

NOTICE D'INFORMATION PREVOYANCE

(au sens de l'article L. 932-6 du code de la Sécurité Sociale)

Cette notice d'information (**NI-PREV 06-15**) vous permettra de connaître les garanties de prévoyance souscrites par votre entreprise auprès d'APICIL PREVOYANCE, Institution de prévoyance régie par le code de la Sécurité Sociale, dont le siège social est situé 38 rue François Peissel à Caluire (69300) et ci-après parfois dénommée « l'Institution ».

Elle comprend trois parties :

- des généralités communes à toutes les garanties,
- les définitions des garanties,
- le tableau de vos garanties.

En cas de dispositions contradictoires entre ce qui est prévu dans la notice et ce que prévoit le tableau de garanties, c'est ce qui est marqué au tableau de garanties qui s'impose.

Ce document, qui vous est remis par votre employeur, est un résumé des dispositions contractuelles applicables aux garanties souscrites par votre entreprise, ci-après dénommée parfois « l'adhérent » et dont vous bénéficiez.

Si vous souhaitez avoir des informations plus détaillées sur vos garanties, votre employeur tient à votre disposition le règlement de l'Institution* ainsi que le contrat souscrit.

Nous restons à votre entière disposition pour vous communiquer tout renseignement dont vous pourriez avoir besoin concernant votre régime de prévoyance.

TITRE 1 : GENERALITES	3
QUI EST COUVERT ?	3
OUVERTURE DES GARANTIES	3
DEFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS	3
CESSATION DES GARANTIES	3
SUSPENSION DES GARANTIES	3
PORTABILITE DES DROITS	3
TERRITORIALITE / ELECTION DE DOMICILE	4
EXCLUSION DES GARANTIES	4
PRESCRIPTIONS	5
MODIFICATION DES GARANTIES	5
CONTROLE MEDICAL	6
TRAITEMENT DE BASE	6
ENFANTS A CHARGE	6
RECOURS CONTRE TIERS RESPONSABLE	6
CONTROLE DE L'INSTITUTION	6
FAUSSE DECLARATION	7
RECLAMATIONS	7
INFORMATIQUE ET LIBERTES	7
TITRE 2 : GARANTIE DECES	8
OBJET DE LA GARANTIE	8
MONTANT DE LA GARANTIE	8
QUAND ETES-VOUS CONSIDERE EN ETAT D'AD ?	8
A QUI EST VERSE LE CAPITAL EN CAS DE DECES ?	8
RENTE D'EDUCATION	9
DECES ACCIDENTEL	9
DECES SIMULTANE OU POSTERIEUR DU CONJOINT OU DU PARTENAIRE (double effet)	9
DECES D'UN MEMBRE DE LA FAMILLE	10
DECES D'UN RETRAITE	10
ALLOCATION OBSEQUES	10
MAINTIEN DE LA GARANTIE DECES	10
QUAND CONSTITUER UN DOSSIER DE DEMANDE DE REGLEMENT ?	10
COMMENT CONSTITUER UN DOSSIER DE DEMANDE DE REGLEMENT ?	10

* Règlement Décès, Incapacité, Invalidité et Frais Médicaux

TITRE 3 : RENTE D'EDUCATION	11
OBJET DE LA GARANTIE	11
ENFANTS BENEFICIAIRES	11
MODALITES DE REGLEMENT	11
CONDITIONS DU MAINTIEN DU SERVICE DE LA RENTE	11
TITRE 4 : RENTE DE CONJOINT	12
OBJET DE LA GARANTIE	12
CONJOINT SURVIVANT	12
DEFINITION ET MONTANT DES PRESTATIONS	12
GARANTIE SUBSTITUTIVE POUR LES CELIBATAIRES, VEUFs, DIVORCES	12
PAIEMENT ET DUREE	12
TITRE 5 : INCAPACITE TEMPORAIRE INVALIDITE	13
OBJET DE LA GARANTIE	13
QUAND BENEFICIEZ-VOUS DE LA GARANTIE ?	13
QUE PERCEVEZ-VOUS EN CAS D'ARRET DE TRAVAIL ?	13
DISPOSITIONS APPLICABLES EN CAS D'ACCIDENT DE TRAVAIL OU DE MALADIE PROFESSIONNELLE	13
REPRISE DU TRAVAIL	14
CUMUL	14
COMMENT ET A QUI SONT PAYEES LES PRESTATIONS ?	14
PARTICULARITES LIEES A LA PORTABILITE DES DROITS	15
CESSATION DU PAIEMENT SUITE A CONTROLE	15
COMMENT CONSTITUER UN DOSSIER DE DEMANDE DE PRESTATIONS ?	15

TITRE 1 : GENERALITES

QUI EST COUVERT ?

Sont garantis tous les salariés de l'entreprise appartenant aux catégories de personnel définies dans les conditions particulières du contrat souscrit par votre entreprise et ci-après dénommés « participants ».

Sont aussi garantis aux conditions définies ci-après, les ex-salariés bénéficiaires de la portabilité des droits en matière de protection sociale.

OUVERTURE DES GARANTIES

L'ouverture des garanties est subordonnée à l'accomplissement préalable,

- d'une part de formalités d'acceptation médicales par les participants à garantir lors de la demande d'adhésion ou d'augmentation des garanties en cours ou lors de toute nouvelle affiliation,
- d'autre part de formalités administratives destinées à fournir les éléments constitutifs du dossier individuel de chaque participant intégrant les catégories de personnel visées par l'adhésion.

Une fois ces formalités accomplies, les garanties s'appliquent :

- à partir de la date d'effet du contrat,
- à partir de la date d'embauche ou de promotion dans la catégorie concernée, pour les nouveaux participants.

DEFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

En cas de non paiement des cotisations par l'entreprise, les garanties sont suspendues 30 jours après envoi d'une lettre de mise en demeure restée sans effet. Chaque participant pourra alors être directement informé de la suspension des garanties, ainsi que les instances représentatives du personnel.

Le contrat d'adhésion peut être résilié 40 jours après l'envoi de ladite lettre de mise en demeure.

CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent :

- à la date d'effet de la résiliation du contrat d'adhésion,
- à la date de rupture du contrat de travail ou de passage dans une catégorie de personnel non visée par le contrat d'adhésion ou à la fin de la portabilité des droits (*notamment en cas d'arrivée au terme des droits ou en cas de cessation du versement des allocations du régime d'assurance chômage telle qu'en cas de reprise d'une activité professionnelle*),
- à la date de suspension du contrat de travail sans salaire dans les conditions définies ci-après,

- à la date d'effet de la liquidation de la pension de vieillesse de la Sécurité Sociale du participant ou de sa préretraite, sous réserve de la rupture du contrat de travail.

En cas de résiliation du contrat d'adhésion, quelle qu'en soit la cause, les prestations périodiques en cours, Indemnités Journalières, Rente d'Invalidité, Rente de Conjoint, Rente d'Education, sont maintenues, jusqu'à leur échéance normale, au niveau atteint à la date de la résiliation. **En toute hypothèse, la revalorisation cesse en cas de résiliation du contrat d'adhésion.**

SUSPENSION DES GARANTIES

Les garanties sont suspendues :

- à la date d'effet de la suspension des garanties pour non-paiement des cotisations,
- en cas de refus de se soumettre à un contrôle.
- à la date de suspension du contrat de travail sans salaire, tels que le congé parental, le congé sabbatique, le congé création d'entreprise, le CIF etc... cette disposition s'applique également au gérant sans salaire,

Ne sont pas concernés les cas particuliers d'arrêt de travail pour maladie, maternité, accident du travail, de congé paternité.

La suspension intervient à la date de la cessation de l'activité professionnelle dans l'entreprise adhérente et s'achève dès la reprise effective du travail par l'intéressé au sein de la catégorie de personnel visée par le contrat d'adhésion, sous réserve que l'Institution en soit informée dans un délai de 10 jours suivant la reprise. A défaut, les garanties ne prendront effet qu'à compter de la réception par l'Institution de la déclaration faite par l'adhérent.

PORTABILITE DES DROITS

CONDITIONS AU MAINTIEN DE L'AFFILIATION

En application de l'article L.911-8 du code de la sécurité sociale, l'affiliation et par conséquent les garanties dont profitaient effectivement les bénéficiaires sont maintenues en cas de cessation du contrat de travail du participant à condition que la cessation résulte d'un motif autre qu'un licenciement pour faute lourde et qu'elle ouvre droit à la prise en charge par le régime d'assurance chômage.

L'Institution tient à la disposition de l'entreprise un formulaire type « Déclaration de Portabilité des Droits » qu'elle devra lui retourner dûment renseigné et signé pour permettre le maintien de la couverture.

Il incombe à l'entreprise d'informer le participant du principe et de l'étendue du droit au maintien des garanties.

EFFET ET DUREE DU MAINTIEN DE L’AFFILIATION

L’affiliation du participant est maintenue à compter du lendemain de la cessation du contrat de travail pour une durée égale à la période d’indemnisation du chômage, dans la limite de celle de son dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu’ils sont consécutifs chez un même employeur.

Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au mois supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois.

La suspension des allocations du régime d’assurance 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.

En tout état de cause, l’affiliation du participant cesse de plein droit :

- à la reprise d’une nouvelle activité rémunérée de l’ancien salarié, que celle-ci donne droit ou non à des garanties de frais de santé, dès lors qu’elle met fin au droit à indemnisation du régime d’assurance chômage ;
- en cas de cessation de paiement des allocations du régime d’assurance chômage pour tout autre motif (notamment en cas de retraite, de radiation des listes du Pôle Emploi, de décès) ;
- en cas de manquement à son obligation de fourniture de justificatifs visés ci-après ;
- en cas de suspension des garanties ou de la résiliation du contrat collectif, qu’elle qu’en soit la cause ;
- en cas de liquidation judiciaire de l’entreprise.

OBLIGATIONS DECLARATIVES

Pour pouvoir bénéficier de ce droit à portabilité, le participant s’engage à fournir à l’Institution :

- à l’ouverture de la période de maintien des garanties, le justificatif initial de sa prise en charge par le régime de l’assurance chômage ;
- au cours de la période de maintien des garanties, l’attestation de paiement des allocations chômage.

GARANTIES

Les garanties maintenues au bénéfice de l’ancien salarié sont celles en vigueur dans l’entreprise.

Aussi, le participant bénéficie des garanties au titre desquelles il était affilié lors de la cessation de son contrat de travail. Le cas échéant, le maintien de garanties est accordé aux ayants droit, tels que définis au contrat.

En tout état de cause, les évolutions des garanties du contrat intervenant durant la période de portabilité sont opposables au participant.

L’entreprise s’engage à informer le participant de toute modification des garanties qui interviendrait au titre du contrat, notamment en lui remettant la nouvelle notice d’information établie par l’Institution.

TERRITORIALITE / ELECTION DE DOMICILE

Les garanties sont acquises aux participants exerçant habituellement (soit plus de 6 mois par an) leur activité sur le territoire de la France métropolitaine ou les départements et régions d’outre-mer (DROM).

Tous les actes relatifs à l’exécution du contrat d’adhésion seront notifiés au domicile du participant figurant sur le bulletin d’affiliation.

Pour tout changement de domicile, le participant doit informer l’Institution par lettre recommandée avec avis de réception de son changement d’adresse. A défaut, les lettres recommandées adressées à son dernier domicile connu produiront tous leurs effets.

Il en est ainsi pour tout ancien salarié bénéficiaire de la portabilité.

EXCLUSION DES GARANTIES

L’Institution couvre tous les risques de décès, d’incapacité de travail, d’invalidité permanente, à compter de la date d’effet du contrat, quelle qu’en soit la cause, sous les réserves suivantes :

1] Capital décès toutes causes, rente éducation, rente de conjoint

a) Guerre

- En cas de guerre mettant en cause l’Etat français, la garantie n’aura d’effet que dans les conditions qui seront déterminées par la législation à intervenir sur les assurances sur la vie, en temps de guerre.
- En cas de guerre civile ou étrangère, d’invasion, d’insurrection, de mutinerie, de soulèvement militaire, d’émeute, d’attentat ou d’acte de terrorisme, la garantie n’aura d’effet que si le participant n’y prend pas une part active.

b) Nucléaire

Les risques résultant de la fission ou fusion nucléaire, ou de la radioactivité sont exclus.

c) Voyages collectifs

Il est expressément convenu que les voyages collectifs doivent faire l’objet d’une déclaration préalable par l’adhérent à l’Institution lorsque ceux-ci concernent plus de 80 participants dans un même véhicule (avion, bateau, train, car, etc..).

A la suite de cette déclaration, l’Institution analyse le risque et se réserve le droit de l’accepter avec ou sans condition(s) ou de le refuser. Ainsi, chaque voyage collectif est soumis à accord exprès et préalable de l’Institution.

En cas de non-respect de cette disposition ou de refus de l’Institution de couvrir ce risque, aucune prestation décès n’est due.

2] Capital décès accidentel

La garantie décès accidentel est soumise aux mêmes exclusions que la garantie décès toutes causes et aux exclusions suivantes :

- les accidents qui résultent du fait volontaire ou intentionnel du bénéficiaire ou du participant,
- l'utilisation de l'ULM, du deltaplane, du parachute, du parapente, de la cage et d'autres formes de vol libre (à savoir celles prises en compte par la Fédération Française de Vol Libre),
- la pratique du saut à l'élastique,
- les courses, matchs, paris : lorsque le participant prend part en tant que concurrent à des compétitions sportives, matchs, paris, concours ou essais comportant l'utilisation d'animaux, de véhicules, d'embarcations à moteur ou de moyens de vols aériens,
- la pratique de sports à titre professionnel,
- l'état d'ivresse : lorsque le taux d'alcoolémie du participant est égal ou supérieur au taux autorisé par la législation française en vigueur pour la conduite d'un véhicule (sauf si le bénéficiaire prouve que l'accident est sans relation avec cet état),
- les rixes sauf cas de légitime défense,
- l'usage de stupéfiants ou substances médicamenteuses en dehors des limites de prescriptions médicales,
- l'accident survenu lorsque le participant effectue des périodes militaires ou des exercices de préparation militaire.

3] Meurtre du participant par le bénéficiaire

Le bénéficiaire qui a été condamné pour avoir donné volontairement la mort au participant est déchu du bénéfice des garanties : décès toutes causes, décès accidentel, rente éducation, rente de conjoint.

4] Incapacité temporaire de travail – invalidité permanente

Ne donnent pas lieu à garanties :

- les accidents et maladies résultant du fait volontaire ou intentionnel du participant, de tentative de suicide, de l'usage de stupéfiants ou de substances médicamenteuses en dehors des limites de prescriptions médicales,
- les accidents et maladies régis par la législation sur les pensions militaires,
- les conséquences de guerre civile ou étrangère, d'invasion, d'insurrection, de mutinerie, de soulèvement militaire, d'émeute, de rixe sauf cas de légitime défense, d'attentat ou d'acte de terrorisme, dans lesquels le participant a pris une part active,
- les accidents et maladies résultant de la pratique du saut à l'élastique, de l'utilisation de l'ULM, du deltaplane, du parachute, du parapente, de la cage et

d'autres formes de vol libre (à savoir celles prises en compte par la Fédération Française de Vol Libre),

- les courses, matchs, paris : lorsque le participant prend part en tant que concurrent à des compétitions sportives, matchs, paris, concours ou essais comportant l'utilisation d'animaux, de véhicules, d'embarcations à moteur ou de moyens de vols aériens,
- la pratique de sports à titre professionnel,
- les conséquences d'une grossesse non pathologique,
- les conséquences de la fission ou fusion nucléaire, ou de la radioactivité sauf exposition à ce risque pour des raisons professionnelles.

PRESCRIPTIONS

Toutes les actions relatives aux garanties souscrites sont prescrites par un délai de 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Il en est ainsi de l'invalidité.

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

Elle est portée à 10 ans, d'une part pour les garanties liées à la vie humaine lorsque le bénéficiaire n'est pas le participant, d'autre part pour les garanties du risque accident lorsque le bénéficiaire est un ayant droit du participant décédé.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et 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 accusé de réception.

La prescription est interrompue, outre les causes ordinaires d'interruption (cf articles 2240 et suivants du code civil : action en justice même en référé, reconnaissance du droit de celui contre lequel la prescription devait jouer ou acte d'exécution forcée), 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 à l'institution par le participant, le bénéficiaire ou les ayants droit, en ce qui concerne le règlement de la prestation.

MODIFICATION DES GARANTIES

En cas de modification des garanties, le participant en arrêt de travail reste couvert sur la base des conditions du contrat en vigueur à la date de l'arrêt de travail.

CONTROLE MEDICAL

Dans la mise en oeuvre du service des prestations, l'Institution peut procéder à un contrôle médical. **En cas de refus du participant de se soumettre à un contrôle médical ou de justifier sa situation médicale ou celle au regard de la Sécurité Sociale le paiement des prestations sera refusé ou immédiatement suspendu.**

La situation médicale du participant peut conduire l'Institution à adopter une position différente de celle de la Sécurité Sociale, par rapport au service des prestations d'incapacité de travail et d'invalidité permanente.

Si le participant n'accepte pas la décision du médecin conseil de l'Institution, il est tenu de la contester dans le délai d'un mois suivant l'envoi de la notification qui lui en est faite. La contestation peut être soumise à un médecin expert désigné, par accord entre le participant et l'Institution, dont les honoraires incomberont à la partie perdante.

A défaut d'accord sur la désignation du médecin expert, il devra y être procédé par recours au Tribunal de Grande Instance de Lyon, statuant en référé.

TRAITEMENT DE BASE

Le traitement de base servant au calcul des prestations en cas de sinistre est celui qui a servi d'assiette des cotisations chez votre employeur au cours des 12 mois civils ayant précédé le mois du décès ou de l'interruption du travail, sauf disposition contraire prévue au tableau des garanties.

Si le participant ne compte pas 12 mois civils de présence à temps complet à la date du sinistre, le traitement de base est reconstitué sur une base de 12 mois à partir de la moyenne mensuelle des salaires déclarés.

En cas de décès pendant une période d'incapacité ou d'invalidité, le traitement de base est celui des 12 mois civils précédant la date d'arrêt de travail, revalorisé en fonction de l'indice de revalorisation prévu au contrat d'adhésion.

Les primes, indemnités et rappels versés au participant lors du départ de l'entreprise adhérente ou ultérieurement (indemnité de licenciement, de départ à la retraite...) sont exclus du traitement de base.

La rémunération retenue pour la détermination du traitement de base est celle déclarée par l'Adhérent à APICIL PREVOYANCE. 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 cas de portabilité des droits, le traitement de base est celui des 12 derniers mois civils précédant la date de rupture du contrat de travail, **à l'exclusion des sommes devenues exigibles du fait de la rupture de celui-ci.**

COMMENT SONT REVALORISEES LES PRESTATIONS ?

Les prestations relatives aux garanties incapacité, invalidité, rente éducation, rente de conjoint sont revalorisées chaque année par décision du conseil d'administration d'APICIL PREVOYANCE sauf conditions particulières différentes prévues au contrat d'adhésion.

La première revalorisation s'applique à l'échéance qui suit la première date anniversaire du sinistre.

En cas de résiliation du contrat d'adhésion, les prestations sont maintenues jusqu'à leur échéance normale au niveau atteint lors de la résiliation. Elles cessent donc d'être revalorisées.

ENFANTS A CHARGE

Lorsque le contrat prévoit une majoration de prestation en fonction de votre situation de famille, ou d'une allocation en cas de décès, sont considérés comme à charge :

S'ils sont légitimes, reconnus ou adoptés.

- vos enfants mineurs,
- vos enfants majeurs, jusqu'à leur 26^{ème} anniversaire, entrant en ligne de compte pour la détermination du nombre de parts en vue du calcul de l'impôt sur le revenu, ou bénéficiaires d'une pension alimentaire imputée sur la déclaration de revenus du participant. La limite du 26^{ème} anniversaire n'est pas opposable aux enfants invalides dont l'invalidité a été constatée avant leur 21^{ème} anniversaire,
- vos enfants à naître dans les 300 jours de votre décès,
- les enfants de votre conjoint ou du partenaire avec qui vous êtes lié par un PACS, fiscalement à charge pour la détermination du nombre de parts, en vue du calcul de votre impôt sur le revenu.

RECOURS CONTRE TIERS RESPONSABLE

En cas d'accident, l'Institution est subrogée de plein droit dans les actions à entreprendre contre le tiers responsable dans la limite des prestations indemnitaires qu'elle a versées à un participant ou à un ayant droit.

CONTROLE DE L'INSTITUTION

L'Institution est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située au 61 rue Taitbout - 75009 PARIS.

FAUSSE DECLARATION

Les déclarations faites tant par l'adhérent et le cas échéant par son conseil que par le participant servent de base à la garantie. A ce titre, elles constituent un élément essentiel du contrat, aussi l'Institution se réserve la possibilité de vérifier les données communiquées.

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de l'adhérent, l'Institution pourra demander l'annulation du contrat. En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle du participant, la garantie accordée à celui-ci est nulle. Dans ces deux cas, les cotisations payées demeurent acquises à l'Institution.

RECLAMATIONS

Toutes les réclamations relatives au contrat d'adhésion devront être envoyées à l'adresse suivante :

**GROUPE APICIL
Service Relation Client
38, rue François Peissel
69300 CALUIRE et CUIRE**

Si un désaccord persistait après la réponse donnée par l'Institution, l'avis d'un médiateur pourra être demandé sans préjudice d'une action ultérieure devant le tribunal compétent. Les conditions d'accès à ce médiateur sont alors communiquées sur simple demande à l'adresse suivante :

**Médiateur du CTIP
10, rue Cambacérès
75008 PARIS**

INFORMATIQUE ET LIBERTES

Les informations vous concernant sont utilisées conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 Janvier 1978 modifiée. Elles sont destinées à APICIL PREVOYANCE et sont nécessaires au traitement des dossiers.

Elles sont susceptibles d'être transmises à des tiers pour les besoins de la gestion du contrat d'adhésion, et le cas échéant, à ses réassureurs. Vous pouvez accéder aux informations vous concernant et demander de procéder aux rectifications nécessaires en adressant un courrier en ce sens au siège de l'Institution.

TITRE 2 : GARANTIE DECES

OBJET DE LA GARANTIE

Si elle a été souscrite par votre entreprise, la garantie DECES a pour objet d'assurer le versement d'un capital au cas où vous décéderiez ou si vous étiez mis en Invalidité Absolue et Définitive.

Si vous en avez fait le choix, le capital décès est réduit pour permettre le paiement d'une rente d'éducation à vos enfants à charge au moment du décès.

A défaut de choix exprimé de manière explicite par le participant, c'est l'option Capital décès seul qui s'applique.

Lorsque le contrat ou l'avenant d'adhésion fait suite à un contrat précédent souscrit également auprès d'APICIL PREVOYANCE, le choix d'option que vous aviez exprimé de manière explicite sous l'empire du contrat précédent restera en vigueur en tout état de cause et ce tant que vous n'en aurez pas expressément disposé autrement.

MONTANT DE LA GARANTIE

Le montant du capital seul ou du capital réduit et de la rente éducation est fixé au tableau des garanties.

Une majoration du capital en fonction de votre situation de famille existant au jour du décès peut, le cas échéant, être également prévue.

Lorsqu'il est prévu un capital majoré pour les personnes mariées, cette majoration s'applique aussi aux personnes ayant conclu un pacte civil de solidarité (PACS).

En cas de décès au cours d'un même événement, de vous-même et de personnes ouvrant droit à la majoration pour le calcul du capital décès, sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès, vous êtes présumé avoir survécu.

QUAND ETES-VOUS CONSIDERE EN ETAT D'IAD ?

Vous êtes en état d'Invalidité Absolue et Définitive si avant la liquidation de votre pension vieillesse de la Sécurité Sociale :

- vous êtes reconnu invalide 3^{ème} catégorie par la Sécurité Sociale ou bénéficiez, au titre de la législation sur les accidents de travail et les maladies professionnelles, d'une rente à 100 % avec majoration pour assistance d'une tierce personne.
- et que vous apportez la preuve que vous êtes incapable d'exercer une profession quelconque (et pas seulement la profession que vous exerciez avant votre invalidité) ou de vous livrer à aucun travail vous donnant un gain ou un profit (le seul classement en invalidité 3^{ème} catégorie par la Sécurité Sociale ne suffit pas).

Le versement du capital en cas d'Invalidité Absolue et Définitive met fin à toutes les garanties issues de votre décès ou celui d'un membre de votre famille.

A QUI EST VERSE LE CAPITAL EN CAS DE DECES ?

Le capital garanti est versé, à votre décès :

- en priorité à votre conjoint survivant non divorcé, non séparé judiciairement,
- à défaut et à parts égales entre eux, à vos enfants, vivants ou représentés,
- à défaut et à parts égales entre eux, à vos père et mère vivants,
- à défaut et à parts égales entre eux, à vos frères et sœurs, vivants ou représentés,
- à défaut, à vos héritiers, en proportion de leurs parts héréditaires.

Cependant, vous gardez la possibilité de faire une désignation différente qui devra être transmise à APICIL PREVOYANCE en utilisant de préférence le formulaire établi à cet effet par l'Institution.

Votre désignation de bénéficiaire peut également être effectuée notamment par voie d'acte sous seing privé ou par acte authentique (notaire...).

Lorsque le bénéficiaire est nommément désigné, vous pouvez indiquer ses coordonnées afin, qu'après votre décès, l'Institution puisse l'informer de la désignation faite à son profit.

Il est recommandé de modifier la clause bénéficiaire lorsque celle-ci n'est plus appropriée.

Lorsque le contrat ou l'avenant d'adhésion fait suite à un contrat précédent souscrit également auprès d'APICIL PREVOYANCE, la désignation expresse de bénéficiaire(s) de prestations décès différente de la désignation supplétive ci-dessus, qui aurait été faite sous l'empire du contrat précédent, restera en vigueur en tout état de cause et ce tant que vous n'en aurez pas expressément disposé autrement.

En cas d'acceptation conjointe par le bénéficiaire et vous-même, la désignation devient en principe irrévocable : vous ne pourrez donc plus modifier cette désignation sans le consentement du bénéficiaire, sauf disposition légale contraire.

Attention, le concubin ou le partenaire titulaire d'un PACS n'étant pas visé par la désignation réglementaire type ci-dessus, il doit nous être désigné expressément, si tel est votre souhait.

Si le bénéficiaire désigné par un participant ayant des enfants à charge, n'est ni le conjoint survivant, ni ses enfants, ledit bénéficiaire ne saurait en aucun cas, recevoir un capital supérieur à celui qui serait versé, à raison du décès du participant célibataire.

Dans ce cas, la différence est obligatoirement répartie entre les enfants à charge du participant, nonobstant toute disposition contraire.

De même, si le conjoint survivant ou le partenaire avec qui le participant était lié par un PACS n'a pas la garde de la totalité des enfants, il ne peut être versé à ce conjoint survivant ou à ce partenaire, que le capital résultant du décès d'un participant marié sans enfant, auquel viendront s'ajouter les majorations pour les enfants, dont il a effectivement la charge.

Les majorations pour enfants à charge, seront versées au prorata des personnes ayant effectivement la garde des enfants.

En l'absence de bénéficiaire désigné, c'est la désignation réglementaire type ci-dessus qui s'appliquera.

En cas d'Invalidité Absolue et Définitive, le capital vous est payé directement ou à votre représentant légal.

RENTE D'EDUCATION

Si vous avez opté pour le capital réduit complété d'une rente d'éducation, et en cas de décès avant la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité Sociale, il sera versé à chacun de vos enfants à charge, une rente d'éducation dont le montant est fixé au tableau des garanties.

Vous pouvez modifier cette option à tout moment.

Lorsqu'il ne reste plus qu'un enfant à charge, l'option rente d'éducation cesse d'être valable au 1^{er} jour du trimestre civil au cours duquel cet enfant a atteint son 17^{ème} anniversaire, sauf manifestation contraire de votre part.

Si cela est prévu au tableau des garanties, la rente d'éducation peut être majorée pour les orphelins de père et mère.

La rente d'éducation est versée, à terme échu, du lendemain du jour du décès, **jusqu'à la fin du trimestre civil au cours duquel l'enfant cesse de remplir les conditions requises pour être bénéficiaire (cf. la garantie rente d'éducation), et au plus tard jusqu'à la fin du trimestre de son 26^{ème} anniversaire** sauf conditions particulières différentes prévues au tableau des garanties.

Le total annuel des rentes versées au titre d'un décès, ne peut dépasser 100 % de votre traitement de base éventuellement revalorisé. Si cela est nécessaire, chaque rente sera réduite proportionnellement.

Pour le versement de la rente d'éducation, l'enfant à charge ne doit pas percevoir une rémunération supérieure à 50% du SMIC.

GARANTIES ANNEXES

Les Conditions Particulières de votre contrat peuvent également prévoir sans que cette liste soit limitative, les garanties suivantes :

- le versement d'une allocation obsèques en cas de décès de vous-même ou d'un membre de votre famille.

- le versement d'un capital en cas de :

- décès accidentel
- décès simultané ou postérieur du conjoint
- décès d'un membre de la famille
- décès du retraité

Elles peuvent également prévoir un aménagement de chacune des définitions qui suit.

Les garanties annexes souscrites figurent au tableau des garanties.

La situation de famille qui sert de base de calcul des droits est celle existant au jour du décès.

DECES ACCIDENTEL

Si la garantie est prévue au tableau des garanties, un capital supplémentaire est versé lorsque votre décès est imputable à un accident.

Le décès doit intervenir dans les 6 mois à compter de la date de l'accident.

On entend par accident, toute atteinte corporelle non intentionnelle de votre part, provenant de l'action soudaine et fortuite d'une cause extérieure. Aussi, l'Institution n'est pas tenue par la définition de l'accident retenue par la Sécurité Sociale notamment en matière d'accident du travail.

Le décès n'est pas considéré comme accidentel, lorsqu'il est survenu à la suite d'une intervention chirurgicale. De même, les affections vasculaires, cérébrales ou cardiaques, les affections coronariennes, l'infarctus du myocarde ne sont pas considérés comme des accidents.

La preuve de la relation directe de cause à effet, entre l'accident et le décès, ainsi que la preuve de la nature de l'accident, incombent aux bénéficiaires.

Le tableau de vos garanties, peut également prévoir le paiement d'un capital majoré, lorsque le décès résulte d'un accident de la circulation ou d'un accident d'avion.

Par accident de la circulation, il faut entendre et ce, exclusivement, l'accident provoqué :

- **par un véhicule quelconque, un piéton ou un animal, lorsque vous circulez à pied sur une voie publique ou privée.**
- **par l'usage comme conducteur ou passager, d'un moyen de transport public ou privé par voie de terre.**
- **par l'usage comme passager seulement, d'un moyen de transport (public ou privé) par voie de fer, d'air ou d'eau.**

Par accident d'avion, il faut entendre le décès résultant d'un accident de navigation aérienne, lorsqu'un certificat valable de navigation a été délivré pour l'appareil et que le pilote est titulaire d'un brevet ou d'une licence non périmée, ce pilote pouvant être vous-même.

DECES SIMULTANE OU POSTERIEUR DU CONJOINT OU DU PARTENAIRE (double effet)

En cas de décès simultané, ou postérieur, de votre conjoint non divorcé, non séparé judiciairement ou du partenaire avec qui vous étiez lié par un PACS un capital sera versé (*et partagé en parts égales*) à vos enfants vivants lors de la demande de son versement, à la double condition :

- que votre conjoint ou votre partenaire avec qui vous étiez lié par un PACS ne soit pas remarié au jour de son décès (*il en va de même de la conclusion d'un PACS par ces derniers*),
- que les enfants bénéficiaires du capital soient à la charge de votre conjoint ou de votre partenaire avec qui vous étiez lié par un PACS le jour de son décès et aient été à votre charge de votre vivant.

Le montant du capital est le même que celui qui a (ou aurait) été versé à raison du premier décès au titre de la garantie « décès toutes causes », sauf s'il en est précisé autrement au tableau des garanties.

En cas de décès simultané ou postérieur des enfants pouvant en bénéficier, le capital « double effet » n'est pas dû.

Cette garantie cesse en cas de résiliation de la garantie capital Décès.

DECES D'UN MEMBRE DE LA FAMILLE

Si la garantie est prévue au tableau des garanties, il peut vous être versé un capital en cas de décès d'un membre de votre famille (*conjoint non divorcé, non séparé judiciairement, partenaire avec qui vous étiez lié par un PACS, enfant à charge ou ascendant à charge*).

Le tableau des garanties précise alors le montant de ce capital et la liste des personnes ouvrant droit au paiement de ce capital.

Dans tous ces cas, le capital vous sera versé ou, à défaut, selon les mêmes règles que celles édictées au paragraphe intitulé « A qui est versé le capital en cas de décès ? »

Toutefois, pour le décès d'un enfant de moins de 12 ans, il ne peut être versé aucun capital.

DECES D'UN RETRAITE

Si la garantie est prévue au tableau des garanties, en cas de décès dans les 12 mois de votre prise de retraite et à condition qu'au moment de votre décès vous ayez cotisé 10 ans ou plus à APICIL PREVOYANCE (ou aux Institutions de prévoyance fusionnées qui l'ont précédée), il peut être versé à vos ayants droit un capital décès dont le montant est fixé au tableau des garanties.

ALLOCATION OBSEQUES

Si la garantie est prévue au tableau des garanties, l'allocation obsèques peut être liée à votre décès ou à celui d'un membre de votre famille (*conjoint non divorcé, non séparé judiciairement, partenaire avec qui vous étiez lié par un PACS ou enfant à charge*).

Le tableau des garanties liste les personnes dont le décès peut ouvrir droit au versement de cette allocation et son montant.

Lorsque cette allocation est exprimée en pourcentage du plafond de la Sécurité Sociale, c'est le plafond mensuel en vigueur au jour du décès qui est pris en compte.

L'allocation est versée à la personne ayant acquitté les frais d'obsèques dans la limite des frais réellement engagés ou directement aux pompes funèbres sur demande.

Le différentiel éventuel entre l'allocation contractuelle et la facture sera versé au(x) bénéficiaire(s) du capital décès en cas de décès du participant ou au participant en cas de décès du conjoint, du partenaire avec qui le participant est lié par un PACS ou d'un enfant à charge de plus de 12 ans.

Pour le décès d'un enfant de moins de 12 ans, il ne sera donc versé aucune allocation obsèques.

Lorsque la facture a été intégralement acquittée dans le cadre d'une convention obsèques, la garantie n'est pas due.

MAINTIEN DE LA GARANTIE DECES

Pendant toute la durée d'ouverture du droit aux prestations d'incapacité temporaire de travail et d'invalidité permanente, les garanties décès, lorsqu'elles sont prévues, sont maintenues sur la base des conditions du contrat en vigueur au jour de l'arrêt de travail dans la mesure où le participant n'a pas d'activité rémunérée pendant le versement des prestations.

Les cotisations ne sont appelées que sur le complément de salaire versé par l'entreprise.

Les garanties décès sont maintenues, en cas de résiliation du contrat d'adhésion, dans les conditions prévues aux articles 2, 7-1 et 30 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (dite loi Evin).

Ainsi, les salariés appartenant à la catégorie de personnel bénéficiaire qui viendront à percevoir des indemnités journalières ou une rente d'invalidité se verront maintenir les garanties décès prévues, jusqu'au terme de leur période d'incapacité ou d'invalidité y compris en cas de rupture de leur contrat de travail ou de résiliation de l'adhésion.

Après résiliation du contrat d'adhésion, la base des prestations en cas de décès cessera d'être revalorisée.

En cas de rupture du contrat de travail du salarié bénéficiaire des indemnités journalières ou de la rente d'invalidité, les garanties décès maintenues seront celles dont il bénéficiait le jour de la rupture de son contrat de travail.

Il est spécifié expressément que les titulaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité dont le contrat de travail a été rompu antérieurement à l'adhésion auprès d'APICIL PREVOYANCE ne bénéficient pas du maintien des garanties décès.

QUAND CONSTITUER UN DOSSIER DE DEMANDE DE REGLEMENT ?

Les décès doivent être déclarés dans les 3 mois suivant l'événement.

COMMENT CONSTITUER UN DOSSIER DE DEMANDE DE REGLEMENT ?

Le participant, ou le bénéficiaire, doit fournir à APICIL PREVOYANCE, directement ou par l'intermédiaire de votre entreprise, en fonction des circonstances, différents documents et notamment :

En cas de décès :

- une déclaration de sinistre,
- un acte de naissance du décédé,
- un extrait d'acte de décès,
- un certificat de notoriété ou un acte notarié,
- les justificatifs de paiement des prestations en espèces de Sécurité Sociale,

- une copie du livret de famille tenu à jour,
- un procès verbal de police ou de gendarmerie,
- un certificat médical précisant la cause du décès,
- les justificatifs des personnes à charge.

En cas d'Invalidité Absolue et Définitive :

- la notification de la décision de la Sécurité Sociale attribuant l'allocation pour assistance d'une tierce personne et la mise en invalidité de 3^{ème} catégorie,
- les justificatifs des personnes à charge,
- un certificat médical.

En tout état de cause, l'Institution pourra demander toute autre pièce utile à l'instruction du dossier (c'est notamment le cas pour les bénéficiaires de la portabilité des droits ; il pourra leur être demandé des justificatifs d'affiliation à l'assurance chômage et de perception d'indemnités chômage).

TITRE 3 : RENTE **D'EDUCATION**

OBJET DE LA GARANTIE

Si elle a été souscrite par votre entreprise, la garantie a pour objet, en cas de décès du participant, d'assurer à chaque enfant bénéficiaire le service d'une rente.

Cette garantie spécifique est différente de celle prévue à la garantie décès qui est optionnelle et qui s'obtient par réduction du capital garanti, pour les participants ayant fait ce choix.

ENFANTS BENEFICIAIRES

Les enfants bénéficiaires sont les enfants à charge du participant.

Sont considérés comme à charge :

S'ils sont légitimes, reconnus ou adoptés

- vos enfants mineurs.
- vos enfants majeurs, jusqu'à leur 26^{ème} anniversaire, entrant en ligne de compte pour la détermination du nombre de parts en vue du calcul de votre impôt sur le revenu ou du parent survivant, ou bénéficiaires d'une pension alimentaire imputée sur ladite déclaration **et ne percevant pas une rémunération supérieure à 50 % du SMIC,**
- les enfants de votre conjoint, ou du partenaire avec qui vous êtes lié par un PACS, fiscalement à charge pour la détermination du nombre de parts, en vue du calcul de votre impôt sur le revenu **et ne percevant pas une rémunération supérieure à 50 % du SMIC,**
- vos enfants, à naître dans les 300 jours après votre décès.

La situation de famille qui sert de base de calcul des droits est celle existant au jour du décès, sauf pour les enfants à naître.

DEFINITION ET MONTANT DES PRESTATIONS

Il est versé aux enfants bénéficiaires ou au représentant légal de ceux-ci, une rente temporaire immédiate, dont le montant annuel est fixé au tableau des garanties.

Les rentes peuvent être majorées pour les orphelins de père et mère.

Le total annuel des rentes versées au titre d'un décès, ne peut dépasser 100% du traitement de base du participant éventuellement revalorisé.

Si cela est nécessaire, chaque rente sera réduite proportionnellement.

MODALITES DE REGLEMENT

La date d'effet des rentes est fixée au lendemain du jour du décès du participant.

Les rentes sont payables trimestriellement à terme échu, sous condition de vie et sur présentation annuelle, si besoin, d'un justificatif d'enfant à charge.

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.

En cas de décès du bénéficiaire, un prorata est dû pour le trimestre civil au cours duquel il décède.

Lorsque la garantie prévoit une rente progressive, la majoration intervient au 1^{er} jour du trimestre civil qui suit l'anniversaire du bénéficiaire.

La même règle est appliquée lorsque la rente est majorée pour les orphelins de père et de mère.

La rente est versée au représentant légal de l'enfant ou à l'enfant lui-même, s'il jouit de la capacité juridique.

CONDITIONS DU MAINTIEN DU SERVICE DE LA RENTE

Le maintien du service des rentes d'éducation aux enfants majeurs est subordonné à la réalisation des conditions suivantes :

- être rattaché au foyer fiscal du parent survivant,
- ou être bénéficiaire d'une pension alimentaire,
- ou poursuivre des études supérieures (inscription à la Sécurité Sociale étudiante),

et ne pas percevoir une rémunération supérieure à 50 % du SMIC.

TITRE 4 : RENTE DE CONJOINT

OBJET DE LA GARANTIE

Si elle est souscrite par votre entreprise, la garantie a pour objet, en cas de décès du participant, d'assurer à son conjoint survivant le service d'une rente viagère et/ou éventuellement d'une rente temporaire.

CONJOINT SURVIVANT

Par conjoint survivant, il faut entendre le conjoint survivant du participant non séparé judiciairement ou le partenaire survivant avec qui le participant avait conclu un PACS.

DEFINITION ET MONTANT DES PRESTATIONS

1 - Rente viagère

Il est versé au conjoint survivant une rente viagère immédiate dont le montant annuel est déterminé au tableau des garanties.

En cas de rente viagère calculée sous déduction des pensions de réversion des régimes de retraites complémentaires, l'assiette de cette rente se fera en tenant compte de l'ensemble des pensions de réversion que perçoit le bénéficiaire ou qu'aurait pu percevoir le bénéficiaire s'il avait été marié.

2 - Rente temporaire

Lorsque le conjoint ne peut prétendre immédiatement, mais seulement à effet différé, aux droits de réversion de la pension de retraite des régimes complémentaires auxquels le participant était affilié, il est versé au conjoint survivant, une rente temporaire immédiate, dont le montant annuel est également déterminé au tableau des garanties.

La rente n'est pas due lorsque le conjoint ne demande pas la liquidation de ses droits à réversion alors qu'il peut y prétendre.

GARANTIE SUBSTITUTIVE POUR LES CELIBATAIRES, VEUF, DIVORCES

Si votre contrat le prévoit, et que vous êtes célibataire, veuf, divorcé ou séparé judiciairement, vous bénéficiez d'une garantie substitutive couvrant le risque décès, et assurant un capital égal à un pourcentage du traitement de base, fixé au tableau des garanties.

Le capital est versé aux bénéficiaires selon les dispositions prévues au paragraphe intitulé « A qui est versé le capital en cas de décès ? »

PAIEMENT ET DUREE

La date d'effet des rentes est fixée au lendemain du jour du décès du participant.

Les rentes sont payables trimestriellement, à terme échu, sous condition de vie et sur présentation annuelle d'un extrait de naissance de moins de 3 mois.

En cas de remariage ou de la conclusion d'un PACS par le conjoint bénéficiaire ou en cas de mariage ou de la conclusion d'un nouveau PACS par le partenaire avec qui le participant était lié par un PACS ou enfin en cas de décès du bénéficiaire de la rente, le versement de celle-ci cesse, cependant un prorata de rente est dû pour le trimestre civil au cours duquel le bénéficiaire se remarie, conclut un PACS ou décède.

En tout état de cause, la rente temporaire cesse à la date à laquelle le bénéficiaire peut prétendre aux pensions de réversion des régimes de retraite complémentaire. Elle cessera d'être versée au pacsé dans les mêmes conditions que si le partenaire avait été marié avec le participant, c'est-à-dire au moment où il aurait pu prétendre à des droits à réversion des régimes de retraite complémentaire.

TITRE 5 : INCAPACITE TEMPORAIRE INVALIDITE

OBJET DE LA GARANTIE

Si elle a été souscrite par votre entreprise, la garantie INCAPACITE - INVALIDITE a pour objet de vous assurer, en cas d'arrêt de travail pour maladie ou accident survenus pendant votre période d'affiliation, le versement d'indemnités journalières ou d'une rente d'invalidité en complément des prestations (indemnités journalières, pensions ou rentes) qui vous seront servies par la Sécurité Sociale.

Il est toutefois rappelé que le paiement des prestations par l'Institution peut être subordonné à un contrôle médical.

De plus, les personnes en arrêt de travail à la date d'effet du contrat d'adhésion ne sont pas garanties au titre de l'incapacité temporaire de travail, le risque étant déjà réalisé.

QUAND BENEFICIEZ-VOUS DE LA GARANTIE ?

Vous bénéficiez de la garantie dès la prise d'effet du contrat ou à partir de votre date d'entrée dans l'entreprise ou de promotion dans la catégorie de personnel visée par l'adhésion.

La garantie cesse :

- Si le contrat d'adhésion de l'entreprise est suspendu ou résilié,
- Si votre contrat de travail est suspendu ou rompu ou en cas de passage dans une catégorie de personnel non visée par le contrat,
- A la date d'effet de la retraite de Sécurité Sociale.

QUE PERCEVEZ-VOUS EN CAS D'ARRET DE TRAVAIL ?

Incapacité temporaire de travail

Si par suite de maladie ou d'accident vous deviez cesser votre travail et que vous perceviez des indemnités journalières de la Sécurité Sociale, nous vous verserions des indemnités journalières complémentaires à l'expiration d'une durée d'arrêt total de travail appelée franchise.

L'incapacité temporaire totale de travail se définit comme l'incapacité de travail médicalement constatée selon laquelle le participant ne peut exercer son activité professionnelle d'aucune manière, qu'il s'agisse d'une activité effective ou limitée à la direction ou à la surveillance.

Le montant de l'indemnité journalière complémentaire ainsi que la durée et les modalités d'application de cette franchise sont rappelés au tableau des garanties.

Les indemnités journalières sont servies au maximum tant que dure l'incapacité temporaire de travail donnant lieu au versement des indemnités journalières de la Sécurité Sociale.

Elles viennent en principe compléter les remboursements opérés par le régime général de la Sécurité Sociale et ne peuvent, en toute hypothèse, avoir pour conséquence de procurer au participant des revenus supérieurs à la rémunération nette qu'il percevrait en l'absence de cessation d'activité, dès lors que les prestations servies par l'Institution réparent le préjudice de perte de revenu subi par celui-ci.

Ces prestations ont un caractère indemnitaire dans la mesure où elles ont pour objet de pallier la perte de revenus subie par le participant et de compenser l'atteinte à l'intégrité physique qu'il subit. Elles ouvrent droit à recours subrogatoire au cas où le dommage subi, à l'origine de leur versement, est imputable à un tiers.

Invalidité permanente

En fonction de votre état de santé, la Sécurité Sociale peut vous reconnaître comme invalide de première, deuxième ou troisième catégorie.

Les catégories d'invalidité prises en charge ainsi que le montant de la rente d'invalidité, en fonction de la catégorie, sont fixées au tableau des garanties.

La rente est servie tant que dure votre invalidité et que vous percevez une pension d'invalidité de la Sécurité Sociale.

Elle cesse à la date de liquidation de vos droits au titre de l'assurance vieillesse de la Sécurité Sociale.

Majoration

Lorsque la garantie comporte une majoration pour enfants à charge, les personnes prises en considération sont celles à votre charge à la date de l'arrêt de travail.

Cette majoration est servie tant que l'enfant remplit les conditions requises pour être considéré comme « enfant à charge ».

DISPOSITIONS APPLICABLES EN CAS D'ACCIDENT DE TRAVAIL OU DE MALADIE PROFESSIONNELLE

Incapacité temporaire

Si votre incapacité temporaire résulte d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, le montant des prestations que nous vous versons, cumulé avec celui versé par la Sécurité Sociale, ne peut excéder ce qui vous aurait été versé par ces deux organismes, si vous n'aviez pas été victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.

Incapacité permanente

Les mêmes règles de maximum des prestations s'appliquent en cas d'incapacité permanente.

Lorsque le taux d'incapacité permanente partielle déterminé par le médecin conseil de la Sécurité Sociale est égal ou supérieur à 66 %, la prestation que nous vous servons est celle prévue pour une invalidité de 2^{ème} catégorie de la Sécurité Sociale.

Si le contrat prévoit la prise en charge de l'invalidité 1ère catégorie de Sécurité Sociale et que le taux de votre rente est compris entre 33 et 66 %, notre prestation est calculée en fonction du rapport : $(N-33)/33$ dans lequel N est le taux d'incapacité permanente partielle déterminé par le médecin de la Sécurité Sociale.

Ainsi, aucune rente n'est versée lorsque le taux est inférieur ou égal à 33 %.

REPRISE DU TRAVAIL

Reprise du travail à temps partiel thérapeutique

Si après une période d'incapacité totale temporaire, et à condition que le service des prestations en espèces de la Sécurité Sociale lui soit maintenu, le participant reprend une activité rémunérée à temps partiel, le montant desdites indemnités journalières est diminué à due concurrence.

Reprise du travail - rechute

Tout nouvel arrêt de travail survenant dans un délai maximum de 2 mois suivant la reprise du travail pour un arrêt ayant déjà donné lieu à paiement des indemnités journalières complémentaires de même nature (maladie ou accident du travail), est considéré comme une rechute.

Aucune franchise, en dehors de celle éventuellement pratiquée par la Sécurité Sociale, n'est alors appliquée et le versement des prestations reprend sur les mêmes bases qu'avant ladite reprise de travail.

Une rechute survenant plus de 2 mois après la reprise du travail est considérée comme un nouvel accident ou une nouvelle maladie et la franchise est à nouveau applicable.

CUMUL

- En Incapacité :
Le total de la rémunération nette perçue de l'employeur, des prestations nettes versées par la Sécurité sociale ou tout autre régime d'assurance ayant le même objet, par le Pôle Emploi et des prestations complémentaires servies par l'Institution **ne peut excéder le traitement de base net**, éventuellement revalorisé, ayant servi au calcul des indemnités complémentaires.
- En Invalidité :
Le total de la rémunération nette perçue de l'employeur, des prestations brutes versées par la Sécurité sociale ou tout autre régime d'assurance ayant le même objet, des indemnités nettes versées par le Pôle Emploi et des prestations complémentaires servies par l'Institution **ne peut excéder le traitement de base net**, éventuellement revalorisé, ayant servi au calcul des rentes complémentaires.

S'il n'en était pas ainsi, les prestations servies par l'Institution seraient alors réduites à due concurrence.

En tout état de cause, un participant ne pourra percevoir pendant ces périodes de cessation d'activité plus que son traitement de base net éventuellement revalorisé.

Les droits garantis pendant la période de portabilité des droits, au titre de l'incapacité temporaire de travail, ne peuvent conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités nettes de toute nature d'un montant cumulé supérieur à celui des allocations chômage nettes (c'est-à-dire retenues pour leur montant après précompte des contributions sociales et impositions de toute nature) qu'il aurait perçu au titre de la même période.

En cas d'arrêt de travail pendant le délai de carence et le différé d'indemnisation du Pôle Emploi, le montant théorique de la première période de l'allocation chômage sera fictivement reconstitué pour appliquer la limitation prévue au paragraphe ci-dessus.

COMMENT ET A QUI SONT PAYEES LES PRESTATIONS ?

Les indemnités journalières complémentaires sont versées, sur présentation des décomptes justificatifs de paiement de la Sécurité Sociale et pour les périodes correspondant aux décomptes qui nous sont adressés.

Elles sont versées à votre entreprise pendant toute la durée de votre contrat de travail. Après la rupture du contrat de travail, elles vous sont réglées directement.

La rente complémentaire d'invalidité vous est versée directement, sur présentation de la notification d'invalidité de la Sécurité Sociale et du justificatif de paiement de cet organisme.

Elle est payée mensuellement à terme échu avec un prorata d'arrangements au décès.

Elle continue d'être servie à condition que l'état de santé séquellaire du participant réponde, sur le plan médico-légal, à la définition de la catégorie de l'invalidité dans laquelle il a été classé par la Sécurité sociale.

De plus, elle est servie au maximum tant que dure l'invalidité et que le participant perçoit une pension d'invalidité de la Sécurité Sociale et **cesse en tout état de cause à la date de liquidation des droits au titre de l'assurance vieillesse de la Sécurité Sociale ou, sauf en cas d'invalidité 1^{ère} catégorie, lorsque le participant reprend une activité professionnelle salariée ou non.**

Enfin, la rente d'invalidité cesse d'être versée dès lors que le participant ne demande pas la liquidation de ses droits à une pension de vieillesse de la Sécurité Sociale alors qu'il peut y prétendre.

Si vous ne bénéficiez pas des prestations de la Sécurité Sociale du fait que vous ne remplissez pas les conditions de durée d'immatriculation, le règlement des prestations est effectué par APICIL PREVOYANCE comme si cet organisme intervenait, sous réserve que lui soit délivrée toute pièce justifiant de l'arrêt de travail acceptée comme telle par l'Institution (*avis initial d'arrêt de travail et avis de prolongation*).

Il en est de même lorsque vous relevez de plusieurs régimes de base dont celui de la sécurité sociale mais ne pouvez pas bénéficier des prestations de ce dernier (*notamment à la suite d'un changement de situation de son régime de base*). Là encore, le règlement des prestations est effectué par APICIL PREVOYANCE comme si la Sécurité Sociale intervenait, **sous réserve toutefois des règles de cumul prévues ci-dessus.**

PARTICULARITES LIEES A LA PORTABILITE DES DROITS

Franchise : du fait de la non portabilité du « maintien de salaire », il ne sera tiré aucune conséquence de l'ancienneté de l'ancien salarié. Il y aura donc application unique de la franchise contractuelle (*à défaut la franchise de base de la convention collective, c'est-à-dire celle à partir de laquelle le montant du salaire maintenu diminue*) à tous les bénéficiaires de la portabilité des droits.

Période de carence du régime d'assurance chômage : si l'ancien salarié est en incapacité de travail alors que l'allocation chômage ne lui a pas encore été versée, celle-ci sera reconstituée sur la base des conditions du régime d'assurance chômage applicables au jour de l'incapacité. Il en sera de même si la date théorique de fin de droit à l'allocation chômage survient au cours de la période d'indemnisation.

CESSATION DU PAIEMENT SUITE A CONTROLE

Le versement peut cesser en tout état de cause lorsque l'Institution, à la suite d'un contrôle effectué en matière médicale, adopte une position différente de celle de la Sécurité Sociale.

Il est en effet rappelé que l'Institution n'est pas liée par la décision de la Sécurité Sociale, seule étant prise en compte la réalité de l'atteinte portée à la capacité du participant d'exercer une activité professionnelle.

COMMENT CONSTITUER UN DOSSIER DE DEMANDE DE PRESTATIONS ?

En cas d'arrêt de travail, votre entreprise doit remplir un imprimé « déclaration de sinistre », qui doit nous être adressé dès la fin de la période de franchise et au plus tard dans les 60 jours qui suivent.

Passé ce délai, le service des prestations périodiques prendra effet à la date de la déclaration du sinistre.

Sur cet imprimé sont mentionnées les pièces que vous devez fournir pour constituer votre dossier et, notamment les décomptes d'indemnités journalières de Sécurité Sociale depuis le début de l'arrêt de travail, un certificat médical et la notification d'une pension ou d'une rente de la Sécurité Sociale.

En tout état de cause, l'Institution pourra demander toute pièce utile à l'instruction du dossier (*c'est notamment le cas pour les bénéficiaires de la portabilité des droits ; il pourra leur être demandé des justificatifs d'affiliation à l'assurance chômage et de perception d'indemnités chômage*).