



Comme vous !

CONDITIONS GÉNÉRALES
RÉGIME CONVENTIONNEL OBLIGATOIRE
DE PREVOYANCE

Convention Collective Nationale
des ORGANISMES de FORMATION
IDCC n° 1516

Capital décès – Rente d'éducation
Incapacité temporaire de travail – Invalidité

Janvier 2016

SOMMAIRE

TITRE 1 – DISPOSITIONS COMMUNES	3
ARTICLE 1. OBJET ET ORGANISATION DU CONTRAT	3
ARTICLE 2. SOUSCRIPTION DU CONTRAT	4
ARTICLE 3. CONDITIONS DE REPRISE DES EN-COURS A LA DATE D'EFFET DU CONTRAT	5
ARTICLE 4. MODIFICATIONS DU CONTRAT	6
ARTICLE 5. AFFILIATION DES SALARIES	6
ARTICLE 6. PRISE D'EFFET DES GARANTIES - DUREE	7
ARTICLE 7. COTISATIONS – DECLARATION NOMINATIVE ANNUELLE	9
ARTICLE 8. PRESTATIONS	10
ARTICLE 9. PRESCRIPTION	11
ARTICLE 10. TERRITORIALITE	12
ARTICLE 11. EXCLUSIONS	12
ARTICLE 12. RESILIATION DU CONTRAT	13
ARTICLE 13. CONTROLE	14
ARTICLE 14. RECLAMATION	14
ARTICLE 15. INFORMATIQUE ET LIBERTES	15
TITRE 2 – DISPOSITIONS PARTICULIERES A CHAQUE ASSURANCE	16
ARTICLE 16. GARANTIE CAPITAL DECES	16
ARTICLE 17. GARANTIE ALLOCATION D'OBSEQUES	20
ARTICLE 18. GARANTIE RENTE D'EDUCATION	20
ARTICLE 19. DEMANDE DE PRESTATIONS – GARANTIES EN CAS DE DECES	22
ARTICLE 20. DISPOSITIONS COMMUNES A L'INCAPACITE TEMPORAIRE ET A L'INVALIDITE	23
ARTICLE 21. INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL	24
ARTICLE 22. INVALIDITE	25
ARTICLE 23. DEMANDE DE PRESTATIONS – GARANTIES INCAPACITE TEMPORAIRE - INVALIDITE	26

Glossaire

Il faut entendre, dans le cadre des présentes Conditions générales, pour les termes ci-dessous employés :

Accord : l'accord de prévoyance du 3 juillet 1992 ayant institué le régime conventionnel de prévoyance objet du contrat, et avenants subséquents,

Adhérente : l'entreprise ayant souscrit auprès d'APICIL Prévoyance un contrat au titre du régime conventionnel de prévoyance,

Institution : APICIL Prévoyance et/ou l'OCIRP selon les risques assurés (capital décès et incapacité temporaire de travail – invalidité pour la première et rente d'éducation pour la deuxième) ou encore les deux lorsque les dispositions décrites visent l'ensemble des garanties,

Conjoint : au sens de l'Accord, ce vocable est employé pour désigner également la personne liée au participant par un pacte civil de solidarité ou le concubin du participant, au sens des définitions précisées dans les présentes Conditions générales,

Participants : les salariés effectivement bénéficiaires du présent contrat, c'est-à-dire appartenant à la catégorie de personnel définie aux Conditions particulières, et selon conditions le cas échéant les anciens salariés.

TITRE 1 – DISPOSITIONS COMMUNES

ARTICLE 1. OBJET ET ORGANISATION DU CONTRAT

1.1. Accord de prévoyance du 3 juillet 1992

Votre entreprise relève de la Convention collective nationale des Organismes de formation.

Les partenaires sociaux de votre branche professionnelle ont instauré, par accord du 3 juillet 1992, (incluant les avenants postérieurs), un régime complémentaire de prévoyance au plan national, bénéficiant à l'ensemble des salariés relevant du champ d'application de la Convention collective nationale susvisée, comportant des garanties en cas de décès ou d'invalidité totale et définitive, en cas d'incapacité de travail ou d'invalidité.

Les catégories de personnels bénéficiaires sont les suivantes :

- **Personnel affilié à l'AGIRC⁽¹⁾,**
- **Personnel non affilié à l'AGIRC⁽¹⁾,**

1.2. Organismes assureurs et gestionnaires du régime de prévoyance

Les garanties Capital décès – Allocation Obsèques - Incapacité de travail – Invalidité sont assurées par :

- APICIL Prévoyance, Institution de Prévoyance régie par les dispositions du titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale, dont le siège social est 38 rue François Peissel - 69300 CALUIRE et CUIRE.

La garantie rente d'éducation est assurée par :

- l'OCIRP, organisme Commun des Institutions de Rentes et de Prévoyance, Union d'institutions régie par le Code de la Sécurité sociale, ayant son siège 17 rue de Marignan, 75008 PARIS.

APICIL Prévoyance est membre de l'OCIRP ; et à ce titre est habilitée à gérer les garanties assurées par cette Union. L'OCIRP reste seule responsable de la bonne fin des prestations vis-à-vis des participants, des bénéficiaires et des ayants droit.

1.3. Commission paritaire nationale de prévoyance

L'Accord de prévoyance a institué une Commission Paritaire de Prévoyance et Santé, aux fins de mise en œuvre et de suivi du régime de prévoyance complémentaire, notamment les relations avec les institutions concernant l'application et l'évolution du contrat, le suivi des comptes de résultats du périmètre mutualisé constitué de l'ensemble des entreprises adhérentes au régime.

1.4. Degré élevé de solidarité

Outre la garantie de prévoyance, les dispositions de l'Accord de prévoyance prévoient la mise en œuvre d'actions relevant d'un degré élevé de solidarité, dans le respect des dispositions du décret n° 2014-1498 du 11 décembre 2014.

À ce titre peuvent notamment être prévues :

- de mettre en place d'actions collectives de prévention,
- la prise en charge totale ou partielle de la cotisation de certaines catégories de salariés dont la situation le justifie.

Les orientations des actions de prévention et les modalités de prise en charge totale ou partielle de la cotisation sont déterminées par la Commission paritaire nationale. Leur octroi est donc subordonné à ces décisions, ceci dans la limite des fonds alloués à leur financement. Lors de la mise en œuvre des présentes Conditions générales, le financement est fixé à 2 % des cotisations hors taxes.

(1) Personnel relevant ou ne relevant pas de la convention collective nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947

ARTICLE 2. SOUSCRIPTION DU CONTRAT

2.1. Cadre juridique

Le présent contrat, régi par le Livre IX, Titre III, du code de la Sécurité sociale, est un **contrat collectif à adhésion obligatoire**, mis en œuvre en application de l'Accord de prévoyance visé à l'article précédent, et dans le respect de la convention d'assurance et de gestion établie entre les partenaires sociaux d'une part, et les organismes assureurs d'autre part.

Il est composé de deux parties indissociables :

- les présentes conditions générales définissant les obligations réciproques des parties ainsi que l'ensemble des garanties assurées,
- les conditions particulières (et avenants y afférant le cas échéant) fixant notamment la date d'effet de l'adhésion, les catégories de personnel effectivement couvertes, les taux de cotisations, le cas échéant les clauses spécifiques.

L'ensemble des contrats souscrits par les entreprises dans le cadre des présentes Conditions générales constituent un périmètre de mutualisation des résultats ; il est établi un compte d'exploitation technique commun. Toute évolution des conditions d'assurance s'applique à l'ensemble des contrats relevant de ce périmètre.

2.2. Date d'effet et renouvellement

Le contrat prend effet à la date indiquée aux Conditions Particulières et expire au 31 décembre suivant. Il se renouvelle ensuite annuellement, par tacite reconduction, au 1er janvier de chaque exercice civil, sauf résiliation dans les conditions visées à l'article 12.1.

2.3. Déclaration des risques en cours

Lors de la souscription, l'entreprise doit notamment déclarer et remplir le cas échéant « l'état des risques en cours » concernant :

- les salariés ou anciens salariés :
 - o inscrits aux effectifs, y compris en cas de suspension du contrat de travail quel qu'en soit le motif ;
 - o radiés des effectifs alors qu'ils étaient atteints d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité, par suite de maladie ou d'accident ;
 - o radiés des effectifs et qui demeurent bénéficiaires d'un maintien de garanties dans le cadre du dispositif de portabilité des droits (indemnisés par le régime d'assurance chômage).
- les ayants droits d'anciens salariés, bénéficiaires d'une rente d'éducation ;
- le montant et l'expression des garanties de même nature précédemment assurées par un autre organisme assureur, les conditions de leur attribution et de leur versement ainsi que les éléments servant de base à leur calcul.

ARTICLE 3. CONDITIONS DE REPRISES DES EN-COURS A LA DATE D'EFFET DU CONTRAT

3.1. En présence d'un contrat de prévoyance souscrit antérieurement

Salariés ou anciens salariés en arrêt de travail, bénéficiaires de prestations périodiques

Sont garantis à la prise d'effet du contrat, pour les salariés ou anciens salariés en arrêt de travail ou bénéficiaires de prestations périodiques et déclarés dans « l'état des risques en cours » (document remis par l'institution et devant être complété par l'employeur) lors de la demande d'adhésion :

- les revalorisations concernant les prestations périodiques (indemnités journalières, rentes invalidité, incapacité permanente professionnelle, rente éducation) en cours de service, que le contrat de travail soit rompu ou non ;
- l'éventuel différentiel de garanties pour le maintien des garanties décès si les garanties de la précédente adhésion étaient inférieures aux dispositions du présent contrat, et si le contrat de travail n'est pas rompu ;

Le coût de la prise en charge des risques en cours à la date d'effet du contrat, est calculé par les organismes assureurs, ceci sous forme d'une prime unique ou d'une sur-cotisation due par l'employeur concerné.

Peut également être pris en charge le maintien de la garantie décès pour les bénéficiaires de rentes d'incapacité ou d'invalidité versées ou à verser par un précédent assureur en cas de transfert d'engagement de celui-ci vers APICIL Prévoyance et l'OCIRP, que le contrat de travail soit rompu ou non. Dans ce cas, le précédent organisme assureur transfère aux organismes précités les provisions qu'il a constituées au titre de ces garanties.

Anciens salariés bénéficiant d'un maintien de garantie

Les anciens salariés indemnisés par le régime d'assurance chômage qui à la date de prise d'effet du contrat demeurent bénéficiaires d'un maintien de garanties, sont garantis, pour la période du droit à maintien à couverture restant à courir, dans les conditions prévues au présent contrat. Toutefois, dans le cas où l'assureur précédent maintient sa garantie pour la période restant à courir, l'Institution ne prend en charge que le différentiel éventuel de garanties.

Ils doivent être déclarés dans « l'état des risques en cours » remis par l'institution et complété par l'employeur.

3.2. En l'absence d'un contrat de prévoyance souscrit antérieurement

Les salariés non radiés des effectifs, y compris en arrêt de travail pour maladie ou accident à la date de l'adhésion de l'entreprise, bénéficient de l'ensemble des garanties du contrat.

Le coût de la prise en charge des risques en cours à la date d'effet du contrat, est calculé par les organismes assureurs, ceci sous forme d'une prime unique ou d'une sur-cotisation due par l'employeur concerné.

3.3. Cas particulier : résiliation de l'adhésion d'une adhérente auprès d'un des organismes recommandés pour rejoindre un autre organisme recommandé

En cas de résiliation de l'adhésion à la demande de l'adhérente au profit d'un des autres organismes assureurs co-recommandés, le transfert de l'intégralité des provisions sera effectué entre les deux organismes co-recommandés concernés. L'organisme assureur recevant les provisions assurera ainsi la prise en charge des prestations au niveau en cours de service, leurs revalorisations futures et l'actualisation des garanties décès.

ARTICLE 4. MODIFICATIONS DU CONTRAT

4.1. Modifications du contrat

Le contrat a vocation à être conforme aux dispositions conventionnelles dont relève l'employeur. Dans le cas où les partenaires sociaux apportent des modifications à l'Accord de Branche, le présent contrat sera modifié en conséquence.

Les garanties ainsi que les taux de cotisation sont définis en fonction de la législation et de la réglementation en vigueur à leur date de prise d'effet.

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

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

4.2. Avenant au contrat

Les modifications apportées au contrat font l'objet d'un avenant adressé à l'Adhérente.

Celle-ci dispose d'un délai de trente jours, à compter de l'envoi de l'avenant portant modification, pour signifier expressément à l'Institution son éventuel refus. Le refus entraîne la résiliation du contrat au dernier jour du trimestre civil au cours duquel le délai susvisé expire. Passé ce délai de trente jours, l'Adhérente est réputée avoir accepté les termes de l'avenant.

ARTICLE 5. AFFILIATION DES SALARIÉS

5. 1. Affiliation des salariés

L'Adhérente s'engage à affilier tous les salariés présents et futurs appartenant à la (aux) catégorie(s) de personnel définie(s) aux Conditions particulières, au moyen du bulletin individuel d'affiliation mis à disposition par l'institution.

La notion de salariés comprend les salariés en arrêt de travail pour maladie, maternité ou accident, ou en cas de suspension du contrat de travail les salariés bénéficiant d'un maintien de salaire par l'employeur ou d'une indemnisation par un organisme de prévoyance.

Les embauches et promotions dans une autre catégorie professionnelle assurée, ainsi que les modifications de situation professionnelle notamment suspension ou rupture du contrat de travail, doivent être signalées par l'Adhérente à l'Institution, dans un délai de trente jours.

5.2. Information des salariés

L'employeur est tenu :

- de remettre à chaque salarié, et de pouvoir en apporter la preuve, une notice d'information établie par l'Institution qui définit les garanties souscrites et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque,
- d'informer par écrit les salariés garantis des modifications qui sont apportées à leurs droits et obligations.

ARTICLE 6. PRISE D'EFFET DES GARANTIES - DUREE

6.1. Entrée en vigueur des garanties

Les salariés sont couverts pour autant qu'ils appartiennent à la (aux) catégorie(s) de personnel définie(s) aux Conditions particulières, et ce à effet de leur date d'entrée dans cette catégorie et au plus tôt à la date d'effet du contrat.

6.2. Modifications des garanties pour les assurés en arrêt de travail

En cas de modification des prestations de la garantie incapacité temporaire de travail - invalidité, les participants en arrêt de travail pour maladie ou accident restent couverts selon les modalités contractuelles en vigueur à la date de l'arrêt de travail.

En cas de modification des garanties décès, les dispositions suivantes s'appliquent aux participants en arrêt de travail pour maladie ou accident à la date de la modification :

- s'ils figurent toujours aux effectifs de l'entreprise ou sont affiliés au contrat au titre du maintien de garanties aux anciens salariés indemnisés par le régime d'assurance chômage, selon les dispositions de l'article 6.4 des présentes conditions générales, alors ils seront couverts selon ces nouvelles modalités,
- à défaut, ils restent couverts selon les modalités en vigueur à la date de radiation des effectifs ou à la date d'expiration de la période de maintien des garanties susvisée.

6.3. Incidences de la suspension du contrat de travail sur les garanties

Principe

Les garanties sont suspendues de plein droit lorsque le salarié, dont le contrat de travail est suspendu, ne bénéficie d'aucun maintien de salaire, sauf application des dispositions qui suivent.

Les dates de début et de fin de la période non rémunérée doivent être signalées à l'Institution, à la diligence et sous la responsabilité de l'employeur, dans un délai de trente jours.

Incapacité temporaire de travail - Invalidité

Les garanties sont maintenues aux salariés en arrêt de travail dès lors qu'ils sont et continuent d'être indemnisés par la Sécurité sociale au titre d'une incapacité temporaire de travail, d'une invalidité, d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.

Le maintien des garanties cesse, selon le cas, à la date :

- de reprise d'une activité professionnelle totale,
- à laquelle les prestations versées par la Sécurité sociale au titre de l'état de maladie ou d'invalidité, cessent d'être versées,
- d'entrée en jouissance d'une pension de retraite servie par le régime général de la Sécurité sociale (sauf cumul emploi-retraite).

Maternité

En cas de maladie ou d'accident survenu pendant le congé maternité, entraînant la non-reprise du travail à l'issue du congé, les garanties sont maintenues.

Congés légaux non rémunérés ni indemnisés

Pendant la durée des congés légaux non rémunérés ni indemnisés, et au maximum pendant douze mois, les garanties en cas de décès peuvent être maintenues, à la demande de l'intéressé, moyennant le paiement d'une cotisation individuelle fixée par l'institution. Ce dispositif individuel est géré hors du présent contrat collectif.

En cas d'invalidité réduisant ou empêchant la reprise d'activité à l'issue du congé, la garantie incapacité – invalidité s'applique à compter de cette date.

6.4. Incidences de la rupture du contrat de travail sur les garanties

Principe

La rupture du contrat de travail du salarié entraîne la cessation des garanties, sauf application des dispositions qui suivent.

Incapacité temporaire de travail - Invalidité

Les garanties décès sont maintenues aux salariés qui, à la date de rupture du contrat de travail (ou à la date d'expiration de la période de maintien de garantie prévue au contrat pour les anciens salariés indemnisés par le régime d'assurance chômage) sont en arrêt de travail, dès lors qu'ils sont et continuent d'être indemnisés par la Sécurité sociale au titre d'une incapacité temporaire de travail, d'une invalidité, d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, et ce jusqu'à la date de survenance de l'un des événements suivants :

- reprise d'une activité professionnelle totale,
- cessation du versement des prestations par la Sécurité sociale au titre de l'état de maladie ou d'invalidité,
- entrée en jouissance d'une pension de retraite servie par le régime général de la Sécurité sociale (sauf cas de cumul emploi - retraite).

Lorsque le salarié reprend une activité partielle, le cas échéant auprès d'un autre employeur, le maintien de garantie porte sur le salaire de référence tel que défini à l'article 8.1 ci-après, diminué du salaire de référence afférant à l'activité reprise.

Rupture du contrat de travail avec indemnisation du régime d'assurance chômage

En cas de cessation du contrat de travail ouvrant droit à prise en charge de l'assurance chômage, l'ancien salarié conserve le bénéfice de l'ensemble des garanties, dans la limite de douze mois.

Le maintien des garanties cesse avant l'expiration de la période de droits, à la date à laquelle survient l'un des événements suivants :

- cessation du versement des allocations par le régime d'assurance chômage, quel qu'en soit le motif,
- résiliation du contrat d'assurance.

L'ancien salarié justifie auprès de l'Institution, à l'ouverture et au cours de la période de maintien de la garantie, qu'il remplit les conditions requises pour en bénéficier.

L'Adhérente déclare à l'Institution, dans les trente jours suivant la cessation de leur contrat de travail, les salariés bénéficiant du maintien de garantie. En outre, l'Adhérente informe sans délai l'Institution de tout événement porté à sa connaissance ayant pour conséquence de mettre fin de façon anticipée à la période de maintien des garanties.

Le financement de ce dispositif est mutualisé, il est inclus dans la cotisation des salariés en activité.

Rupture du contrat de travail sans indemnisation du régime d'assurance chômage

A compter de la date de fin du contrat de travail, sans indemnisation par le régime d'assurance chômage, les garanties en cas de décès peuvent être maintenues, à la demande de l'ancien salarié, moyennant le paiement d'une cotisation individuelle, jusqu'à la reprise d'une activité et, sans reprise d'activité, au maximum pendant une durée de douze mois. Ce dispositif individuel est géré hors du présent contrat collectif.

ARTICLE 7. COTISATIONS – DECLARATION NOMINATIVE ANNUELLE

7.1. Assiette de cotisation

Le financement des garanties est assuré par le versement de cotisations assises sur le salaire brut servant de base aux cotisations de la Sécurité sociale, à l'exclusion :

- de la part déclarée à la Sécurité sociale des indemnités journalières complémentaires versées au titre du présent contrat,
- de toutes sommes versées en raison de la rupture du contrat de travail (primes, indemnités et rappels), lors du départ de l'entreprise ou ultérieurement.

Les cotisations, dont les taux sont indiqués aux Conditions particulières, portent sur une ou plusieurs tranches du salaire :

- Tranche A ou « TA » : tranche de salaire limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale,
- Tranche B ou « TB » : tranche comprise entre 1 fois et 4 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale,
- Tranche C ou « TC » : tranche comprise entre 4 fois et 8 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.

Le salaire brut est limité au plafond de la tranche C pour le personnel affilié à l'AGIRC, et limité au plafond de la tranche B pour le personnel non affilié à l'AGIRC.

Pour les salariés ou anciens salariés ayant demandé à bénéficier d'un maintien des garanties décès moyennant le paiement d'une cotisation individuelle (suspension du contrat de travail sans rémunération ni indemnisation, rupture du contrat de travail sans indemnisation chômage), l'assiette fictive de cotisation sera calculée à partir des salaires des douze derniers mois d'activité, le cas échéant reconstitués en cas de période de référence inférieure à douze mois.

7.2. Paiement des cotisations

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

Chacun des paiements doit être accompagné de la déclaration trimestrielle mentionnant :

- le nombre de salariés à la fin du trimestre civil concerné,
- l'assiette ou les assiettes servant de base au calcul des cotisations pour la période concernée.

L'entreprise est seule responsable du paiement des cotisations. A ce titre, elle procède à leur calcul et à leur versement aux échéances prévues sur appel de l'Institution.

A défaut du paiement de l'intégralité des cotisations dans les conditions ci-dessus, une mise en demeure est adressée à l'Adhérente par lettre recommandée avec accusé de réception.

En cas de non-paiement persistant à l'expiration du délai fixé dans la mise en demeure, l'Institution poursuivra le recouvrement des cotisations par tous les moyens de droit. Les frais afférents seront entièrement à la charge de l'Adhérente.

En cas de non-paiement des cotisations, trente jours après l'envoi d'une mise en demeure restée sans effet, l'Institution se réserve le droit de suspendre les garanties, puis de résilier le contrat quarante jours après l'envoi de la mise en demeure.

7.3. Déclaration nominative annuelle

Un état nominatif est mis à disposition de l'Adhérente par l'Institution à la fin de chaque exercice. Cet état comporte notamment les nom, prénom, numéro de Sécurité sociale, le cas échéant dates d'entrée ou de sortie au cours de l'exercice visé, et ce pour chaque salarié dont l'affiliation a été enregistrée par l'Institution.

Au plus tard le 31 janvier suivant, l'Adhérente doit communiquer cet état, dûment complété, d'une part de la déclaration des salariés restant à affilier, d'autre part des salaires bruts annuels ventilés selon les tranches A B et C et des éléments à prendre en compte pour que l'Institution procède au calcul des cotisations annuelles (notamment dates d'entrée ou de sortie des effectifs, catégorie de personnel, périodes de suspension de contrat de travail, pourcentage de temps partiel etc ...).

Les déclarations peuvent être faites sous forme dématérialisée.

ARTICLE 8. PRESTATIONS

8.1. Salaire de référence

Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations représente le total des rémunérations brutes ayant servi de base aux cotisations sociales des douze mois précédant le mois du décès ou de l'arrêt de travail donnant droit à indemnisation, perçues au titre d'activités salariées effectuées dans les entreprises relevant du champ d'application de la convention collective nationale. Il est calculé en tenant compte de tous les éléments du salaire (13^{ème} mois, primes, avantages en nature).

Pour les salariés ayant moins de douze mois d'ancienneté dans la profession :

- au titre des garanties décès et invalidité, le salaire annuel de référence défini à l'alinéa précédent est calculé en ajoutant la rémunération que l'intéressé aurait pu percevoir au titre de la période nécessaire pour compléter les douze mois,
- au titre de la garantie incapacité - invalidité, le salaire de référence défini ci-dessus est calculé à partir de la période effective d'emploi.

Pour les anciens salariés bénéficiaires d'un maintien de garantie, la période de référence retenue est celle des douze mois civils ayant précédé la cessation du contrat de travail, le cas échéant reconstitué fictivement en cas de période incomplète, comme indiqué ci-dessus.

Pour les salariés sous contrat de travail intermittent, la rémunération annuelle de référence est celle prévue par le contrat de travail, à laquelle s'ajoutent les heures complémentaires effectuées au cours des douze derniers mois.

Lorsque les salaires pris en considération pour le calcul du salaire de référence sont antérieurs aux douze mois civils précédant immédiatement le point de départ de l'incapacité temporaire de travail ou de l'invalidité ou du décès, ces salaires sont éventuellement actualisés, sur la base des taux de revalorisation des prestations précisée à l'article 8.2 ci-après.

Lorsque les cotisations sont assises sur une tranche des salaires, seule cette tranche est prise en considération pour la détermination des prestations calculées en fonction du salaire de référence.

8.2. Revalorisation

Pour la suite du paragraphe, la valeur « L » correspondra à la différence entre 90% des produits financiers et les intérêts techniques prise en compte dans le calcul des provisions.

Il est précisé qu'un fonds de revalorisation est créé et est alimenté chaque année par la différence entre la valeur « L » et la valeur du point conventionnel des organismes de formation, avant et après résiliation du contrat.

La revalorisation des indemnités journalières et rentes d'invalidité sera calculée sur la base du point conventionnel des organismes de formation dans la limite de la valeur « L » et du fonds de revalorisation existant. Après résiliation, les prestations seront revalorisées sur la base du point conventionnel dans la limite de la valeur « L » et à hauteur du fonds de revalorisation.

Pour le maintien des garanties décès, les salaires servant de base au calcul des capitaux Décès à servir seront revalorisés suivant les règles appliquées aux indemnités journalières.

Les rentes éducation seront revalorisées avant et après résiliation sur la base des revalorisations décidées par le conseil d'administration de l'OCIRP.

8.3. Revalorisation spécifique aux garanties décès (article R. 132-3-1 du Code des assurances)

A compter de la date du décès de l'assuré et jusqu'à la date de réception par l'institution des pièces nécessaires au paiement de la prestation (cf. article 19 – Demande de prestations – Garantie en cas de décès), la prestation mentionnée aux Conditions particulières – qu'elle soit versée sous forme de capital ou de rente – est revalorisée dans les conditions prévues à l'article R.132-3-1 du code des assurances.

Il est précisé que la date de prise de connaissance par l'assureur du décès de l'assuré, est la date à laquelle l'entreprise d'assurance est informée du décès, par la réception de l'acte de décès.

ARTICLE 9. PRESCRIPTION

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

Toutefois, ce délai ne court :

- **en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Institution 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 ont ignoré jusque là.**

Quand l'action du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre l'Institution 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, le participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit ou a été indemnisé par celui-ci.

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

Elle est portée à dix ans lorsque le bénéficiaire n'est pas le participant et pour la couverture du risque accident, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du participant décédé.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription que sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil),
- la demande en justice, même en référé (articles 2241 à 2243 du Code civil),
- un acte d'exécution forcée (articles 2244 à 2246 du Code civil).

La prescription est également interrompue par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception adressée, soit à l'employeur par l'Institution en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, soit à l'institution par l'assuré, le bénéficiaire ou les ayants droit, en ce qui concerne le règlement de la prestation.

ARTICLE 10. TERRITORIALITE

Les garanties sont acquises aux participants exerçant leur activité sur le territoire français y compris les départements et collectivités d'outre-mer, ainsi qu'en cas de détachement (au sens de la législation de Sécurité sociale française) dans ou hors pays de l'Union Européenne.

En présence d'un régime local, le régime de prévoyance s'applique en complément de la couverture sociale de base assurée au plan local, dans la limite de l'engagement de l'Institution selon les modalités en vigueur en France.

ARTICLE 11. EXCLUSIONS – DECHEANCE

11.1. Modalités de résiliation

Pour l'ensemble des garanties, sont exclus les sinistres résultant :

- d'une guerre civile ou étrangère dès lors que le participant y prend une part active,
- des effets directs et indirects d'explosion, de dégagement de chaleur ou de radiations provenant d'une transmutation du noyau de l'atome, telles que par exemple : la fission, la fusion, la radioactivité, ou du fait de radiations provoquées par l'accélération des particules atomiques.

Pour la garantie capital décès accidentel, sont exclus les sinistres résultant :

- de l'usage de stupéfiants, lorsqu'ils n'entrent pas dans le cadre d'un traitement médicalement prescrit,
- les conséquences de l'état d'ivresse constaté médicalement par un taux d'alcoolémie susceptible d'être pénalement sanctionné par la législation française en vigueur pour la conduite d'un véhicule et si l'assuré est reconnu comme étant responsable de l'accident.

Pour la garantie Incapacité de travail – invalidité, sont exclus les sinistres résultant :

- de faits intentionnellement causés ou provoqués par le participant.

11.2. Déchéance

Le bénéficiaire qui a été condamné pénalement pour avoir commis ou fait commettre un homicide sur la personne de l'assuré, est déchu du bénéfice des garanties, celles-ci produisant leurs effets au profit des autres bénéficiaires.

ARTICLE 12. RESILIATION DU CONTRAT

12.1 Modalités de résiliation

L'Adhérent peut résilier le contrat :

- en cas de refus de nouvelles conditions contractuelles, dans les conditions visées à l'article 2.2,
- à l'échéance annuelle du 31 décembre, sous réserve d'en informer l'Institution par lettre recommandée avec avis de réception, en respectant un préavis de deux mois, soit au plus tard le 31 octobre.

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

L'Institution peut résilier le contrat :

- en cas de non-paiement des cotisations, dans les conditions visées à l'article 7.2,
- à l'échéance annuelle du 31 décembre, sous réserve d'en informer l'Adhérent par lettre recommandée avec avis de réception, en respectant un préavis de deux mois, soit au plus tard le 31 octobre.

L'Institution s'engage à ne pas résilier le contrat à l'échéance annuelle du 31 décembre, tant qu'elle a la qualité d'organisme assureur recommandé au sens de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale. En cas de cessation de la recommandation le concernant, la continuité de la couverture d'assurance est garantie par l'Institution ; le contrat perdure tant qu'il n'est pas résilié à l'initiative de l'employeur ou de l'organisme assureur, notamment à l'échéance annuelle du 31 décembre, sous réserve d'en informer l'autre partie par lettre recommandée avec avis de réception, en respectant un préavis de deux mois, soit au plus tard le 31 octobre.

12.2 Information des assurés

Quelles que soient l'origine et la cause de la résiliation, l'Adhérente s'engage à en informer l'ensemble des participants, ainsi que des conséquences précisées ci-après.

12.3 Conséquences de la résiliation pour les participants

Salariés en activité ou dont le contrat de travail est suspendu ou anciens salariés bénéficiant d'un maintien de garanties (hors incapacité – invalidité)

Les garanties prennent fin de plein droit à la date d'effet de la résiliation ou du non renouvellement, pour tous les participants affiliés au présent contrat, qu'ils soient en activité ou dont le contrat de travail est suspendu ou bénéficiaires d'un maintien de garanties au titre d'une indemnisation de l'assurance chômage (cf. article 6.4).

Ces participants disposent de la faculté de solliciter une adhésion, à titre individuel, aux conditions et tarifs en vigueur à l'un des régimes présentés par l'Institution. Ils doivent en faire la demande dans un délai de 6 mois suivant la date d'effet de la résiliation.

Salariés ou anciens salariés en incapacité temporaire de travail - invalidité

Les salariés ou anciens salariés, en incapacité temporaire de travail ou en invalidité demeurent bénéficiaires de la garantie incapacité temporaire - invalidité dès lors que les prestations, immédiates ou différées (invalidité), sont acquises ou nées auprès d'APICIL Prévoyance antérieurement à la résiliation ou au non renouvellement.

Les prestations continuent d'être versées à un niveau au moins égal à celui de la dernière prestation due ou payée avant la résiliation ou le non renouvellement, et d'être revalorisées dans les conditions prévues à l'article 8.2.

Les participants susvisés continuent de bénéficier des garanties décès, tant que :

- ils remplissent les conditions requises pour bénéficier des prestations d'incapacité temporaire ou d'invalidité au titre du présent contrat,
- ils perçoivent une prestation d'incapacité temporaire ou d'invalidité de la part de la Sécurité sociale,
- ils n'ont pas liquidé la pension de vieillesse du régime de base de la Sécurité sociale ou du régime complémentaire AGIRC ou ARRCO. Par exception, en cas de cumul emploi-retraite, la garantie décès sera maintenue pendant la période de versement des indemnités journalières de la sécurité sociale.

La garantie décès qui s'applique est celle en vigueur à la date de la résiliation pour les salariés présents à l'effectif et, pour les anciens salariés, la garantie décès en vigueur à la date de leur radiation des effectifs ou la date de fin de leur période de maintien de garantie (cas des anciens salariés indemnisés par le régime d'assurance chômage visé à l'article 6.4).

Bénéficiaires de la garantie rente d'éducation

Les rentes d'éducation, en cours de service ou nées auprès de l'OCIRP antérieurement à la résiliation ou le non renouvellement, sont versées et revalorisées jusqu'à leur terme.

ARTICLE 13. CONTROLE

Les organismes assureurs sont soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, 61 rue Taitbout 75009 PARIS.

ARTICLE 14. RECLAMATION

En cas de difficultés dans l'application du contrat et sans préjudice des missions de suivi du régime de prévoyance dévolues à la Commission paritaire, l'entreprise ou les participants peuvent contacter l'Institution, à l'adresse suivante :

Groupe APICIL
Service Réclamation Client
38, rue François Peissel
69300 CALUIRE et CUIRE

Si un différend persistait après réponse de l'Institution, l'entreprise et les bénéficiaires peuvent, sans préjudice du droit d'agir en justice, s'adresser au médiateur du Centre Technique des Institutions de Prévoyance (CTIP), à l'adresse suivante : 10 rue Cambacérès, 75008 PARIS (ou sur le site www.ctip.asso.fr).

Ce médiateur peut être saisi uniquement après épuisement des procédures internes de traitement des réclamations propres à l'Institution, étant précisé que certains litiges ne relèvent pas de sa compétence (ex : les résiliations de contrat, les augmentations de cotisations ou encore les procédures de recouvrement).

ARTICLE 15. INFORMATIQUE ET LIBERTÉ

Dans le cadre de la conclusion, la gestion et l'exécution du contrat, les données à caractère personnel des assurés font l'objet d'un traitement au sens de la loi « informatique et libertés » (Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée par la loi du 6 août 2004 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés). Les données collectées sont indispensables à ce traitement et sont destinées aux services concernés de l'Institution et, le cas échéant, de ses sous-traitants et prestataires.

Les assurés disposent d'un droit d'accès, de rectification et le cas échéant de suppression, de toute information les concernant figurant dans les fichiers de l'Institution et de ses éventuels mandataires intervenant dans la gestion ou l'exécution du contrat.

Sauf opposition écrite de leur part, ces informations peuvent être communiquées aux organismes de retraite ou d'assurance du groupe auquel appartient l'Institution ainsi qu'à ses filiales et partenaires, aux fins d'information sur leur offre de produits et services.

Les courriers, signés et accompagnés d'une copie d'un justificatif d'identité, sont à adresser au siège social de l'Institution.

APICIL Prévoyance
38, rue François Peissel
69300 CALUIRE et CUIRE

TITRE 2 – DISPOSITIONS PARTICULIERES A CHAQUE ASSURANCE

ARTICLE 16. GARANTIE CAPITAL DECES

La garantie a pour objet le versement d'un capital en cas de décès toutes causes ou d'invalidité totale et définitive du participant, sauf exclusions prévues à l'article 11, dans les conditions suivantes :

16.1 En cas de décès toutes causes

En cas de décès du participant, quelle que soit sa situation matrimoniale, il est versé un **capital de base**, dont le montant est calculé comme suit :

- Personnel affilié à l'AGIRC : 300 % du salaire de référence, ce montant étant majoré de 30 % par personne à charge,
- Personnel non affilié à l'AGIRC : 150 % du salaire de référence, ce montant étant majoré de 30 % par personne à charge.

Les majorations pour personnes à charge sont obligatoirement versées aux personnes (ou à leur représentant légal) en considération desquelles elles sont attribuées.

16.2 En cas de décès par accident de la circulation survenant dans l'exercice de fonctions professionnelles

En cas de décès consécutif à un accident de la circulation, **exclusivement dans l'exercice de fonctions professionnelles ou représentatives** (au sens de l'article L. 2141-4 du Code du Travail), quel que soit le mode de transport, en dehors de toute activité de compétition, le capital de base prévu à l'article précédent est doublé.

Le montant global des capitaux versés au titre d'un sinistre ne peut être supérieur à 480 % du salaire référence pour le participant personnel non affilié à l'AGIRC, et à 960 % pour le personnel affilié à l'AGIRC, majorations pour personnes à charge comprises. L'éventuelle réduction induite par ce plafonnement est appliquée dans la même proportion à chacun des bénéficiaires.

16.3 En cas de décès simultané ou postérieur du conjoint non participant du régime

16.3.1 - Décès simultané du participant et de son conjoint non participant du régime (hors accident de la circulation tel que défini au 16.2)

En cas de décès simultané du participant et de son conjoint non participant du régime, alors qu'ils ont une ou plusieurs personnes à charge, il est procédé au versement de deux capitaux distincts. L'un pour le décès du participant pour un montant correspondant au capital versé pour un « décès toutes causes » et l'autre pour le décès du conjoint non participant pour un montant correspondant au montant du capital « décès toutes causes ».

Le montant du capital dû pour le décès du participant est versé hors majorations pour personnes à charge au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) ou, à défaut de désignation particulière, selon la dévolution conventionnelle. Les majorations sont quant à elles versées aux personnes en considération desquelles elles sont attribuées.

Le capital dû en raison du décès du conjoint non participant du régime de prévoyance est quant à lui versé aux personnes à charge par parts égales entre elles.

16.3.2 - Décès simultané du participant et de son conjoint non participant par accident de la circulation

En cas de décès simultané du participant et de son conjoint non participant par accident de la circulation, **exclusivement dans le cadre de l'exercice de fonctions professionnelles ou représentatives**, alors qu'ils ont une ou plusieurs personnes à charge, il est procédé au versement de deux capitaux distincts : l'un pour le décès du participant pour un montant du double du capital « décès toutes causes » et l'autre pour le décès du conjoint non participant pour un montant correspondant au montant du capital « décès toutes causes ».

Le montant du capital dû pour le décès du participant est versé hors majorations pour personnes à charge au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) ou à défaut de désignation particulière, selon la dévolution conventionnelle. Les majorations sont quant à elles versées aux personnes en considération desquelles elles sont attribuées.

Le capital dû en raison du décès du conjoint non participant au régime de prévoyance est quant à lui versé aux personnes à charge par parts égales entre elles.

Le montant global des capitaux versés au titre d'un sinistre ne peut être supérieur à 480 % du salaire référence pour le participant personnel non affilié à l'AGIRC, et à 960 % pour le personnel affilié à l'AGIRC, majorations pour personnes à charge comprises. L'éventuelle réduction induite par ce plafonnement est appliquée dans la même proportion à chacun des bénéficiaires.

16.3.3 Décès du conjoint non participant du régime postérieurement à celui du participant :

Si après le décès d'un participant, laissant un ou plusieurs enfants à charge (y compris les enfants à naître), le conjoint non participant, vient lui-même à décéder, il est versé aux enfants qui seraient toujours à charge et par parts égales entre eux, un capital d'un montant égal à celui qui serait versé pour un décès toutes causes.

16.4 Capital en cas d'invalidité totale et définitive

Le participant peut demander à percevoir lui-même et par anticipation le capital prévu en cas de décès toutes causes, **hors majoration pour personnes à charge**, s'il est reconnu par la Sécurité sociale en invalidité 3^{ème} catégorie, ou atteint d'une infirmité permanente au taux de 100 %. Ce versement doit être demandé dans les deux années suivant le classement par la Sécurité sociale.

En cas de décès du participant invalide avant la prise d'effet de sa retraite de la sécurité sociale, seules les majorations pour personnes à charge, s'il en existe, sont alors versées à ces derniers.

Si, **après le décès du participant**, le conjoint non participant du régime de prévoyance vient lui-même à être reconnu invalide (3^{ème} catégorie ou infirmité permanente de 100 %), une ou plusieurs personnes à charge du participant restant à cette date à la charge du conjoint, il lui est versé un capital d'un montant égal au capital de base (y compris majoration pour personnes à charge).

Dans ce cas, les dispositions de l'article 16.3 cessent de s'appliquer, aucune somme n'étant due en cas de décès postérieur dudit conjoint.

16.5 Tableau récapitulatif des prestations en cas de décès

	Personnel affilié à l'AGIRC	Personnel non affilié à l'AGIRC
En cas de décès du participant – hors accident de la circulation (art. 16.1)		
- Décès du participant toute cause (capital de base)	300 % TA TB TC + 30 % de ce montant par personne à charge	150 % TA TB + 30 % de ce montant par personne à charge
- Décès simultané du conjoint non participant du régime, avec au moins une personne à charge	600 % TA TB TC + 30 % de ce montant par personne à charge	300 % TA TB + 30 % de ce montant par personne à charge
- Décès postérieur du conjoint non participant du régime, avec au moins un enfant à charge au 2 ^{ème} décès	en sus du capital initial 300 % TA TB TC + 30 % de ce montant par personne à charge	en sus du capital initial 150 % TA TB + 30 % de ce montant par personne à charge
- Décès simultané ou postérieur du conjoint également participant du régime, ayant au moins une personne à charge	Les capitaux versés correspondent aux droits de chaque participant	
En cas de décès du participant par accident de la circulation (art. 16.2 et 16.3.2) dans la limite du plafond		
- Décès du participant par accident de la circulation (capital de base doublé)	600 % TA TB TC + 30 % de ce montant par personne à charge	300 % TA TB + 30 % de ce montant par personne à charge
- Décès simultané du conjoint non participant du régime, avec au moins une personne à charge	900 % TA TB TC + 30 % de ce montant par personne à charge	450 % TA TB + 30 % de ce montant par personne à charge
- Décès postérieur du conjoint non participant du régime, avec au moins un enfant à charge au 2 ^{ème} décès	en sus du capital initial 300 % TA TB TC + 30 % de ce montant par personne à charge	en sus du capital initial 150 % TA TB + 30 % de ce montant par personne à charge
- Décès simultané ou postérieur du conjoint également participant du régime, ayant au moins une personne à charge	Les capitaux versés correspondent aux droits de chaque participant	

16.6 Bénéficiaires des capitaux

En cas de décès

Les majorations de capital pour personne à charge, ainsi que l'éventuel capital versé au titre du décès simultané ou postérieur du conjoint, sont obligatoirement versés aux personnes (ou à leur représentant légal) en considération desquelles ils sont attribués.

Pour le capital hors fraction susvisée revenant aux personnes à charge, le participant est libre de désigner un ou plusieurs bénéficiaires de son choix au moment de son affiliation ou ultérieurement.

Cette désignation peut être effectuée à l'aide de l'imprimé « désignation particulière de bénéficiaires » délivré à cet effet par l'Institution ou par un acte sous seing privé ou authentique.

La désignation peut comporter l'acceptation du bénéficiaire. L'acceptation peut prendre la forme d'un écrit signé de l'assuré, du bénéficiaire et de l'institution ; elle peut également être faite par un acte authentique ou sous seing privé, signé de l'assuré et du bénéficiaire. **Une fois acceptée, la désignation devient irrévocable, l'assuré ne pourra pas la modifier sauf accord du bénéficiaire ou sauf cas particuliers prévus par le code des assurances et le code civil.**

Dans tous les cas, la désignation particulière d'un ou plusieurs bénéficiaires n'a d'effet auprès de l'Institution que lorsqu'elle lui aura été notifiée par écrit. Il appartient donc à l'assuré de prendre toute disposition à cet effet, en temps utile.

L'Institution procède au versement des prestations en fonction des informations portées à sa connaissance lors de l'instruction du dossier ; ce versement libère l'Institution de toute obligation dans le cas où une désignation particulière de bénéficiaire lui serait notifiée ultérieurement.

Lorsque le bénéficiaire est nommément désigné, l'assuré peut préciser ses coordonnées, afin que ce bénéficiaire soit informé par nos services, dans le cadre de l'instruction du dossier de versement du capital.

En l'absence de désignation expresse de bénéficiaires par le participant ou en cas de précédents de tous les bénéficiaires désignés, les capitaux décès sont versés dans l'ordre de priorité suivant :

- au conjoint du participant, non séparé de corps par jugement définitif, ou à la personne liée au participant par un pacte civil de solidarité, ou au concubin,
- à défaut, aux enfants du participant, nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales entre eux,
- à défaut, aux parents du participant et, en cas de décès de l'un d'entre eux, au survivant pour la totalité,
- à défaut aux grands parents, par parts égales entre eux,
- à défaut, aux héritiers du participant, à proportion de leur part héréditaire.

En cas d'invalidité totale et définitive

En cas d'invalidité totale et définitive du participant, celui-ci est le bénéficiaire (capital hors majoration pour personne(s) à charge).

En cas d'invalidité du conjoint survenant après le décès du participant, le bénéficiaire est le conjoint (capital y compris majoration pour personnes(s) à charge).

16.7 Définition du conjoint et des personnes à charge

Au titre de la garantie décès, il faut entendre par :

▪ **Le conjoint :**

On entend par **conjoint** l'époux ou l'épouse du participant non séparé(e) de corps.

Est assimilé au conjoint, le partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité.

Sont également assimilés au conjoint, le concubin ou concubine du participant au sens de l'article 515-8 du code civil, lorsqu'à la date du décès du participant le concubin peut justifier d'une communauté de vie d'au moins deux ans et/ou qu'un enfant commun soit né de leur union. Le concubin ou la concubine n'est pas assimilé(e) au conjoint lorsque le participant ou le ou la concubine est par ailleurs marié(e) à un tiers ou lié(e) par un PACS.

Le conjoint **non participant au régime** de prévoyance est le conjoint qui n'est pas couvert lui-même directement dans le cadre du champ d'application de la convention collective des organismes de formation.

▪ **Les enfants à charge :**

Sont considérés comme **à charge du participant**, les enfants mineurs nés ou à naître, reconnus par le participant ou son conjoint (ou assimilé) et/ou rattachés à l'un de leur foyer fiscal.

Sont également considérés comme à charge du participant jusqu'à leur 26^{ème} anniversaire, les enfants majeurs répondant aux critères de reconnaissance ou de rattachement fiscal précisé ci-dessus, lorsqu'ils poursuivent des études.

▪ **Personnes à charge :**

Est également considéré comme à charge du participant tout ascendant ou descendant atteint d'un handicap l'empêchant de se livrer à une quelconque activité rémunératrice, non bénéficiaire d'une pension de vieillesse, titulaire d'une carte d'invalidité prévue à l'article L.241-3 du code de l'action sociale et des familles, et rattaché à son foyer fiscal.

ARTICLE 17. GARANTIE ALLOCATION D'OBSEQUES

Il est versé une allocation pour frais d'obsèques en cas de décès du salarié, ainsi qu'en cas de décès du conjoint ou d'un enfant ou d'une personne à charge, tels que définis à l'article 16.7.

Son montant, limité aux frais réels, est calculé en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS) en vigueur à la date du décès :

- décès du participant ou du conjoint : 100 % PMSS,
- décès d'un enfant ou d'une personne à charge : 50 % PMSS

L'allocation est versée à la personne ayant acquitté les frais d'obsèques, sur présentation d'une facture originale acquittée.

ARTICLE 18. GARANTIE RENTE D'EDUCATION

18.1 Définition de la garantie

La garantie a pour objet, en cas de décès toutes causes ou d'invalidité totale et définitive du participant, sauf exclusions prévues à l'article 11, le versement d'une rente temporaire au bénéfice des enfants à charge, pour autant qu'ils continuent de remplir les conditions requises.

L'invalidité totale et définitive correspond à la reconnaissance par la Sécurité sociale d'une l'invalidité de 3^{ème} catégorie ou d'une infirmité permanente totale au taux de 100%.

Le versement anticipé de la rente au titre de l'invalidité totale et définitive met fin à la garantie (aucune rente complémentaire n'est due au titre du décès postérieur du participant).

18.2 Définition des enfants à charge bénéficiaires

Sont considérés comme **à charge du participant**, indépendamment de la position fiscale :

- les enfants à naître,
- les enfants nés viables,
- les enfants recueillis (c'est-à-dire ceux de l'ex-conjoint éventuel, du conjoint ou du concubin ou du partenaire lié par un Pacs) du participant décédé qui ont vécu au foyer jusqu'au moment du décès et si leur autre parent n'est pas tenu au versement d'une pension alimentaire.

Sont également considérés comme enfants à charge au moment du décès du participant, les enfants du participant, qu'ils soient légitimes, naturels, adoptifs, reconnus :

- jusqu'à leur 18^{ème} anniversaire, sans conditions.
- jusqu'à leur 25^{ème} anniversaire, sous conditions :
 - o de poursuivre des études dans un établissement d'enseignement secondaire, supérieur ou professionnel, dans le cadre d'un contrat de professionnalisation ou encore dans le cadre d'une inscription au CNED (Centre national d'enseignement à distance) ;
 - o d'être en apprentissage ;
 - o de poursuivre une formation professionnelle en alternance, dans le cadre d'un contrat d'aide à l'insertion professionnelle des jeunes associant d'une part des enseignements généraux professionnels et technologiques dispensés pendant le temps de travail, dans des organismes publics ou privés de formation, et d'autre part l'acquisition d'un savoir-faire par l'exercice en entreprise d'une ou plusieurs activités professionnelles en relation avec les enseignements reçus ;
 - o d'être préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré : inscrits auprès du régime d'assurance chômage comme demandeurs d'emploi, ou stagiaires de la formation professionnelle ;
 - o d'être employés dans un ESAT (Établissement et service d'aide par le travail) ou dans un atelier protégé en tant que travailleurs handicapés.

La rente est versée sans limitation de durée au bénéficiaire lorsque l'enfant à charge au moment du décès du participant est reconnu en invalidité équivalente à l'invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie de la Sécurité Sociale justifiée par un avis médical ou tant qu'il bénéficie de l'allocation d'adulte handicapé ou tant qu'il est titulaire de la carte d'invalidé civil. Cet état d'invalidité doit être reconnu avant la limite de versement de la rente éducation prévue contractuellement.

18.3 Montant des rentes

Le montant annuel de la rente, par enfant à charge bénéficiaire, calculé en pourcentage du salaire de référence, est de :

- 9 % par enfant à charge jusqu'au 6^{ème} anniversaire,
- 12 % par enfant à charge de 6 ans jusqu'au 16^{ème} anniversaire,
- 15 % par enfant à charge de 16 ans jusqu'au 18^{ème} ou 25^{ème} anniversaire.

18.4 Modalités de versement et durée de la rente

La date d'effet de la rente est fixée au 1^{er} jour du mois qui suit celui au cours duquel est survenu le décès de du participant, ou le cas échéant au cours duquel a été effectuée la demande de versement anticipé au titre de l'invalidité totale et définitive.

La rente est payable par trimestre civil, à terme d'avance ; le premier paiement comprenant, le cas échéant, un prorata au titre de la période écoulée entre la date d'effet de la rente et la fin du trimestre en cours.

Le montant de la rente étant progressif selon l'âge de l'enfant, la majoration intervient au premier jour du mois civil suivant l'anniversaire de l'enfant.

La rente en cas de décès est versée au représentant légal de l'enfant ou à l'enfant bénéficiaire, sur sa demande, s'il a la capacité juridique. La rente en cas d'invalidité totale et définitive est versée au participant.

Lorsque le bénéficiaire cesse de remplir les conditions requises (hors la limite d'âge prévue au contrat), le bénéficiaire ou son représentant légal doit en informer sans délai l'Institution.

L'institution demande annuellement de justifier que les enfants bénéficiaires continuent de remplir les conditions requises pour la poursuite du versement des prestations. En l'absence de justification, le versement de la rente est suspendu.

La rente est versée jusqu'à la fin du trimestre civil au cours duquel l'enfant cesse de remplir les conditions requises pour être bénéficiaire. Le service de la rente ne peut en aucun cas être repris.

ARTICLE 19. DEMANDE DE PRESTATIONS – GARANTIES EN CAS DE DECES

Le versement des capitaux décès (article 16), allocation d'obsèques (article 17) et rentes d'éducation (article 18) sont subordonnés à la réception par l'institution de toutes pièces justificatives nécessaires à la détermination de son montant et de(s) bénéficiaire(s). Le formulaire de demande de prestations comportant la liste des pièces est mis à disposition par l'institution sur demande.

Notamment, et selon le cas, seront demandés :

- formulaire de demande de prestations (capital décès / capital Invalidité absolue et définitive / rente d'éducation) signée le cas échéant par l'employeur,
- relevé d'identité bancaire ou postal du bénéficiaire ou du participant, selon les cas,
- bulletins de salaire des 12 mois précédant le décès ou l'arrêt de travail ayant donné lieu à l'invalidité totale et définitive,
- acte de décès, ou titre de pension d'invalidité de 3ème catégorie ou de rente d'accident du travail ayant donné lieu à l'attribution d'une majoration pour tierce personne, émis par la Sécurité sociale,
- extrait de l'acte de naissance avec filiation,
- certificat d'hérédité, s'il s'agit d'un salarié célibataire sans enfant (capital décès)
- extrait de l'acte de mariage,
- justifications utiles de l'identité, qualité et adresse des bénéficiaires,
- copie certifiée conforme du jugement de tutelle nommant le représentant légal des enfants,
- pièce justifiant de la qualité d'enfant à charge,
- certificat médical indiquant si le décès est dû à une cause naturelle ou à un accident (capital décès)
- le cas échéant, constat de gendarmerie (capital décès accidentel).
- certificat de scolarité au 1^{er} janvier de chaque année (rente éducation)
- attestation Pôle Emploi (anciens salariés bénéficiant d'un maintien temporaire des garanties),

- toute autre pièce ou justificatif mentionné sur le formulaire de demande de rente ou de capital décès (photocopie du livret de famille, etc....),

APICIL Prévoyance pourra compléter la liste de pièces à fournir en fonction de la situation du participant.

ARTICLE 20. DISPOSITIONS COMMUNES A L'INCAPACITE TEMPORAIRE ET A L'INVALIDITE

20.1 Principe indemnitaire

En aucun cas, les prestations versées en application du présent contrat ne pourront, en s'ajoutant aux prestations en espèces de même nature qui seraient servies par la Sécurité sociale et par tout autre organisme de prévoyance collective obligatoire, ou toute rémunération notamment en cas d'activité à temps partiel, ou prestation de l'assurance chômage, permettre au participant de disposer de ressources supérieures à la rémunération qu'il aurait perçue s'il avait continué son activité au même poste de travail.

Toutefois, s'agissant des anciens salariés indemnisés par le régime d'assurance chômage, garantis au titre du dispositif de maintien temporaire des garanties exposé à l'article 6.4, la limitation au salaire net d'activité des prestations complémentaires est appréciée par rapport au montant net des allocations que le régime d'assurance chômage aurait versées pour la même période.

Ne sont pas pris en compte dans le calcul de la limitation énoncée ci-dessus les prestations versées au titre d'un contrat d'assurance Dépendance, collectif ou individuel ou au titre de l'allocation tierce personne visée par la Sécurité sociale.

En outre, lorsque la Sécurité sociale suspend ou supprime les prestations versées au titre d'une incapacité temporaire, d'une invalidité, d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, l'Institution applique la même décision, dans les mêmes proportions, au versement complémentaire résultant du présent contrat. En cas de réduction par la Sécurité sociale, les prestations complémentaires ne compensent pas cette minoration.

20.2 Recours subrogatoire de l'institution contre le tiers responsable

Conformément à l'article 29-5 de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accident de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation, l'Institution est, pour le paiement des indemnités journalières et pensions d'invalidité, subrogée dans les droits et actions du participant, du bénéficiaire ou de leurs ayants droit, contre les tiers responsables de l'accident ayant provoqué l'arrêt de travail ou l'invalidité.

Le participant victime d'un dommage causé par un tiers responsable et ouvrant droit au versement de prestations de la part de l'Institution doit fournir à cette dernière, dans les meilleurs délais, tous les éléments nécessaires à la mise en œuvre de la procédure.

20.3 Contrôle médical

L'Institution peut faire procéder aux visites médicales, contrôles et enquêtes qu'elle jugerait nécessaires pour se prononcer sur l'ouverture ou la poursuite du service des prestations, et réclamer toutes pièces qu'elle estimera nécessaires à cette fin. L'examen de la situation médicale du participant peut amener l'Institution à adopter une position différente de celle de la Sécurité sociale.

L'institution notifie au participant les résultats du contrôle par courrier recommandé. En cas de désaccord, l'intéressé devra indiquer à l'Institution, dans les huit jours de la notification, les coordonnées du médecin qu'il a choisi. Si les deux médecins, choisis respectivement par le

participant et l'institution, ne peuvent parvenir à des conclusions communes, ils choisiront un tiers médecin pour les départager.

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

À défaut de contestation, par lettre recommandée, sous huitaine de la réception de ces résultats, l'intéressé est considéré comme les ayant acceptés. Dans ces conditions, l'Institution peut procéder, au vu de ce contrôle, à la suspension voire la suppression des prestations; il en sera de même en cas de refus ou opposition à contrôle par le participant.

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

ARTICLE 21. INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL

21.1 Définition de la garantie

Le participant qui se trouve temporairement dans l'incapacité, constatée médicalement et reconnue par l'Institution, d'exercer toute activité professionnelle et bénéficie du versement des indemnités de la Sécurité sociale au titre de l'assurance maladie ou au titre de l'assurance des accidents de travail et maladies professionnelles, perçoit de l'Institution des indemnités journalières dans les conditions prévues ci-après.

Toutefois, la garantie bénéficie également aux salariés qui ne sont pas pris en charge par la Sécurité sociale dans le cas où ils ne remplissent pas les conditions requises en termes de cotisations ou d'heures travaillées selon le cas.

Les arrêts de travail indemnisés par la Sécurité sociale au titre du congé de maternité, de paternité ou d'adoption n'entrent pas dans l'objet de la garantie.

21.2 Montant des prestations

Le montant de l'indemnité journalière est fixé à 83 % du 365^{ème} du salaire de référence, sous déduction des prestations brutes de la Sécurité sociale (ou des prestations reconstituées de manière théorique pour les salariés sans droits auprès de cet organisme) et de l'éventuel salaire à temps partiel, sous réserve du principe indemnitaire énoncé à l'article 20.1.

Pour l'ancien salarié indemnisé par le régime d'assurance chômage, bénéficiaire du maintien des garanties prévu à l'article 6.4, la limitation à la rémunération nette d'activité est appréciée par rapport au montant net des allocations que le régime d'assurance chômage aurait versées pour la même période.

21.3 Franchise

Le droit à prestations prend effet au terme d'une période de franchise, variable selon que l'ancienneté du salarié ouvre droit à maintien de salaire par l'employeur, au titre de ses obligations conventionnelles (article 14.1 de la convention collective). L'ancienneté est appréciée à la date du 1^{er} jour d'arrêt de travail.

Pour les anciens salariés indemnisés par le régime d'assurance chômage bénéficiaires d'un maintien des garanties (article 6.4), le droit à prestations est fixé en considérant fictivement le participant en activité, en fonction de l'ancienneté acquise à la date de rupture du contrat de travail.

- Salariés ayant plus d'un an d'ancienneté bénéficiant d'un maintien de salaire

Les salariés sont couverts **en relais et complément** de la deuxième période de maintien de salaire par l'employeur au titre de ses obligations conventionnelles.

- Salariés jusqu'à un an d'ancienneté

Les salariés sont couverts avec application d'une franchise à l'identique de la Sécurité sociale (3 jours en cas de maladie, aucun en cas d'accident du travail) **sous réserve** :

- de justifier dans l'entreprise adhérente, selon la formule la plus favorable au salarié, soit d'une ancienneté de trois mois continus ou discontinus, soit de soixante-quinze jours réellement travaillés au cours des douze mois précédant l'arrêt de travail,
- et que la durée de l'arrêt de travail soit au moins égale à 21 jours consécutifs.

21.4 Modalités de versement et durée des prestations

Les indemnités journalières complémentaires sont payables à réception des pièces justificatives.

Ces prestations sont réglées à l'Adhérente tant que le contrat de travail du salarié n'est pas rompu, à charge pour elle de les reverser au salarié après calcul et précompte des charges sociales. Il appartient à l'entreprise de veiller à ce que le principe indemnitaire énoncé à l'article 20.1 soit respecté, et le cas échéant informer l'Institution que le niveau maximum de ressources est atteint.

En cas de rupture du contrat de travail, les prestations sont versées directement au participant.

Le versement des indemnités journalières complémentaires cesse à la date à laquelle :

- la Sécurité sociale cesse le versement des indemnités journalières ;
- le participant reprend une activité professionnelle totale ;
- le participant ne remplit plus les conditions requises pour en bénéficier, notamment en cas de contrôle médical (article 20.3),
- prend effet la pension de retraite servie par le régime général de la Sécurité sociale (sauf cumul emploi-retraite).

ARTICLE 22. INVALIDITE

22.1 Définition de la garantie

Il est attribué une rente d'invalidité à tout participant considéré :

- en invalidité permanente totale ou partielle lorsque, par suite d'accident ou de maladie, il est atteint d'une invalidité, constatée médicalement et reconnue par l'Institution, le mettant dans l'impossibilité totale ou partielle d'exercer une activité professionnelle,

et qui bénéficie en outre :

- d'une pension d'invalidité de 1^{ère}, 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie de la Sécurité sociale,
- ou d'une rente d'incapacité permanente reconnue par la Sécurité sociale, à la suite d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle, dont le taux est au moins égal à 33 %.

22.2 Montant des prestations

Le montant de la pension annuelle est fixé à 83 % du salaire de référence, sous déduction des prestations brutes de la Sécurité sociale (ou des prestations reconstituées de manière théorique pour les salariés sans droits auprès de cet organisme) et de l'éventuel salaire à temps partiel, sous réserve du principe indemnitaire énoncé à l'article **20.1**.

22.3 Modalités de versement et durée des prestations

Les pensions sont payables mensuellement à terme échu, directement au bénéficiaire.

Le premier paiement est effectué au prorata du temps écoulé entre la date de reconnaissance de l'état d'invalidité et la fin du mois en cours.

Le dernier paiement est effectué au prorata du temps écoulé entre le début du mois civil en cours et la date à laquelle prend fin le service de la rente par la Sécurité sociale.

Le versement de la rente complémentaire cesse à la date à laquelle :

- la Sécurité sociale cesse de verser la pension d'invalidité ou la rente d'incapacité permanente,
- le taux d'incapacité permanente professionnelle devient inférieur à 33 %,
- le participant ne remplit plus les conditions requises pour en bénéficier, notamment en cas de contrôle médical (article 20.3),
- prend effet la pension de retraite servie par le régime général de la Sécurité sociale (en tout état de cause la date à laquelle le participant peut faire valoir ses droits à la retraite à taux plein).

ARTICLE 23. DEMANDE DE PRESTATIONS – GARANTIES INCAPACITE TEMPORAIRE - IVALIDITE

Le versement des indemnités journalières et rentes d'invalidité est subordonné à la réception par l'institution de toutes pièces justificatives nécessaires à l'appréciation des conditions de mise en œuvre de la garantie et la détermination du montant des prestations. Le formulaire de « Déclaration d'arrêt de travail » comportant la liste des pièces est mis à disposition par l'institution sur demande.

Notamment, et selon le cas, seront demandés :

- les décomptes de la Sécurité sociale,
- la notification de la sécurité sociale relative à l'attribution d'une pension d'invalidité ou d'une rente pour accident du travail / maladie professionnelle,
- en cas de reprise d'activité à temps partiel, attestation mensuelle de l'employeur mentionnant le montant de la rémunération versée,
- l'arrêt de travail délivré par le médecin traitant, pour les participants en incapacité temporaire n'ayant pas droit aux prestations espèces de la Sécurité sociale (sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de l'institution),
- l'attestation Pôle Emploi (anciens salariés bénéficiant d'un maintien temporaire des garanties).

APICIL Prévoyance complète la liste de pièces à fournir en fonction de la situation du participant.



Comme vous !

APICIL Prévoyance, Institution de Prévoyance régie par les dispositions du titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale, dont le siège social est :
38 rue François Peissel - 69300 CALUIRE et CUIRE.

OCIRP, organisme Commun des Institutions de Rentes et de Prévoyance, Union d'institutions régie par le Code de la Sécurité sociale, ayant son siège :
17 rue de Marignan, 75008 PARIS