

APICIL Prévoyance Règlement

Modifié par l'Assemblée générale du 25 juin 2015.

APICIL Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du Code de la sécurité sociale, dont le siège social est situé au 38, rue François Peissel – 69300 CALUIRE ET CUIRE

Décès – Incapacité de travail – Invalidité – Frais médicaux

1^{ÈRE} PARTIE-CONDITIONS GENERALES 3

Article 1 – Objet	3
Article 2 – Base légale	3
Article 3 – Adhésion	3
Article 4 – Fondement – Effet – Durée – Renouvellement de l'Adhésion	3
Article 5 – Participants	4
Article 6 – Ouverture des garanties, portabilité des droits et cessation des garanties	4
Article 7 – Base des cotisations	5
Article 8 – Recouvrement des cotisations	5
Article 9 – Non-paiement des cotisations	5
Article 10 – Déclaration annuelle des données sociales (DADS) et ajustement annuel des cotisations	6
Article 11 – Assiette des prestations	6
Article 12 – Revalorisation des prestations	6
Article 13 – Déclaration des sinistres – Déchéances	7
Article 14 – Maintien des garanties et des prestations	7
Article 15 – Exclusions	7
Article 16 – Modification des garanties	9
Article 17 – Contrôle médical	9
Article 18 – Sauvegarde, Redressement judiciaire ou liquidation judiciaire	9
Article 19 – Prescription	9
Article 20 – Election de domicile	9
Article 21 – Mobilité des participants à l'étranger	9
Article 22 – Recours contre tiers responsable	10
Article 23 – Contrôle de l'Institution	10
Article 24 – Fausse déclaration	10
Article 25 – Réclamation – Règlement des litiges	10
Article 26 – Informatique et libertés	10

2^{ÈME} PARTIE – CONDITIONS SPECIFIQUES A CHACUNE DES GARANTIES 10

TITRE I : GARANTIE DECES..... 10

Article 1 – Objet de la garantie	10
Article 2 – Définitions et montant	10
Article 3 – Rente d'Education	12
Article 4 – Majoration pour charges de famille	12
Article 5 – Définition des bénéficiaires	12

TITRE II : RENTE D'EDUCATION 13

Article 1 – Objet de la garantie	13
Article 2 – Enfants bénéficiaires	13
Article 3 – Définition et montant des prestations	13
Article 4 – Modalités de règlement	13

TITRE III : RENTE DE CONJOINT 14

Article 1 – Objet de la garantie	14
Article 2 – Conjoint survivant	14
Article 3 – Définition et montant des prestations	14
Article 4 – Garantie substitutive pour les célibataires, veufs, divorcés	14
Article 5 – Paiement et durée	14

TITRE IV : INCAPACITE DE TRAVAIL INVALIDITE PERMANENTE	14
Article 1 – Objet de la garantie	14
Article 2 – Incapacité temporaire de travail.....	15
Article 3 – Invalidité permanente	15
Article 4 – Dispositions applicables en cas d'accident du travail ou de maladies professionnelles	15
Article 5 – Dispositions communes aux prestations prévues en cas d'arrêts de travail	15
 TITRE V : FRAIS MEDICAUX	 17
Article 1 – Objet de la garantie	17
Article 2 – Bénéficiaires	17
Article 3 – Nature des remboursements	17
Article 4 – Montant des remboursements.....	17
Article 5 – Fait générateur.....	18
Article 6 – Limite des remboursements	18
Article 7 – MODALITES d'affiliation.....	18
Article 8 – Cessation des garanties et carte de tiers payant.....	18
Article 9 – Indus	18

1^{ère} PARTIE-CONDITIONS GENERALES

ARTICLE 1 – OBJET

Le présent règlement détermine les conditions dans lesquelles APICIL PREVOYANCE, ci-après dénommée « l'Institution », assure des garanties en cas de décès, d'incapacité de travail, d'invalidité ou de frais médicaux, aux participants des entreprises adhérentes relevant des catégories de personnel ou groupes de personnes visés au contrat d'adhésion ou qui ont adhéré individuellement.

Il est possible de déroger dans les conditions particulières aux dispositions du présent règlement.

ARTICLE 2 – BASE LEGALE

Toutes les dispositions retenues pour la mise en œuvre et la cessation des garanties assurées par l'Institution, sont régies par le livre IX du Code de la sécurité sociale ainsi que par ses statuts et le présent règlement.

ARTICLE 3 – ADHESION

3-1 Engagement de l'adhérent

L'adhérent s'engage à fournir pour la souscription du contrat d'adhésion :

- la liste de l'ensemble du personnel concerné par les garanties souscrites comprenant notamment :
 - le nom et le prénom,
 - la date de naissance,
 - la situation de famille,
 - le salaire annuel,
 - l'adresse.
- les questionnaires médicaux si l'Institution en fait la demande, sachant que les déclarations des participants soumises au médecin conseil de l'Institution conditionnent les termes du contrat d'adhésion,
- la liste du personnel en arrêt de travail indemnisé ou non au titre de l'assurance maladie ou par un précédent organisme assureur complémentaire, accident du travail, maladie professionnelle ou de l'invalidité, à la date d'effet des garanties y compris pour ceux dont le contrat de travail est suspendu voire résilié,
- la liste du personnel en mi-temps thérapeutique ou en invalidité 1^{ère} catégorie,
- la liste des bénéficiaires de la portabilité des droits à la date d'effet des garanties ainsi que la durée ou la date du terme ultime de ces droits.

3-2 Contrat d'adhésion

Le contrat d'adhésion comprend les conditions générales communes à toutes les garanties proposées par l'Institution, les conditions générales relatives aux garanties souscrites par l'adhérent et les conditions particulières au contrat de l'adhérent.

En cas de contradiction entre les dispositions des conditions générales et celles des conditions particulières, ces dernières l'emportent.

Le contrat d'adhésion indique notamment :

- la date d'effet de l'adhésion,
- la définition des catégories de personnel ou groupes de personnes visés par l'adhésion,

- la nature des garanties souscrites,
- les montants ou bases de calcul des prestations correspondantes,
- les conditions de l'entrée en vigueur et la durée des garanties souscrites,
- les montants ou les taux et assiettes de cotisation qui s'y rapportent et éventuellement leur mode de revalorisation.

Le contrat d'adhésion exprime l'intégralité de l'accord entre l'adhérent et l'Institution. Il prévaut sur toutes propositions ou accords antérieurs, ainsi que sur tous documents échangés entre les parties se rapportant à l'objet de l'adhésion.

Les garanties s'appliquent à partir de la date d'effet stipulée dans le contrat d'adhésion, **sous réserve du retour à l'Institution dans les 30 jours suivant leur date d'émission, de tous les exemplaires du contrat dûment signés par l'entreprise et du paiement de la première cotisation.**

3-3 Notice d'information

L'Institution remet à l'adhérent une notice d'information relative à son contrat d'adhésion, laquelle définit les garanties souscrites ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque. Elle précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garantie ainsi que les délais de prescription.

L'adhérent est tenu de remettre cette notice à chaque participant.

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des participants, l'adhérent est également tenu d'informer chaque participant en lui remettant une notice établie à cet effet par l'Institution.

La preuve de la remise de la notice au participant et de l'information relative aux modifications contractuelles incombe à l'adhérent.

ARTICLE 4 - FONDEMENT – EFFET – DUREE – RENOUVELLEMENT DE L'ADHESION

À moins qu'elles ne soient instituées par des dispositions législatives ou réglementaires, les garanties prévues par un contrat collectif et obligatoire sont déterminées en vertu :

- soit d'une convention ou d'un accord collectif,
- soit de la ratification à la majorité des intéressés d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise,
- soit d'une décision unilatérale du chef d'entreprise, constatée dans un écrit remis par celui-ci à chaque intéressé.

Si l'adhérent entend bénéficier des exonérations de charges sociales et fiscales attachées aux régimes collectifs et obligatoires de santé ou de prévoyance, il fait son affaire :

- de la formalisation de la mise en place desdits régimes conformément à l'article L. 911-1 du Code de la sécurité sociale,
- et du respect entre autres des dispositions des articles L.242-1, R.242-1 à R.242-6, et D.242-1 du Code de la sécurité sociale ainsi que de l'article 83 1° quater du Code général des impôts.

Le contrat prend effet à la date prévue au contrat d'adhésion et expire le 31 décembre suivant.

Il se renouvelle par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année, **sauf résiliation à l'initiative de l'une ou l'autre partie notifiée par lettre recommandée, au moins deux mois avant l'échéance du contrat.**

Toutefois, l'adhérent ne dispose pas de la faculté de résilier son contrat si son adhésion à l'Institution résulte d'une obligation prévue par une convention de branche ou un accord professionnel ou interprofessionnel.

ARTICLE 5 - PARTICIPANTS

5-1 Participants à titre collectif obligatoire

A la date d'effet de l'adhésion, sont garantis en qualité de participants tous les salariés qui appartiennent aux catégories de personnel définies aux conditions particulières du contrat d'adhésion.

L'adhérent s'engage, en application du contrat collectif et obligatoire qu'il souscrit, à affilier aussi tous les salariés futurs répondant aux conditions précédentes, dans les 10 jours suivant leur embauche.

De même, il s'oblige, dans le même délai, à informer l'Institution du départ de tout salarié.

Les dérogations éventuelles à l'obligation d'affilier l'ensemble des salariés relevant des catégories de personnel concernées sont précisées dans les conditions particulières.

Dans tous les cas, l'adhérent est tenu de fournir à l'Institution, pour chaque salarié concerné, les éléments constitutifs de son dossier individuel selon les modalités qu'elle fixe et de remettre à ce dernier une notice d'information conformément à l'article 3-3 ci-avant.

5-2 Participants à titre collectif facultatif

En complément des garanties collectives et obligatoires souscrites par leur employeur adhérent, les participants peuvent avoir la faculté de souscrire des garanties supplémentaires.

5-3 Participants anciens salariés

En santé :

Les anciens salariés en état d'incapacité de travail ou d'invalidité, les retraités ou préretraités, les chômeurs indemnisés et les ayants droit d'un salarié décédé peuvent de même demander le maintien, sans délai d'attente ni formalités médicales, d'une couverture frais médicaux, dans les conditions définies à l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et ses décrets d'application.

Pour les chômeurs indemnisés, ils peuvent demander l'application du système de prolongation de garanties dans les 6 mois suivant l'expiration de la période de maintien des garanties prévu par l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale (cf. article 6-2 sur la portabilité des droits en santé).

De plus, sont garantis, sous réserve des conditions définies notamment aux articles 6-1 et 6-2 du présent règlement, les anciens salariés bénéficiaires de la portabilité des droits en application de l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale.

En prévoyance :

En cas de rupture du contrat d'assurance et dans la continuité de leurs dernières garanties collectives, les anciens participants (*chômeurs, préretraités, retraités...*) peuvent également souscrire des garanties décès individuelles.

De plus, sont garantis, sous réserve des conditions définies notamment aux articles 6-1 et 6-2 du présent règlement, les anciens salariés bénéficiaires de la portabilité des droits en application de l'article L. 911-8 du Code de la sécurité sociale.

ARTICLE 6 - OUVERTURE DES GARANTIES, PORTABILITE DES DROITS ET CESSATION DES GARANTIES

6-1 Ouverture des garanties

L'ouverture des garanties est subordonnée à l'accomplissement préalable, d'une part, s'agissant de la prévoyance, des formalités d'acceptation médicale pour les salariés 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 salarié intégrant les catégories de personnel visées par l'adhésion. **L'Institution pourra alors proposer une surprime en cas de risque aggravé pour des raisons médicales.**

Une fois ces formalités accomplies, et sauf désaccord de l'Institution, les garanties s'appliquent :

- **à partir de la date d'effet du contrat ou de l'avenant, à tous les salariés répondant aux conditions de l'article 5,**
- **à partir de la date d'embauche ou de promotion dans la catégorie concernée, pour les nouveaux participants.**

6-2 Portabilité des droits en santé et en prévoyance

En application de l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale, les anciens salariés bénéficiaires d'allocations chômage (hors le cas de licenciement pour faute lourde) continuent à avoir droit au régime de protection sociale complémentaire appliqué dans leur ancienne entreprise pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur.

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

Ce dispositif de portabilité entre en application à la date de cessation du contrat de travail.

Le bénéfice du maintien de ces garanties est subordonné à la condition que les droits à couverture complémentaire aient été ouverts auprès du dernier employeur. Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise adhérente.

Pour pouvoir faire bénéficier les participants de la portabilité des droits, l'adhérent a l'obligation de remplir et adresser à l'Institution le bulletin d'affiliation, intitulé "Déclaration de portabilité des droits", dans les 10 jours qui suivent la cessation du contrat de travail.

Pour pouvoir bénéficier de ce droit à portabilité, l'ancien salarié a l'obligation de fournir à APICIL PREVOYANCE, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, les justificatifs de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage.

Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans entreprise. Aussi, en cas de résiliation du contrat, ou en cas de liquidation judiciaire sans poursuite d'activité, la portabilité cesse d'être maintenue par APICIL PREVOYANCE.

6-3 Cessation des garanties

Les garanties cessent :

- **à la date d'effet de la suspension des garanties ou de la résiliation du contrat d'adhésion, tant pour les salariés actifs que pour ceux en portabilité.**
- **en cas de liquidation judiciaire de l'entreprise adhérente, tant pour les salariés actifs que pour ceux en portabilité lorsque APICIL PREVOYANCE résilie le contrat d'adhésion dans le respect de l'article L.932-10 du Code de la sécurité sociale.**
- **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 (autre que les cas de maladie, maternité, accident du travail, de congé paternité, ou de congé de présence parentale pour lesquels la garantie frais de santé est maintenue moyennant le versement des cotisations correspondantes), tels que le congé parental, congé sabbatique, congé création d'entreprise, le CIF etc... ; cette disposition s'applique également au mandataire social qui relève du contrat (dont le gérant sans salaire).**
- **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. À défaut, les garanties ne prendront effet qu'à compter de la réception par l'Institution de la déclaration faite par l'adhérent.**
- **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.**
- **à la date de la résiliation du contrat socle en frais de santé ; cette résiliation entraînant automatiquement la résiliation du contrat surcomplémentaire.**

ARTICLE 7 – BASE DES COTISATIONS

Les cotisations sont exprimées :

- **soit directement en euros,**
- **soit en pourcentage d'une assiette de calcul.**

Cette assiette de calcul des cotisations est fixée par référence :

- **soit au plafond entier de la sécurité sociale,**
- **soit à un pourcentage du plafond de la sécurité sociale (dans les cas où les salariés ne perçoivent pas temporairement de salaire),**
- **soit au salaire brut annuel déclaré par l'adhérent à**

l'URSSAF, ou à une ou plusieurs tranches de ce salaire déterminées comme suit :

- **T1 : fraction de salaire inférieure ou égale au plafond de la sécurité sociale,**
- **T2 : fraction de salaire comprise entre une fois et quatre fois le plafond de la sécurité sociale,**
- **T3 : fraction de salaire comprise entre quatre fois et huit fois le plafond de la sécurité sociale,**
- **T4 : fraction de salaire comprise entre huit fois et douze fois le plafond de la sécurité sociale.**

L'assiette, les taux de cotisation, les montants, la périodicité, ainsi que les cotisations forfaitaires sont précisées dans les conditions particulières.

ARTICLE 8 – RECOUVREMENT DES COTISATIONS

Les cotisations doivent être payées dans les 10 jours de leur échéance. Chaque règlement doit être accompagné de la déclaration indiquant :

- **l'effectif des participants,**
- **les éléments correspondant à la base de calcul des cotisations pour cette même période.**

L'adhérent est seul responsable du paiement de la totalité des cotisations, y compris les parts salariales précomptées sur le salaire des participants.

Les cotisations réglées en totalité ou en partie hors délai supportent des majorations de retard à la charge exclusive de l'adhérent dont les modalités de calcul sont fixées par le conseil d'administration de l'Institution.

ARTICLE 9 – NON-PAIEMENT DES COTISATIONS

9-1 Non-paiement au titre d'un contrat collectif

A défaut de paiement de la totalité des cotisations échues dans les conditions prévues par l'article 8, l'Institution met en demeure l'adhérent, par lettre recommandée de régler les cotisations impayées.

Dans la lettre de mise en demeure qu'elle adresse à l'adhérent, l'Institution informe celui-ci des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie.

En cas de persistance du non-paiement, les garanties sont suspendues 30 jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure. L'Institution se réserve le droit d'informer directement chaque participant ou les instances représentatives du personnel de la suspension des garanties.

Passé le délai de trente jours précité, l'Institution pourra mettre en œuvre toutes mesures judiciaires pour recouvrer les cotisations arriérées, les frais engagés à cet effet étant supportés par l'adhérent.

L'Institution peut enfin décider de résilier le contrat d'adhésion, quarante jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure, si le paiement n'est toujours pas intervenu.

Conformément à la loi, lorsque l'adhésion à l'Institution résulte d'une obligation prévue dans une convention de branche ou un accord professionnel ou interprofessionnel, l'Institution ne peut faire usage des dispositions du présent article relatives à la suspension de la garantie et à la dénonciation de l'adhésion de l'entreprise ou à la résiliation du contrat.

9-2 Non-paiement au titre d'une garantie individuelle

A défaut de paiement de la cotisation dans les 10 jours de son échéance, l'Institution met en demeure le participant, par lettre recommandée, de régler la cotisation impayée.

Dans la mise en demeure, le participant est informé qu'à l'expiration d'un délai de 40 jours après l'envoi de la lettre recommandée, la persistance du non-paiement est susceptible d'entraîner la résiliation de son contrat.

ARTICLE 10 - DECLARATION ANNUELLE DES DONNEES SOCIALES (DADS) ET AJUSTEMENT ANNUEL DES COTISATIONS

10-1 Déclaration annuelle des données sociales (DADS)

Avant le 31 janvier de chaque année, l'adhérent doit retourner à l'Institution la Déclaration Annuelle des Données Sociales (DADS) de l'exercice précédent.

À défaut, l'adhérent est mis en demeure, par lettre recommandée, d'avoir à le fournir sous un délai maximum de 15 jours.

Passé ce délai, l'adhérent est assigné devant le tribunal compétent aux fins d'y être obligé sous astreinte, sans préjudice de l'application des majorations de retard définies à l'article 8. Les frais engagés à cet effet sont supportés par l'adhérent.

10-2 Ajustement annuel des cotisations

À partir de la Déclaration Annuelle des Données Sociales (DADS) ou de toute autre précision apportée par l'adhérent, l'Institution s'assure chaque année de l'adéquation des cotisations versées par l'adhérent avec les cotisations dues au regard des salaires versés ou des périodes assurées. L'éventuel solde des cotisations relatif à l'exercice précédent est alors adressé à l'adhérent.

Celui-ci dispose du délai de 15 jours suivant la réception de ce document pour régulariser son compte.

À défaut, une lettre recommandée est envoyée à l'adhérent qui a valeur :

- **de mise en demeure de régulariser son compte,**
- **de notification des majorations de retard,**
- **de notification de suspension des garanties 30 jours après l'envoi de la lettre recommandée si le solde restant dû représente plus de 1/12ème des cotisations de l'exercice.**

Passé le délai de 30 jours précité, l'Institution pourra mettre en œuvre toutes mesures judiciaires pour recouvrer les cotisations arriérées, les frais engagés à cet effet étant supportés par l'adhérent.

Elle pourra enfin décider de résilier le contrat d'adhésion dans les conditions prévues par l'article 9-1.

En l'absence totale ou partielle de Déclaration Annuelle des Données Sociales (DADS) ou de précisions nécessaires au calcul des cotisations de l'adhérent, l'Institution se réserve le droit de procéder à l'ajustement du compte en fonction des seuls éléments mis à sa disposition. L'Institution est habilitée à vérifier l'exactitude et la sincérité des déclarations de l'adhérent par tous moyens à sa convenance.

ARTICLE 11 - ASSIETTE DES PRESTATIONS

11-1 Capital décès, rente éducation, rente de conjoint, incapacité de travail - invalidité

Le traitement de base servant au calcul des prestations en cas de sinistre est celui qui a servi d'assiette des cotisations chez l'adhérent au cours des 12 mois civils ayant précédé le mois du décès ou de l'interruption du travail.

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 aux conditions particulières du 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 l'Institution. En conséquence, **ne seront notamment pas prises en considération les rectifications de déclarations de salaire ou les déclarations de gratifications, primes ou rappels, faites postérieurement à la survenance du sinistre.**

En 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.**

11-2 Frais médicaux

La base de calcul des prestations accordées pour tout accident, maladie ou maternité ayant donné lieu à remboursement de la sécurité sociale pendant la période de garantie est le montant, dûment justifié, des dépenses de santé qui ont fait l'objet du remboursement.

Si le contrat d'adhésion prévoit des prestations pour certains actes non remboursés par la sécurité sociale, leur base de calcul est également le montant, dûment justifié, des dépenses de santé faisant l'objet des prestations.

ARTICLE 12 – REVALORISATION DES PRESTATIONS

12-1 Prestations concernées

Sont concernées par la revalorisation, l'ensemble des prestations périodiques suivantes :

- **les rentes éducation et rentes de conjoint,**
- **les prestations d'incapacité de travail et d'invalidité permanente.**

12-2 Conditions de revalorisation

Le conseil d'administration décide chaque année du niveau de revalorisation des prestations en se référant notamment à l'indice Agirc et au niveau des résultats techniques et financiers du dernier exercice comptable clos, des opérations de prévoyance de l'Institution.

Le cas échéant, la revalorisation s'applique au moins une fois par an à l'ensemble des prestations concernées à l'échéance qui suit la date de la décision du conseil d'administration et, pour la première fois, à l'échéance qui suit la première date anniversaire du fait générateur du sinistre.

En toute hypothèse, la revalorisation cesse en cas de résiliation du contrat d'adhésion.

ARTICLE 13 - DECLARATION DES SINISTRES – DECHEANCES

13-1 Décès, incapacité de travail – invalidité

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

Les sinistres incapacité de travail – invalidité doivent être déclarés dès la fin de la période de franchise prévue au contrat d'adhésion et, au plus tard, dans les 60 jours qui suivent. La déclaration est à la charge de l'adhérent lorsque le participant fait toujours partie de ses effectifs.

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

13-2 Frais médicaux

Les demandes de prestations doivent être adressées à l'Institution au plus tard 2 ans après la date des soins, sans préjudice des dispositions prévues à l'article 19.

13-3 Modalités de déclaration

Toutes les déclarations de sinistre s'effectuent selon les modalités définies par l'Institution, lesquelles sont définies au sein de la notice d'information, étant précisé que l'Institution pourra demander toute pièce utile au versement des prestations.

ARTICLE 14 - MAINTIEN DES GARANTIES ET DES PRESTATIONS

14-1 Maintien des garanties décès en cas d'incapacité temporaire de travail – Invalidité permanente

Pendant toute la durée d'ouverture du droit aux prestations d'incapacité temporaire de travail ou 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'adhérent.

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. Ainsi, les salariés appartenant à la catégorie de personnel bénéficiaire qui viendraient à percevoir des indemnités journalières ou une rente d'invalidité se verront maintenir les garanties décès prévues aux conditions particulières 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 garanties 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 ne bénéficient d'aucune garantie au titre du présent règlement.

14-2 Maintien des prestations périodiques en cas de résiliation du contrat

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'éducation, sont maintenues jusqu'à leur échéance prévue au règlement au niveau qu'elles avaient atteint à la date d'effet de la résiliation.

14-3 Maintien des garanties frais médicaux en cas d'incapacité temporaire ou d'invalidité permanente

Pendant toute la durée d'ouverture du droit aux prestations d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité permanente et tant que le participant en arrêt de travail fait partie du personnel couvert par le contrat, les garanties frais médicaux lui sont maintenues en contrepartie du versement des cotisations contractuelles.

Lorsque le participant en arrêt de travail voit son contrat de travail rompu, et à l'issue de l'éventuelle période de portabilité, la garantie peut-être maintenue dans les conditions prévues à l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989.

ARTICLE 15 - EXCLUSIONS

L'Institution couvre tous les risques de décès, d'incapacité de travail, d'invalidité permanente ou de frais médicaux quelle qu'en soit la cause, sous les réserves ci-après :

15-1 Capital décès toutes causes, rente éducation, rente de conjoint

a) Suicide

Le risque de suicide est couvert pour tout participant sauf lorsque le participant est couvert individuellement contre le risque décès et qu'il n'a pas un an d'ancienneté dans le régime (*collectif et individuel cumulés*).

b) Guerre

En cas de guerre mettant en cause l'État 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.

c) Nucléaire

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

d) 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...*). À 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.

15-2 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.

15-3 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.

15-4 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.

15-5 Frais médicaux

Tous les risques sont couverts ; toutefois, ne donnent pas lieu à remboursement :

- la contribution forfaitaire prévue à l'article L. 322-2 II du Code de la sécurité sociale,
- la franchise annuelle prévue à l'article L. 322-2 III du Code de la sécurité sociale (franchises médicales concernant les médicaments, les actes effectués par un auxiliaire médical et les transports sanitaires),
- la part de dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations résultant du non-respect, par le participant ou le bénéficiaire, du parcours de soins, et au-delà de laquelle le contrat n'est plus considéré comme responsable,
- la part de majoration de participation prévue à l'article L. 162-5-3 du Code de la sécurité sociale (*non prise en charge de la majoration du ticket modérateur*) résultant du non-respect, par le participant ou le bénéficiaire, du parcours de soins, et au-delà de laquelle le contrat n'est plus considéré comme responsable,
- et d'une manière générale les prestations ou la part de prestations remettant en cause le caractère responsable du contrat au sens de l'article L. 871-1 du Code de la sécurité sociale, sauf les cas expressément prévus au tableau des garanties et dépassant les plafonds fixés à l'article R.871-2 du Code de la sécurité sociale,
- les frais non remboursés par la sécurité sociale, tels que les prothèses dentaires provisoires, certains soins esthétiques, cures de sommeil, d'amaigrissement ou de désintoxication (*sauf les cas prévus au tableau des garanties*),
- les frais engagés en dehors de la période de garantie comprise entre la date d'effet du contrat et sa date de résiliation d'une part et, d'autre part, la date d'entrée du participant dans le groupe assuré (*embauche – promotion*) et la date de sortie

(démission, licenciement ou fin de portabilité des droits) ; la date des soins figurant sur le décompte de la sécurité sociale étant seule prise en considération.

Dans le cadre de l'hospitalisation et de l'allocation maternité sont exclus les frais annexes tels que : boissons, téléphone, télévision, équipement vidéo, blanchisserie, frais de dossier ainsi que toute dépense à caractère somptuaire comme la mise à disposition d'un espace de vie confortable et spacieux.

Sont aussi exclus, mais uniquement dans le cadre de l'hospitalisation :

- **les frais de chambre particulière facturés lors de permission de sortie,**
- **les frais d'hébergement résultant d'une admission en secteur « long séjour » au sens de la sécurité sociale,**
- **la maternité (sauf s'il s'agit d'un cas de césarienne).**

ARTICLE 16 – MODIFICATION DES GARANTIES

En cas de modification des garanties, à l'exception de celles relatives aux frais médicaux, 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.

Toute rechute survenant moins de deux mois après la reprise du travail n'est pas considérée comme une nouvelle maladie ou un nouvel accident et les garanties qui s'appliquent au participant sont celles en vigueur à la date du premier arrêt de travail.

ARTICLE 17 – CONTROLE MEDICAL

Dans la mise en œuvre 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.

À 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.

ARTICLE 18 - SAUVEGARDE, REDRESSEMENT JUDICIAIRE OU LIQUIDATION JUDICIAIRE

En cas de procédure de sauvegarde, de redressement ou de liquidation judiciaire de l'adhérent, l'Institution pourra résilier le contrat d'adhésion dans les 3 mois suivant la date du jugement de sauvegarde, de redressement ou de liquidation judiciaire.

ARTICLE 19 - PRESCRIPTION

Toutes les actions relatives aux garanties souscrites par les adhérents ou les participants sont prescrites par un délai de 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Il en est ainsi des garanties frais de santé ou d'invalidité telle que définie par les articles 3 et 4-2 du titre IV de la deuxième partie du présent règlement.

La prescription est portée à 5 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.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont énumérées aux articles 2240 et suivants du Code civil. Il s'agit de la demande en justice, même en référé, de la reconnaissance par le débiteur de l'obligation du droit de celui contre lequel la prescription devrait jouer, et de l'acte d'exécution forcée.

ARTICLE 20 - ELECTION DE DOMICILE

L'adhérent doit faire élection de domicile en France.

Si son siège social ou son domicile légal est situé hors de France métropolitaine, l'adhérent doit désigner sur le territoire français un garant de ses engagements contractuels vis-à-vis de l'Institution.

Tous les actes relatifs à l'exécution du contrat d'adhésion seront notifiés au siège social de l'adhérent figurant sur le bulletin d'adhésion ou au domicile des membres participants figurant sur le bulletin d'affiliation.

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

ARTICLE 21 - MOBILITE DES PARTICIPANTS A L'ETRANGER

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).

Toutefois, les frais engagés à l'étranger sont remboursés s'ils ont été pris en charge par un régime obligatoire d'assurance maladie français et s'ils ont fait l'objet d'un décompte de sécurité sociale (à concurrence de ce qui aurait été accordé si les soins avaient été réalisés en France).

Les remboursements sont alors effectués en euros. En conséquence, les actes hors nomenclature effectués à l'étranger ne sont pas remboursés.

ARTICLE 22 – 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, à un ayant droit ou à un professionnel de santé dans le cadre du tiers payant.

ARTICLE 23 – 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.

ARTICLE 24 – 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. À 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.

ARTICLE 25 – RECLAMATION – REGLEMENT DES LITIGES

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

Dans l'hypothèse où l'une quelconque des dispositions du présent règlement ou du contrat d'adhésion serait considérée comme nulle et non applicable par une décision de justice ayant autorité de la chose jugée, cette disposition sera réputée non écrite mais cela n'affectera en aucun cas la validité ou l'applicabilité des autres dispositions.

ARTICLE 26 – INFORMATIQUE ET LIBERTES

Les informations concernant le participant 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.

Le participant peut accéder aux informations le concernant et demander de procéder aux rectifications nécessaires en adressant un courrier en ce sens au siège de l'Institution.

2^{ème} PARTIE – CONDITIONS SPECIFIQUES A CHACUNE DES GARANTIES

TITRE I : GARANTIE DECES

Si la garantie est prévue aux conditions particulières

ARTICLE 1 – OBJET DE LA GARANTIE

La garantie a pour objet d'assurer, dans les conditions prévues aux conditions générales, aux présentes conditions spécifiques et aux conditions particulières du contrat, le versement de capitaux en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive du participant, assorti éventuellement d'une rente d'éducation. Si le participant a fait ce choix, le capital décès est réduit, pour permettre le paiement aux enfants à charge, d'une rente d'éducation.

Les conditions particulières du contrat peuvent également prévoir, sans que cette liste soit limitative :

- **Le versement d'un capital en cas de décès accidentel, décès d'un membre de la famille ou décès du retraité.**
- **Le versement d'une allocation obsèques en cas de décès du participant ou d'un membre de la famille.**

ARTICLE 2 – DEFINITIONS ET MONTANT

2-1 Décès toutes causes

-

Décès du participant

En cas de décès du participant, et en fonction de l'option qu'il a choisie, il est versé aux bénéficiaires désignés :

Option 1 : un capital décès.

Option 2 : un capital décès réduit et une rente d'éducation pour chacun des enfants à charge.

Le montant du capital, ou du capital réduit et de la rente

éducation, est fixé aux conditions particulières du contrat.

A défaut de choix exprimé de manière explicite par le participant, l'option 1 s'applique.

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).

Enfin, lorsque le contrat ou l'avenant d'adhésion fait suite à un contrat précédent souscrit également auprès d'APICIL PREVOYANCE, le choix d'option exprimé de manière explicite par le participant qui aurait été fait sous l'empire du contrat précédent restera en vigueur en tout état de cause et ce tant que le participant n'en aura pas expressément disposé autrement.

Invalidité absolue et définitive

Le participant perçoit par anticipation, et à sa demande, le capital prévu en cas de décès toutes causes (*option 1*) sauf s'il en est décidé autrement dans les conditions particulières.

Le participant est en état d'invalidité absolue et définitive lorsque, avant la liquidation de sa pension vieillesse de la sécurité sociale, il apporte la preuve qu'il est incapable de se livrer à la moindre occupation, ou à aucun travail lui donnant gain ou profit.

Il doit également être reconnu invalide 3^{ème} catégorie par la sécurité sociale ou bénéficié, 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.

Le versement du capital en cas d'invalidité absolue et définitive met fin à toutes les garanties issues du décès du participant ou d'un membre de sa famille et prévues aux titres I, II et III du présent règlement.

Décès simultané ou postérieur du conjoint ou du partenaire avec qui le participant était lié par un PACS (double effet)

En cas de décès simultané, ou postérieur, du conjoint non séparé judiciairement ou du partenaire avec qui le participant était lié par un PACS, un capital sera versé (*et partagé en parts égales*) aux enfants du participant encore à charge lors du second décès et vivant lors de la demande de son versement, à la double condition :

- **que le conjoint ou le partenaire avec qui le participant était 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 du conjoint ou du partenaire avec qui le participant était lié par un PACS le jour de son décès et aient été à charge du participant de son vivant.**

Le montant du capital est le même que celui qui a été versé à raison du premier décès au titre de la garantie « décès toutes causes », sauf s'il en est décidé autrement dans les conditions particulières.

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 décès.

2-2 Décès accidentel

Si la garantie est prévue aux conditions particulières, un capital supplémentaire est versé lorsque le décès est imputable à un accident.

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

On entend par accident, toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part du participant, 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.

Les conditions particulières du contrat peuvent 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 le participant circule 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 périmé, ce pilote pouvant être le participant lui-même.

2-3 Décès d'un membre de la famille

Si la garantie est prévue aux conditions particulières, il peut être versé un capital en cas de décès :

- **du conjoint non divorcé, non séparé judiciairement ou du partenaire avec qui le participant est lié par un PACS,**
- **d'un enfant à charge,**
- **d'un ascendant à charge.**

Dans tous ces cas, le capital sera versé au participant ou à défaut selon les mêmes règles que celles édictées à l'article 5.

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

2-4 Décès du retraité

Si les conditions particulières du contrat le prévoient, il peut être versé pour un retraité qui décède dans les 12 mois de sa prise de retraite, une allocation décès.

Il convient qu'au moment de sa retraite, le participant soit cotisant depuis 10 ans ou plus à APICIL PREVOYANCE (ou aux institutions de prévoyance qui l'ont précédé).

2-5 Allocation obsèques

Si la garantie est prévue aux conditions particulières, il est versé une allocation obsèques en cas de décès :

- **du participant,**
- **du conjoint non divorcé, non séparé judiciairement ou du partenaire avec qui le participant est lié par un PACS,**
- **d'un enfant à charge.**

Lorsque cette allocation est exprimée en pourcentage du plafond de la sécurité sociale, c'est le plafond mensuel en vigueur le 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 de 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, les dispositions prévues à l'article 2-3 s'appliquent, 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.

ARTICLE 3 – RENTE D'EDUCATION

Lorsque le participant a fait le choix de l'option capital réduit avec rente d'éducation et qu'il décède avant la liquidation de sa pension vieillesse de la sécurité sociale, il est versé à chacun des enfants à charge une rente d'éducation dont le montant est fixé aux conditions particulières du contrat.

Cette option peut être modifiée à tout moment par le participant et, lorsqu'il ne reste plus qu'un enfant à charge, l'option rente d'éducation, sauf manifestation de volonté contraire, cesse d'être valable au 1^{er} jour du trimestre civil au cours duquel cet enfant a atteint son 17^{ème} anniversaire.

Si les conditions particulières du contrat le prévoient, la rente d'éducation peut être majorée pour les orphelins de père et mère.

La rente d'éducation est versée, 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, et au plus tard jusqu'à la fin du trimestre de son 26^{ème} anniversaire.

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.

ARTICLE 4 – MAJORATION POUR CHARGES DE FAMILLE

La situation de famille qui sert de base au calcul des droits est

celle existant au jour du décès (*sauf pour les enfants à naître*).

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

4-1 Enfants à charge

Lorsque le contrat prévoit une majoration de capital en fonction de la situation de famille du participant, ou le versement d'une rente d'éducation, ou d'une allocation en cas de décès, sont considérés comme à charge :

S'ils sont légitimes, reconnus ou adoptés :

- **les enfants mineurs du participant,**
- **les enfants majeurs du participant, jusqu'à leur 26ème 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 26ème anniversaire n'est pas opposable aux enfants invalides dont l'invalidité a été constatée avant leur 21ème anniversaire,**
- **les enfants du participant et de son conjoint ou de son partenaire avec qui il est lié par un PACS, à naître dans les 300 jours après le décès du participant.**

Il en est de même pour les enfants du conjoint ou de son partenaire avec qui il est lié par un PACS, fiscalement à charge pour la détermination du nombre de parts, en vue du calcul de l'impôt sur le revenu du participant.

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

4-2 Ascendants à charge

Si les conditions particulières du contrat le prévoient, les ascendants à charge peuvent être pris en compte pour le calcul du capital ou le paiement d'une allocation.

Les ascendants à charge sont :

Les parents ou grands-parents du participant, de son conjoint ou de son partenaire avec qui il est lié par un PACS, qui ne bénéficient pas de ressources suffisantes pour entraîner le paiement d'impôt sur leur propre revenu, à condition :

- **que le participant ait été autorisé par l'administration fiscale à déduire de son revenu le montant de la pension alimentaire versée aux ascendants,**
- **ou que les ascendants donnent droit à une part supplémentaire dans le calcul du quotient familial.**

ARTICLE 5 – DEFINITION DES BENEFICIAIRES

Le capital garanti en cas de décès du participant, est versé :

- **en priorité au conjoint survivant non divorcé, non séparé judiciairement,**
- **à défaut et à parts égales entre eux, aux enfants du participant, vivants ou représentés,**
- **à défaut et à parts égales entre eux, aux père et mère vivants du participant,**
- **à défaut et à parts égales entre eux, aux frères et sœurs, vivants ou représentés du participant,**

- à défaut, aux héritiers du participant, en proportion de leurs parts héréditaires.

Le partenaire avec qui le participant est lié par un PACS et le concubin, n'étant pas visés par la désignation réglementaire type de bénéficiaires ci-dessus, doivent être désignés expressément si tel est le souhait du participant.

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

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

Lorsque le bénéficiaire est nommément désigné, le participant peut indiquer ses coordonnées afin, qu'après son décès, l'Institution puisse informer le bénéficiaire 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 le participant n'en aura pas expressément disposé autrement.

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

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

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, cette différence est obligatoirement répartie entre les enfants à charge du participant, nonobstant toute disposition contraire du participant.

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 avec qui le participant était lié par un PACS 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 cas d'invalidité absolue et définitive, le capital est payé au participant lui-même ou à son représentant légal.

TITRE II : RENTE D'EDUCATION

Si la garantie est prévue aux conditions particulières.

ARTICLE 1 – OBJET DE LA GARANTIE

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 au titre I - garantie décès - qui est optionnelle et qui s'obtient par réduction du capital garanti, pour les participants ayant fait ce choix.

ARTICLE 2 – ENFANTS BENEFICIAIRES

Les enfants bénéficiaires sont les enfants à charge.

Sont considérés comme à charge : S'ils sont légitimes, reconnus ou adoptés :

- les enfants mineurs du participant,
- les enfants majeurs du participant, 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, et ne percevant pas une rémunération supérieure à 50 % du SMIC,
- les enfants du conjoint, ou du partenaire avec qui le participant est lié par un PACS, fiscalement à charge pour la détermination du nombre de parts, en vue du calcul de l'impôt sur le revenu du participant, et ne percevant pas une rémunération supérieure à 50 % du SMIC,
- les enfants du participant et de son conjoint ou de son partenaire avec qui il est lié par un PACS, à naître dans les 300 jours après le décès du participant.

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.

ARTICLE 3 – DEFINITION ET MONTANT DES PRESTATIONS

Il est versé aux enfants bénéficiaires, une rente temporaire immédiate, dont le montant annuel est fixé aux conditions particulières.

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.

ARTICLE 4 – 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.

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.

TITRE III : RENTE DE CONJOINT

Si la garantie est prévue aux conditions particulières.

ARTICLE 1 – OBJET DE LA GARANTIE

La garantie a pour objet, en cas de décès du participant, d'assurer au conjoint survivant, le service d'une rente viagère et éventuellement d'une rente temporaire.

ARTICLE 2 – 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.

ARTICLE 3 – DEFINITION ET MONTANT DES PRESTATIONS

3.1 Rente viagère

Il est versé au conjoint survivant une rente viagère immédiate dont le montant annuel est fixé aux conditions particulières.

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.

3.2 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 fixé aux conditions particulières.

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.

ARTICLE 4 – GARANTIE SUBSTITUTIVE POUR LES CELIBATAIRES, VEUFS, DIVORCES

Si les conditions particulières du contrat le prévoient, le participant célibataire, veuf, divorcé ou séparé judiciairement, bénéficie d'une garantie substitutive couvrant le risque décès et assurant un capital égal à un pourcentage du traitement de base, fixé aux conditions particulières.

Le capital est versé aux bénéficiaires selon les dispositions prévues à l'article 5 du titre I garantie décès.

ARTICLE 5 – 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 trois 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 IV : INCAPACITE DE TRAVAIL INVALIDITE PERMANENTE

Si les garanties sont prévues aux conditions particulières.

ARTICLE 1 – OBJET DE LA GARANTIE

La présente garantie a pour objet le service :

- **d'une indemnité journalière en cas d'incapacité totale temporaire de travail ouvrant droit aux prestations en espèces de l'assurance maladie de la sécurité sociale,**
- **d'une rente en cas d'invalidité permanente ouvrant droit à la pension d'invalidité de la sécurité sociale,**
- **d'un complément aux prestations servies par la sécurité sociale au titre de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles.**

Ces prestations sont servies par suite de maladie ou d'accident survenu pendant la période d'affiliation du participant. Néanmoins, 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.

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.

Il est toutefois rappelé que le paiement des prestations par

l'Institution peut être subordonné à un contrôle médical en application de l'article 17 des conditions générales du présent règlement.

Si le participant ne peut bénéficier des prestations de la sécurité sociale du fait qu'il ne remplit pas les conditions de durée d'immatriculation, le règlement des prestations est effectué par l'Institution 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 le participant relève de plusieurs régimes de base dont celui de la sécurité sociale mais ne peut 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 l'Institution comme si la sécurité sociale intervenait, **sous réserve toutefois des règles de cumul prévues à l'article 5.2 ci-après.**

Le montant et la nature des garanties sont indiqués aux conditions particulières du contrat d'adhésion. 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.

ARTICLE 2 – INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL

2-1 Incapacité temporaire totale de travail

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.

Tout participant cessant son travail par suite de maladie ou d'accident et percevant des indemnités journalières de la sécurité sociale au titre de l'assurance maladie, bénéficie d'indemnités journalières complémentaires sous réserve notamment des dispositions prévues à l'article 17 des conditions générales du présent règlement en matière de contrôle médical.

Les indemnités journalières complémentaires sont dues à l'expiration d'une période d'incapacité totale de travail dénommée franchise.

Le participant recevra une indemnité journalière fonction de la 365^{ème} partie des 12 derniers mois rémunérés précédant l'arrêt de travail.

La durée et les modalités d'application de cette franchise ainsi que le montant de l'indemnité journalière complémentaire sont fixés aux conditions particulières du contrat d'adhésion.

2-2 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, le montant des indemnités journalières est diminué à due concurrence.

ARTICLE 3 – INVALIDITE PERMANENTE

Le montant annuel de la rente d'invalidité est fixé aux conditions particulières du contrat d'adhésion selon la catégorie d'invalidité dans laquelle le participant a été classé par la sécurité sociale :

- **1^{ère} catégorie : invalides capables d'exercer une activité rémunérée,**
- **2^{ème} catégorie : invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque,**
- **3^{ème} catégorie : invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession, sont en outre dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.**

En cas de modification de la catégorie d'invalidité survenant pendant la période d'existence de la garantie, la rente est révisée comme la pension de sécurité sociale.

Si les conditions particulières prévoient cette garantie, le montant de la rente en cas d'invalidité de 1^{ère} catégorie est égal, sauf dispositions contraires, aux 3/5èmes de celui versé en cas d'invalidité de 2^{ème} catégorie.

ARTICLE 4 – DISPOSITIONS APPLICABLES EN CAS D'ACCIDENT DU TRAVAIL OU DE MALADIES PROFESSIONNELLES

4-1 Incapacité temporaire

Le montant des prestations versées par l'Institution cumulé à celui versé par la sécurité sociale ne peut excéder le cumul des sommes auquel le participant aurait pu prétendre auprès de ces deux organismes s'il n'avait pas été victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.

4-2 Incapacité permanente

La rente est versée dans les conditions prévues au contrat d'adhésion pour une invalidité de 2^{ème} catégorie de la sécurité sociale, lorsque le taux d'incapacité permanente partielle déterminé par le médecin conseil de la sécurité sociale est supérieur ou égal à 66 %.

Lorsque le taux est inférieur à 66 %, la prestation est calculée en fonction du rapport $(N - 33)/33$ dans lequel N est le taux d'incapacité permanente partielle déterminé par le médecin conseil de la sécurité sociale.

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

ARTICLE 5 – DISPOSITIONS COMMUNES AUX PRESTATIONS PREVUES EN CAS D'ARRETS DE TRAVAIL

5-1 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 à un 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 deux mois après la reprise du travail est considérée comme un nouvel accident ou une nouvelle maladie et la franchise est à nouveau applicable.

5-2 Règle de cumul

Le total de la rémunération perçue de l'employeur, des prestations 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, éventuellement revalorisé, ayant servi au calcul des indemnités ou rentes complémentaires.

- 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 seraient alors réduites à due concurrence.

Les droits garantis pendant la période de portabilité des droits, telle que prévue à l'article 6-2 des conditions générales du présent règlement, 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.

5-3 Paiement et durée de versement

a) Indemnités journalières

Les indemnités journalières complémentaires sont versées, sur présentation des décomptes justificatifs de sécurité sociale, à l'entreprise adhérente pendant toute la durée du contrat de travail qui la lie au participant. Après rupture du contrat de travail, elles sont réglées au participant.

L'indemnité est acquise jour par jour.

Les indemnités journalières complémentaires sont versées au maximum tant que dure le service des prestations en espèces de l'assurance maladie de la sécurité sociale et **cessent en tout état de cause :**

- à la date d'attribution d'une pension d'invalidité par la sécurité sociale,
- à la date de liquidation des droits au titre de l'assurance vieillesse de la sécurité sociale.

b) Rente d'invalidité

La rente complémentaire d'invalidité est versée au participant, sur présentation de la notification d'invalidité de la sécurité sociale et du justificatif de paiement de cet organisme, mensuellement à terme échu, avec un prorata d'arrérages au décès.

La rente d'invalidité 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.

c) 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 telle que prévue à l'article 6-2 des conditions générales du présent règlement.

d) Cessation du paiement suite à contrôle

Le versement peut cesser en tout état de cause lorsque l'Institution, à la suite d'un contrôle effectué conformément à l'article 17 des conditions générales du présent règlement en matière de contrôle médical, 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, telle que visée aux articles L.341-3 et suivants du code de la sécurité sociale.

5-4 Majoration pour enfant à charge

Lorsque le montant de la prestation comporte une majoration pour enfant à charge, les enfants pris en considération sont ceux à la charge du participant, à la date de l'arrêt de travail, au sens du titre I article 4.1.

TITRE V : FRAIS MEDICAUX

Si la garantie est prévue aux conditions particulières.

ARTICLE 1 – OBJET DE LA GARANTIE

La garantie a pour objet, en cas d'accident, de maladie ou de maternité, d'assurer au participant et à sa famille, acte par acte, le remboursement des frais médicaux engagés pendant la période de garantie en complément des remboursements effectués par la sécurité sociale au titre des prestations en nature de l'assurance maladie.

L'Institution peut également rembourser des dépenses non prises en charge par la sécurité sociale et verser des indemnités forfaitaires.

Les prestations garanties sont précisées aux conditions particulières du contrat.

ARTICLE 2 – BENEFICIAIRES

Sur la base des prestations prévues au contrat d'adhésion la garantie peut concerner :

- a) le participant,
- b) le conjoint du participant, à charge ou non à charge, sous déduction des remboursements qu'il peut percevoir d'un autre organisme,

- à défaut de conjoint, le partenaire avec qui le participant a conclu un PACS, à charge ou non, sous déduction des remboursements qu'il peut percevoir d'un autre organisme et sous réserve de production de l'attestation d'engagement établie par le greffe du tribunal. Le domicile doit être commun. L'adresse figurant sur le décompte de sécurité sociale fait foi,
- à défaut de conjoint ou de partenaire, le concubin du participant, à charge ou non, sous déduction des remboursements qu'il peut percevoir d'un autre organisme et sous réserve de production d'un certificat de concubinage notoire ou à défaut d'une attestation sur l'honneur accompagnée d'un justificatif de moins de 3 mois de domicile commun (*facture EDF, France Télécom, quittance de loyer...*) sur lequel figurent les noms des deux concubins. L'adresse figurant sur le décompte de sécurité sociale fait foi,

- c) les enfants célibataires du participant à charge, légitimes ou légitimés, reconnus ou adoptés, non-salariés :

- de moins de 21 ans (chômeurs immatriculés personnellement à la sécurité sociale : ils sont garantis sur production, lors de chaque demande de remboursement, d'un justificatif de leur inscription au Pôle Emploi à la date des soins et d'une attestation de non-indemnisation du Pôle Emploi)
- jusqu'à la veille de leur 26^{ème} anniversaire s'ils poursuivent des études supérieures (ils sont garantis, à compter de la date de rentrée jusqu'au 31 décembre de l'année suivante, sous réserve de production d'un certificat de scolarité d'études supérieures).

Dans tous les cas, les enfants en contrats de formation seront considérés comme ayants droit sous réserve de production d'un certificat de formation et à condition que leur rémunération mensuelle brute soit strictement inférieure à 55 % du SMIC,

- d) les enfants infirmes majeurs du participant, titulaires de la carte d'invalidité et considérés comme étant à charge du membre participant au sens de la législation sociale et fiscale

en vigueur (ils sont garantis sous réserve de production d'une copie de leur carte d'invalidité définie par l'article L.241-3 du Code de l'action sociale et des familles, et sous réserve d'un taux d'incapacité supérieur à 80 %),

- e) les ascendants à charge au sens de la législation de la sécurité sociale,

- f) les autres personnes à charge du participant reconnues comme ses ayants droit par la sécurité sociale.

Toute modification relative aux bénéficiaires des garanties doit être notifiée à l'Institution.

Les garanties des ayants droit cessent lorsqu'ils ne remplissent plus les conditions pour en être bénéficiaires.

ARTICLE 3 – NATURE DES REMBOURSEMENTS

Dans la limite des prestations figurant au tableau des garanties annexé au bulletin d'adhésion, l'Institution rembourse les dépenses correspondant à des frais engagés pour le membre participant ou l'un de ses ayants droit pendant la période de garantie.

Toujours dans la limite des prestations figurant sur ce tableau des garanties, l'Institution peut également rembourser des frais dits hors nomenclature et/ou n'ouvrant pas droit au remboursement de la sécurité sociale.

Principales catégories de frais remboursables : Chirurgie en milieu hospitalier, Hospitalisation médicale et chirurgicale, Pharmacie, Soins dentaires, Prothèses dentaires, Prothèses non dentaires – Orthopédie, Optique (*verres - montures - lentilles*), Analyses et examens de laboratoires, Soins et actes d'auxiliaires médicaux, Actes de spécialités (*hors hospitalisation*), Consultations et visites médicales, Radiographie – Électroradiologie, Transport, Maternité – Adoption, Cure thermique, Obsèques.

Sont prises en charge, dans les conditions fixées par les lois et règlements, les prestations liées à la prévention, aux consultations du médecin traitant mentionné à l'article L.162-5-3 du Code de la sécurité sociale et aux prescriptions de celui-ci.

ARTICLE 4 – MONTANT DES REMBOURSEMENTS

La nature des garanties et le niveau de leur remboursement sont précisés au tableau des garanties annexé au contrat d'adhésion.

La base de calcul des prestations accordées pour tout accident, maladie ou maternité ayant donné lieu à remboursement de la sécurité sociale pendant la période de garantie, est le montant, dûment justifié, des dépenses de santé qui ont fait l'objet du remboursement.

Si le tableau des garanties annexé au bulletin d'adhésion prévoit des prestations pour certains actes non remboursés par la sécurité sociale, leur base de calcul est également le montant, dûment justifié, des dépenses de santé faisant l'objet des prestations.

Par ailleurs, si le membre participant relève du régime de la sécurité sociale des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle, les remboursements de l'Institution complètent ceux de ce régime tant pour lui-même que pour ses ayants droit.

Enfin, si son conjoint, son concubin ou la personne avec laquelle il a conclu un PACS, bénéficie d'un régime autre que le

régime général de sécurité sociale, les remboursements de l'Institution sont calculés comme s'il bénéficiait du même régime général que le membre participant.

Les conditions particulières du contrat d'adhésion peuvent prévoir le versement d'une ou plusieurs indemnités forfaitaires.

ARTICLE 5 – FAIT GENERATEUR

Seuls les frais engagés durant la période de garantie, c'est-à-dire entre la date d'effet figurant sur le contrat d'adhésion et la date de cessation des garanties, ouvrent droit à prestations.

Ainsi s'agissant du remboursement des frais, la date des soins figurant sur le décompte de la sécurité sociale est seule prise en considération (*et non la date de prescription par le professionnel de santé*). Il en ira de même pour les prothèses dentaires.

En cas de prise en charge hospitalière, il sera procédé de la façon suivante : si la prise en charge est donnée alors que le participant est encore affilié mais que la durée du séjour à l'hôpital va au-delà de la période de garantie (*le participant n'étant plus affilié lors du départ de l'hôpital*), l'Institution lui demandera alors le remboursement des sommes concernées.

Pour les actes en série (*soins infirmiers, kinésithérapie...*) et l'orthodontie: en cas de cessation des garanties avant la fin des soins, ou si le traitement est engagé antérieurement à l'ouverture des garanties, la prise en charge se fera prorata temporis.

ARTICLE 6 – LIMITE DES REMBOURSEMENTS

Si les remboursements d'une prestation sont limités à un montant « par an et par bénéficiaire », il faut entendre cette expression par année civile sauf s'il en est disposé autrement sur le tableau des garanties.

Les remboursements de l'Institution, ajoutés à ceux dont le participant ou sa famille ont bénéficié de la part de la sécurité sociale et de tout autre organisme complémentaire, ne peuvent excéder le montant des dépenses engagées, déclarées à la sécurité sociale et figurant comme telles sur le décompte de prestations de cet organisme.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription.

Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix. En aucun cas l'Institution ne peut prendre en charge des dépassements d'honoraires ne faisant pas l'objet d'une déclaration à la sécurité sociale.

ARTICLE 7 – MODALITES D’AFFILIATION

7-1 Lorsque le contrat souscrit entre l'Institution et l'adhérent prévoit un choix d'option de cotisation pour le participant de type *Isolé/Couple/Famille* ou *Adulte/Enfant* (*ou plusieurs niveaux de garanties Base/Option*), chaque participant peut modifier son choix initial selon les conditions et modalités suivantes :

- **Le choix d'option de cotisation formulé par le participant lors de son affiliation ne peut être modifié qu'au 1^{er} janvier de l'année suivante, sous réserve d'en faire la demande avant le 31 octobre de**

l'année en cours. Ce changement d'option (augmentation ou diminution de cotisations) n'est possible qu'une seule fois au cours de la période d'affiliation du participant.

- **Lorsqu'un changement intervient dans la situation de famille du participant (*mariage, naissance, décès, divorce, appartenance du conjoint à un contrat obligatoire...*), la modification d'option est alors possible en cours d'année. Dans ce cas, la date d'effet de cette modification est fixée au 1^{er} jour du mois qui suit la demande du participant, accompagnée des pièces justificatives.**

Il est rappelé que la couverture « couple » correspond à la couverture du salarié et de son conjoint ou de son enfant à charge au sens de l'article 2 du présent titre.

Il est rappelé que la couverture « famille » correspond à la couverture du salarié et de l'ensemble de sa famille (*conjoint et enfants à charge* au sens de l'article 2 du présent titre).

7-2 Lorsque le contrat souscrit entre l'Institution et l'adhérent prévoit un contrat de base, dit « contrat socle » et une surcomplémentaire, ces deux contrats sont juridiquement distincts.

Le contrat socle intervient en premier après la prise en charge de l'assurance maladie obligatoire alors que la surcomplémentaire intervient explicitement après les autres contrats complémentaires.

Cette surcomplémentaire peut être souscrite directement par le participant.

Cependant, la résiliation du contrat socle entraîne automatiquement la résiliation des adhésions à la surcomplémentaire.

ARTICLE 8 – CESSATION DES GARANTIES ET CARTE DE TIERS PAYANT

À compter de la date d'effet de la cessation des garanties, la carte de tiers payant ne doit plus être utilisée et doit être, soit restituée à l'Institution, soit détruite.

ARTICLE 9 – INDUS

Le participant reste redevable des sommes perçues à tort, notamment lorsqu'il a perçu des remboursements de frais engagés en dehors de la période de garantie, qu'ils aient été perçus directement par le bénéficiaire ou payés pour son compte à des professionnels de santé dans le cadre du tiers payant.

Ce principe s'applique quelle que soit la date de déclaration de sa radiation.

En cas de paiement indu effectué par l'Institution auprès d'un professionnel de santé, l'Institution pourra également agir contre celui-ci afin d'en obtenir le remboursement.