Participant perçoit de la Sécurité sociale un pension d'invalidité de 1^{ère}, 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie prévue par l'article L.341-4 du Code de la Sécurité sociale, ou une rente d'accident du travail ou de maladie professionnelle indemnisée au titre du Livre IV du Code de la Sécurité sociale avec un taux d'incapacité permanente au moins égal à 40 % correspondant à une rente servie par la Sécurité sociale calculée au taux de 20 %.

B/ Montant

Le montant de la rente d'invalidité est indiqué au Titre II des Dispositions Spécifiques.

Il est exprimé en pourcentage du traitement de base et varie en fonction du degré d'invalidité.

Dans les cas où le Participant est classé dans la 1^{ère} catégorie d'invalidité de la Sécurité sociale, la rente versée est celle qui est prévue pour les assurés en 2^{ème} et 3^{ème} catégorie, cependant son montant est réduit d'un quart.

En cas d'invalidité résultant d'un accident du travail, d'un accident du trajet ou d'une maladie professionnelle, dans le cadre de l'activité de l'Entreprise Adhérente, si le taux d'incapacité permanente déterminé par la Sécurité sociale est :

- inférieur à 40 %, aucune rente n'est versée ;
- égal ou supérieur à 40 % et inférieur à 67 %, le montant de la rente est identique à celui versé aux invalides de 1^{ère} catégorie ;
- égal ou supérieur à 67 %, le montant de la rente est identique à celui versé aux invalides de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie.

Le traitement de base journalier est obtenu en divisant par 365 le traitement annuel de base des prestations.

C/ Franchise

Une franchise est appliquée dans les conditions stipulées à l'article 29/C, lorsque l'invalidité ne fait pas suite à un état d'incapacité de travail indemnisé au titre du présent contrat.

En cas d'invalidité permanente suite à un accident de travail ou à une maladie professionnelle, les prestations sont versées à compter du 1^{er} jour d'arrêt de travail.

D/ Durée du paiement

La rente d'invalidité est servie dès la notification de l'état d'invalidité par la Sécurité sociale et au plus tôt à l'expiration du délai de franchise prévu à la garantie incapacité de travail, pendant toute la durée de l'invalidité du Participant.

Elle cesse au plus tard :

- lorsque le Participant n'est plus reconnu invalide par la Sécurité sociale ou ne perçoit plus de rente d'accident du travail ou de maladie professionnelle de la Sécurité sociale ;
- à la date de transformation de la pension invalidité de la Sécurité sociale en pension vieillesse, lorsque le Participant n'est plus reconnu invalide par la Sécurité sociale ;
- en tout état de cause à la date d'effet de la retraite de la Sécurité sociale, lorsque le Participant perçoit une rente d'incapacité permanente d'accident du travail ou de maladie professionnelle de la Sécurité sociale ;
- en cas de décès, au jour du décès ;
- en cas de contrôle médical ne confirmant pas l'état d'invalidité.

E/ Déclaration du sinistre

La déclaration de l'état d'invalidité doit être faite à l'Institution par l'Entreprise Adhérente ou à défaut par le Participant dans les six mois qui suivent la date du début de cet état d'invalidité.

En cas de déclaration tardive, le point de départ de l'arrêt de travail retenu pour l'application de la garantie sera la date de réception de la déclaration par l'Institution ; le délai de franchise retenu commence à courir à compter de cette date.

F/ Règlement

La rente d'invalidité est réglée chaque mois, à terme échu, à l'Entreprise ou éventuellement directement au Participant en cas de rupture du contrat de travail ou du mandat.

G/ Contrôle médical

L'Institution se réserve le droit de contester la mise en invalidité du Participant. Il peut faire examiner à ses frais, le Participant en invalidité par un médecin, qu'elle mandate à cet effet.

En cas de désaccord entre le médecin du Participant et celui de l'Institution, les parties en présence désigneront d'un commun accord, dans le délai d'un mois un troisième médecin pour les départager. Les honoraires du troisième médecin sont pris en charge par moitié par chacune des parties. A défaut d'entente, la désignation en sera faite à la requête de la partie la plus diligente, par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile du Participant.

Si le Participant refuse de se soumettre à cet examen, l'Institution se réserve le droit de suspendre le paiement de la rente. De même si l'état d'invalidité n'est pas confirmé, l'Institution cessera le versement de la prestation.

H/ Plafonnement

En tout état de cause, le total des sommes perçues par le Participant au titre des prestations « en espèces » de la Sécurité sociale, du maintien de salaire par son employeur et de tous autres revenus salariaux (y compris au titre d'une reprise d'activité à temps partiel), du présent régime de prévoyance et de tout autre contrat de prévoyance, et des sommes versées au titre de la législation sur le chômage, ne peut être supérieur au salaire net d'activité qu'aurait perçu le Participant s'il avait continué à travailler à temps complet pendant la période d'arrêt de travail.

I / Revalorisation

Les prestations sont revalorisables conformément aux dispositions de l'article 20/B.

ARTICLE 31 GARANTIE MATERNITE

A/ Définition

La garantie a pour objet le paiement d'indemnités journalières complémentaires à celles de la Sécurité sociale, en cas d'arrêt total temporaire de travail du Participant par suite de maternité et qui bénéficie des prestations en espèces prévues à l'article L.330-1 du Code de la Sécurité sociale (Assurance maternité exclusivement).

Les indemnités journalières sont versées uniquement en cas de maternité survenant au moins 280 jours après l'entrée du Participant dans la profession.

Il est précisé que pour les assurés qui sont licenciés ou qui démissionnent, l'accouchement doit avoir lieu au plus tard dans les 280 jours qui suivent la date de rupture du contrat de travail.

B/ Montant

Le montant des indemnités journalières complémentaires est indiqué au Titre II des Dispositions Spécifiques. Il est exprimé en pourcentage du traitement de base, et pour le personnel cadre sous déduction des prestations brutes servies par la Sécurité sociale.

Le traitement de base journalier est obtenu en divisant par 365 le traitement annuel de base des prestations.

C/ Durée du paiement

Les prestations sont servies pendant la durée du congé légal de maternité.

D/ Déclaration du sinistre et déchéance

Toute déclaration effectuée plus de douze mois après l'accouchement ne donne droit à aucune prestation.

E/ Règlement

Les indemnités journalières sont réglées à l'Entreprise Adhérente tant que le contrat de travail ou le mandat du Participant n'est pas rompu, à charge pour elle de les reverser, nettes de cotisations salariales, au salarié.

Après rupture du contrat de travail, elles sont versées directement à l'assuré.

F/ Plafonnement

En tout état de cause, le total des sommes perçues par le Participant au titre des prestations « en espèces » de la Sécurité sociale, du maintien de salaire par son employeur et de tous autres revenus salariaux (y compris au titre d'une reprise d'activité à temps partiel), du présent régime de prévoyance et de tout autre contrat de prévoyance, et des sommes versées au titre de la législation sur le chômage, ne peut être supérieur au salaire net d'activité qu'aurait perçu le Participant s'il avait continué à travailler à temps complet pendant la période d'arrêt de travail.

TITRE IX : REGLEMENT DES PRESTATIONS - PIECES A FOURNIR

ARTICLE 32 REGLEMENT

Après réception complète des pièces justificatives mentionnées ci-après, les prestations incapacité de travail, invalidité et maternité sont versées dans les quinze jours ouvrés, les capitaux décès dans les trente jours ouvrés.

ARTICLE 33 PIECES A FOURNIR

A/ Garanties Décès et annexes (IAD – DCA)

Les prestations sont versées après remise des pièces suivantes :

- une demande de règlement de prestations dûment remplie ;

Concernant la personne décédée :

- un extrait de l'acte de naissance, de mariage, et de décès du Participant daté de moins de trois mois ;

- une copie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition ;
- une copie de la dernière déclaration fiscale ;
- un rapport médical précisant la cause du décès, à retourner dans l'enveloppe confidentielle à l'intention du Médecin Conseil ;
- en cas de décès accidentel, tous documents attestant que le décès résulte d'un accident (procès-verbal de gendarmerie ou de police, coupure de presse et toute autre pièce jugée utile par l'Institution) et apportant la preuve de la relation de cause à effet entre le décès et l'accident ;
- en cas d'IAD, la notification d'attribution de la pension d'invalidité de la 3ème catégorie par la Sécurité sociale, ou d'incapacité à 100% en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle ;

S'il existe des enfants à charge :

- un extrait de l'acte de naissance, de mariage, et de décès de l'enfant à charge daté de moins de trois mois ;
- pour les enfants âgés de moins de 25 ans placés en apprentissage, une copie de leur contrat d'apprentissage ;
- de 16 ans à 27 ans, un justificatif de la poursuite de leurs études (certificat de scolarité et attestation de la Sécurité sociale des étudiants) et pour les enfants handicapés, un justificatif de leur reconnaissance par l'administration fiscale comme étant à la charge du participant décédé ;
- pour les orphelins de père et de mère, il doit être également fourni, le cas échéant, les documents d'état civil avec mention des autres enfants nés du Participant décédé, ou reconnus, adoptés ou recueillis par celui-ci lors de situations antérieures ;

S'il existe des ascendants à charge :

- l'avis d'imposition ou une attestation du Trésor Public reconnaissant le rattachement de l'ascendant (avec date de naissance) au foyer fiscal du participant décédé au titre de l'année de survenance du décès ou de l'invalidité absolue et définitive ;

Concernant le(s) bénéficiaire(s) :

- une photocopie recto-verso de la pièce d'identité du conjoint ou du demandeur ou du (des) bénéficiaire(s) ;
- une copie intégrale et lisible du livret de famille du ou des bénéficiaire(s) mentionnant le décès ;
- la copie lisible de la carte vitale ou autre document indiquant le numéro de Sécurité sociale du conjoint, du demandeur ou du (des) bénéficiaire(s) ;
- une copie lisible du dernier avis d'imposition ou de non imposition ;
- un extrait de l'acte de naissance, de mariage, et de décès du conjoint daté de moins de trois mois ;
- un relevé d'identité bancaire (et pour les enfants mineurs, un relevé d'identité bancaire sous administration légale ou compte bloqué) ;
- en cas de mise sous tutelle : la copie de jugement de mise sous tutelle nommant le représentant légal de(s) orphelin(s) ;
- pour le conjoint, une attestation sur l'honneur précisant qu'aucun jugement de séparation ou de non-conciliation judiciaire n'a été prononcé ;
- pour le partenaire lié par un PACS, une copie lisible de l'attestation d'inscription au registre du greffe du Tribunal d'instance du domicile du Participant ou un extrait d'acte de naissance sur lequel figure la mention du PACS et la date de conclusion de celui-ci ;
- ainsi que tout document complémentaire éventuellement nécessaire à l'Institution pour régler la prestation.

B/ Garanties Incapacité de travail, Invalidité et Maternité

Les prestations sont versées après remise des pièces suivantes :

- une demande de règlement de prestations dûment remplie ;

- les bordereaux de paiement de prestations de la Sécurité sociale depuis le début de l'arrêt de travail ;

Les pièces supplémentaires demandées sont :

- les attestations de salaires réellement versés en cas de reprise partielle d'activité, ou les attestations de versement des allocations du Pôle Emploi ou de tout autre organisme ;
- si le Participant fait toujours partie de l'effectif de l'Entreprise Adhérente, un relevé d'identité bancaire de celle-ci ;
- en cas de reprise d'activité à temps partiel pour raisons médicales : attestation de l'employeur mentionnant mois par mois, le salaire brut correspondant à l'activité à temps partiel et celui qui aurait été versé en cas de travail à temps complet, ou les relevés de situation délivrés par le Pôle emploi ou tout autre organisme ;
- en cas de rupture du contrat de travail, une photocopie du certificat de travail précisant la date à laquelle a eu lieu la rupture, cette date devant tenir compte éventuellement des congés payés et du préavis ;
- en cas de rechute, un certificat médical attestant que le nouvel arrêt résulte bien de la même affection ou du même accident ;
- ainsi que tout document complémentaire (hormis ceux mentionnés ci-après) éventuellement nécessaire à l'Institution pour régler la prestation (par exemple photocopie des bulletins de paye des 12 derniers mois civils qui précèdent l'arrêt de travail).

Pour la garantie Invalidité, les pièces, ci-dessous, sont également nécessaires en complément :

- la photocopie de la notification de la pension d'invalidité par la Sécurité sociale ou de la rente d'accident du travail ou de maladie professionnelle ;
- le justificatif du versement de la pension d'invalidité ainsi que l'attestation sur l'honneur de non reprise d'activité ou de perception d'un autre revenu ;
- les attestations de salaires réellement versés en cas de reprise partielle d'activité, ou les attestations de versement des allocations du Pôle Emploi ou de tout autre organisme.

TITRE X : COMPTE DE RESULTATS ET RESERVES

Conformément à l'article R.932-1-7 du Code de la Sécurité sociale, l'Institution s'engage à fournir aux membres du Comité de gestion le compte du présent régime ainsi que le rapport annuel sur ledit compte, fourni en application de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 et de son décret d'application n°90-769 du 30 août 1990. L'Institution présente ces documents au plus tard le 31 août suivant l'exercice clos.

DISPOSITIONS SPECIFIQUES

TITRE I : TAUX DE COTISATIONS

ARTICLE 1 PERSONNEL NON CADRE

La cotisation du régime de prévoyance est fixée en pourcentage du salaire brut (limité à TA et TB).

Le financement du régime est à la charge exclusive de l'Entreprise Adhérente.

GARANTIES	TOTAL	
	TA	TB
DECES - décès de base - invalidité absolue et définitive - décès accidentel	0,30 %	0,30 %
INCAPACITE DE TRAVAIL	1,36%	1,35 %
INVALIDITE	0,34 %	0,34 %
MATERNITE	-	0,01 %
TOTAL	2 %	2 %

ARTICLE 2 PERSONNEL CADRE (ET ASSIMILE CADRE)

La cotisation du risque décès ou IAD, sur TA, ainsi que la cotisation relative au maintien de salaire en application des dispositions de l'article L1226-1 du code du travail sont à la charge de l'Entreprise Adhérente. Les autres cotisations sont réparties à raison de 60 % à la charge de l'employeur et 40 % à la charge du salarié.

La cotisation du régime de prévoyance est fixée en pourcentage du salaire brut (limité à TA et TB).

GARANTIES	TOTAL		PART EMPLOYEUR		PART SALARIALE	
	TA	TB	TA	TB	TA	TB
DECES - décès de base - invalidité absolue et définitive - décès accidentel	1,50 %	1,30 %	1,50 %	0,78 %	-	0,52 %
INCAPACITE DE TRAVAIL	0,66 %	1,25 %	0,43 %	0,85 %	0,23 %	0,40 %
INVALIDITE	0,28 %	0,62 %	0,17 %	0,37 %	0,11 %	0,25 %
MATERNITE	0,06 %	0,43 %	0,04 %	0,26 %	0,02 %	0,17 %
TOTAL	2,50 %	3,60 %	2,14 %	2,26 %	0,36 %	1,34 %

TITRE II : TABLEAUX DES GARANTIES

ARTICLE 3 PERSONNEL NON CADRE

GARANTIES	NIVEAU DES PRESTATIONS Exprimé en % du traitement annuel de base
<p>DECES Décès de base – Invalidité absolue et définitive En cas de décès du Participant, versement d'un capital en fonction de la charge de famille. En cas d'invalidité totale et permanente du Participant, le capital est versé par anticipation à l'assuré.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - Célibataire, veuf ou divorcé sans personne à charge 	130 % TA et TB
<ul style="list-style-type: none"> - Marié ou pacsé 	150 % TA et TB
<ul style="list-style-type: none"> - Célibataire, veuf ou divorcé avec personne à charge 	150 % TA et TB
<ul style="list-style-type: none"> - Majoration supplémentaire par personne à charge ⁽¹⁾ 	50 % TA et TB
<p>Décès accidentel Si le décès n'est pas immédiat, le capital n'est dû qu'à la condition que le décès intervienne dans les 12 mois suivant l'accident et provienne exclusivement de celui-ci.</p>	Capital supplémentaire égal au capital décès de base
<p>INCAPACITE DE TRAVAIL Si le Participant a une ancienneté ⁽²⁾ supérieure ou égale à 1 an : les prestations sont versées après un délai de franchise de 3 jours d'arrêt continu et total de travail. Si le Participant a une ancienneté ⁽²⁾ inférieure à 1 an : les prestations sont versées après un délai de franchise de 7 jours d'arrêt continu et total de travail. En cas d'arrêt de travail résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, les prestations sont versées dès le 1^{er} jour d'arrêt de travail.</p>	40 % TA et 90 % TB
<p>INVALIDITE Une franchise est appliquée dans les conditions stipulées ci-dessus, lorsque l'invalidité ne fait pas suite à un état d'incapacité de travail indemnisé au titre du présent contrat.</p>	<p>40 % TA et 90 % TB *</p> <p>* Pour l'invalidité 1^{ère} catégorie, la rente versée est réduite d'un quart</p>
<p>MATERNITE En cas de maternité d'un Participant, survenant au moins 280 jours après son entrée dans la profession, il lui est versé des indemnités journalières pendant toute la durée du congé légal de maternité.</p>	90 % TB (traitement de base excédant le plafond de la Sécurité sociale)

(1) Cette majoration s'ajoute au capital correspondant à la situation de famille "marié ou pacsé" ou bien "célibataire, veuf ou divorcé avec personne à charge".

(2) Ancienneté dans l'Entreprise Adhérente.

ARTICLE 4 PERSONNEL CADRE (ET ASSIMILES CADRES)

GARANTIES	NIVEAU DES PRESTATIONS Exprimé en % du traitement annuel de base limité à TA et TB
<p>DECES Décès de base –Invalidité absolue et définitive En cas de décès du Participant, versement d'un capital en fonction de la charge de famille. En cas d'invalidité totale et permanente du Participant, le capital est versé par anticipation à l'assuré.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - Célibataire, veuf ou divorcé sans personne à charge 	270 % TA et TB
<ul style="list-style-type: none"> - Marié ou pacsé 	300 % TA et TB
<ul style="list-style-type: none"> - Célibataire, veuf ou divorcé avec personne à charge 	300 % TA et TB
<ul style="list-style-type: none"> - Majoration supplémentaire par personne à charge ⁽¹⁾ 	90 % TA et TB
<p>Décès accidentel Si le décès n'est pas immédiat, le capital n'est dû qu'à la condition que le décès intervienne dans les 12 mois suivant l'accident et provienne exclusivement de celui-ci.</p>	Capital supplémentaire égal au capital décès de base
<p>INCAPACITE DE TRAVAIL Si le Participant a une ancienneté ⁽²⁾ supérieure ou égale à 1 an : les prestations sont versées après un délai de franchise de 3 jours d'arrêt continu et total de travail. Si le Participant a une ancienneté ⁽²⁾ inférieure à 1 an : les prestations sont versées après un délai de franchise de 7 jours d'arrêt continu et total de travail. En cas d'arrêt de travail résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, les prestations sont versées dès le 1^{er} jour d'arrêt de travail.</p>	40 % TA et 90 % TB
<p>INVALIDITE Une franchise est appliquée dans les conditions stipulées ci-dessus, lorsque l'invalidité ne fait pas suite à un état d'incapacité de travail indemnisé au titre du présent contrat.</p>	<p>40 % TA et 90 % TB *</p> <p>* Pour l'invalidité 1^{ère} catégorie, la rente versée est réduite d'un quart</p>
<p>MATERNITE En cas de maternité d'un Participant, survenant au moins 280 jours après son entrée dans la profession, il lui est versé des indemnités journalières pendant toute la durée du congé légal de maternité</p>	<p>100 % TA et TB</p> <p>sous déduction des prestations versées par la Sécurité sociale</p>

(1) Cette majoration s'ajoute au capital correspondant à la situation de famille "marié ou pacsé" ou bien "célibataire, veuf ou divorcé avec personne à charge".

(2) Ancienneté dans l'Entreprise Adhérente.