

NOTICE D'INFORMATION PREVOYANCE

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

Cette notice d'information (**NI-Prev DI PHARMA 01-18**) 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
SUSPENSION DES GARANTIES	3
CESSATION 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	7
Fausse déclaration	7
RECLAMATIONS	7
INFORMATIQUE ET LIBERTES	7
TITRE 2 : GARANTIE DECES	7
OBJET DE LA GARANTIE.....	7
MONTANT DE LA GARANTIE	7
QUAND ETES-VOUS CONSIDERE EN ETAT D'IAD ?.....	7
A QUI EST VERSE LE CAPITAL EN CAS DE DECES ?	7
DECES SIMULTANE OU POSTERIEUR DU CONJOINT OU DU PARTENAIRE (double effet)	8
FRAIS OBSEQUES	8
RENTE HANDICAP	8
MAINTIEN DE LA GARANTIE DECES	9
QUAND CONSTITUER UN DOSSIER DE DEMANDE DE REGLEMENT ?.....	9
COMMENT CONSTITUER UN DOSSIER DE DEMANDE DE REGLEMENT ?.....	9
TITRE 3 : RENTES D'EDUCATION	10
A - RENTE EDUCATION EN CAS D'INVALIDITE OU D'INCAPACITE.....	10

* Règlement Décès, Incapacité, Invalidité et Frais Médicaux

B - RENTE EDUCATION EN CAS DE DECES	10
Objet de la garantie	10
Enfants bénéficiaires	10
Modalités de règlement.....	10
CONDITIONS DU MAINTIEN DU SERVICE DE LA RENTE	10
TITRE 4 : INCAPACITE TEMPORAIRE INVALIDITE.....	10
OBJET DE LA GARANTIE.....	10
QUAND BENEFICIEZ-VOUS DE LA GARANTIE ?.....	11
QUE PERCEVEZ-VOUS EN CAS D'ARRET DE TRAVAIL ?	11
DISPOSITIONS APPLICABLES EN CAS D'ACCIDENT DE TRAVAIL OU DE MALADIE PROFESSIONNELLE.....	11
REPRISE DU TRAVAIL	11
CUMUL	12
COMMENT ET A QUI SONT PAYEES LES PRESTATIONS ?.....	12
PARTICULARITES LIEES A LA PORTABILITE DES DROITS.....	12
Cessation du paiement suite à contrôle	13
COMMENT CONSTITUER UN DOSSIER DE DEMANDE DE PRESTATIONS ?	13
Garantie maternité.....	13
Garantie paternité.....	13

TITRE 1 : GENERALITES

QUI EST COUVERT ?

Sont garantis tous les salariés de l'entreprise relevant de la Convention collective nationale de la pharmacie d'officine du 3 décembre 1997, conformément à l'avenant du 20 mars 2017 modifiant l'annexe IV 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.

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.

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.**

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.

En cas de changement d'assureur, APICIL PREVOYANCE s'engage de la manière suivante :

a- en tant qu'assureur sortant : APICIL PREVOYANCE s'assure auprès de l'adhérent partant que celui-ci dispose des informations nécessaires à la bonne reprise des personnes en portabilité.

b- en tant que nouvel assureur : une fois le nouveau contrat souscrit, APICIL PREVOYANCE, à partir des éléments fournis par l'adhérent entrant, pourra se manifester auprès des participants en portabilité pour les informer du changement d'organisme assureur, des éventuelles modifications de garanties et de l'actualisation de leurs droits (signature du bulletin d'adhésion, clause bénéficiaire en prévoyance, etc.).

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 les départements et régions d'outre-mer (DROM) ainsi qu'à Monaco.

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 deux semaines avant la date du départ 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.

TRAITEMENT DE BASE

Personnel Non Cadres :

Mensualité brute perçue au cours des 12 derniers mois civils de pleine activité, y compris les éléments variables du salaire (gratification, mois double, etc...).

Personnel Cadres

1. Le traitement de base servant à la détermination des prestations assurées en cas de décès est égal à la rémunération brute perçue par l'assuré au cours des 4 derniers trimestres civils de pleine activité précédant le décès.

2. Le traitement de base servant à la détermination des prestations dues en cas d'incapacité totale temporaire de travail, d'invalidité, de congé de maternité ou de paternité est égal à la mensualité brute perçue au cours des 12 derniers mois civils de pleine activité, y compris les éléments variables du salaire (gratifications, mois double...).

Lorsqu'un assuré a moins de 12 mois de présence chez un adhérent, le traitement de base est déterminé à partir des salaires ayant donné effectivement lieu à cotisations.

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 conformément à l'avenant du 20 mars 2017 modifiant l'annexe IV de la Convention collective nationale de la pharmacie d'officine du 3 décembre 1997.

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

Sont considérés comme enfants à charge, les enfants :

- de moins de 16 ans, ou de moins de 18 ans s'ils n'exercent aucune activité professionnelle rémunérée, à charge au sens fiscal ;
- de moins de 28 ans poursuivant leurs études dans l'Union européenne, y compris en contrat d'apprentissage ou de professionnalisation, sous réserve d'être régulièrement inscrits au régime de sécurité sociale des étudiants ou de justifier de la poursuite d'études ;
- de moins de 20 ans qui sont, par suite d'une infirmité ou de maladie chronique, dans l'impossibilité permanente reconnue par la sécurité sociale de se livrer à un travail rémunéré ;
- sans limite d'âge, s'ils sont titulaires de la carte d'invalidité d'un taux supérieur à 80 % ou dont l'état nécessite l'assistance permanente d'une tierce personne, à condition que l'invalidité ne soit pas titulaire d'une pension au titre de la sécurité sociale ou d'un régime de prévoyance.

Les enfants nés viables moins de 300 jours après le décès de l'assuré sont considérés comme ayants droit de l'assuré au jour du décès.

AUTRES PERSONNES A CHARGE

Les ascendants directs de l'assuré ou de son conjoint, bénéficiaires de l'allocation supplémentaire du fonds national de solidarité et vivant au foyer de l'assuré.

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 Cambacérés
75008 PARIS**

De même, le médiateur du CTIP est accessible à l'adresse suivante : mediateur@ctip.asso.fr

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.

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 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?

L'invalidité absolue et définitive est celle qui met l'assuré définitivement dans l'incapacité totale fonctionnelle et professionnelle de se livrer à un travail rémunéré ou lui donnant gain ou profit, et dans l'obligation d'avoir recours à une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie courante.

L'assuré qui justifie être classé dans la 3e catégorie des invalides, au sens de l'article L. 341-4 du code de la sécurité sociale, ou perçoit une rente au titre des accidents du travail ou maladies professionnelles au taux de 100 % bénéficie de cette garantie.

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 (sauf en cas de capital minoré assortie d'une rente éducation, ces dernières ayant vocation à être versée dans les conditions fixées au paragraphe Rente Education du présent titre).

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, ou à votre partenaire avec qui vous étiez lié par un pacs.
- 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, 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 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.

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 condition 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.

FRAIS 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 ou ascendant à charge*).

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

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.

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

RENTE HANDICAP

Si la garantie est prévue au tableau des garanties une rente Handicap peut être versée.

En cas de décès du participant, quelle qu'en soit la cause, il est versé une rente viagère à chacun de ses enfants handicapés.

Est reconnu comme handicapé, l'enfant légitime, naturel ou adoptif qui, à la date du décès du participant, est atteint d'une infirmité physique et/ou mentale, constatée médicalement et reconnue par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH), infirmité qui l'empêche :

- soit de se livrer, dans des conditions normales de rentabilité, à une activité professionnelle ;
- soit, s'il est âgé de moins de 18 ans, d'acquérir une instruction

ou une formation professionnelle d'un niveau normal, tel que défini par l'article 199 septies 1° du Code général des impôts.

Par exception au principe visé ci-dessus, aucune rente handicap n'est due :

- si le bénéficiaire a commis ou fait commettre un meurtre sur la personne du participant et a été condamné pour ces faits par décision de justice devenue définitive ;
- en cas de guerre étrangère dans laquelle la France serait impliquée ou en cas de guerre civile ou étrangère, dès lors que le participant y prend une part active ;
- pour les sinistres survenus à la suite des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de transmutations de noyaux d'atomes.

Le montant mensuel de la rente handicap est fixé à 500 euros.

La rente est versée au bénéficiaire ou à son représentant légal.

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.

Maintien gratuit de la garantie décès d'un salarié cadre ou assimilé

Bénéficiaire gratuitement de la couverture de l'assurance décès, pendant un délai maximum de 6 mois à compter de la date de rupture du contrat de travail (préavis effectué ou non) :

Le salarié licencié ;

Le salarié ayant accepté le bénéfice d'un contrat de sécurisation professionnelle et qui perçoit l'allocation spécifique de sécurisation professionnelle ;

Le salarié démissionnaire (démission reconnue légitime par Pôle Emploi) ;

Le salarié en arrêt de travail par suite de maladie ou d'accident lors de son licenciement, s'il se trouve en chômage à l'issue de son incapacité et avant la fin de la période de 6 mois susvisée.

Conditions :

Avoir cotisé au régime au cours des 6 mois précédant immédiatement la date de cessation de son dernier contrat de travail et ceci, de façon continue, dans une ou plusieurs entreprises.

Etre inscrit à Pôle Emploi et percevoir une indemnisation par Pôle Emploi, et ce, quelle que soit la durée de cette indemnisation.

Etant précisé que le montant du capital décès est quelle que soit la cause du décès, celui fixé en cas de maladie.

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 : RENTES D'EDUCATION

A - RENTE D'EDUCATION EN CAS D'INVALIDITE OU D'INCAPACITE DU SALARIE CADRE OU ASSIMILE.

Une rente est accordée aux enfants à charge d'un salarié cadre ou assimilé cadre classé par la Sécurité sociale en invalidité de 2ème ou de 3ème catégorie, ou bénéficiaire d'une rente d'incapacité d'un taux supérieur ou égal à 50 % du salaire reconstitué retenu par la Sécurité sociale en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle.

Elle est payable par annuité au cours du 1er trimestre civil de l'exercice au titre de la période scolaire en cours (soit du 1er octobre de l'année précédente au 30 septembre de l'année considérée).

La rente éducation prend effet le 1er jour du mois civil suivant la notification de la Sécurité sociale.

Elle cesse dès que le salarié cadre ou assimilé cadre ne peut plus prétendre au versement de la rente d'invalidité du présent régime.

B - RENTE D'EDUCATION EN CAS DE DECES DU SALARIE CADRE OU ASSIMILE.

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 28^{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.
- 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.

- 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 : 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 BENEFCIEZ-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 percevait 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.

Incapacité 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

Le délai de franchise de 3 jours est décompté lors de chaque arrêt de travail même si la reprise de travail entre 2 arrêts est d'une durée inférieure à 2 mois.

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'arrérages 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).

GARANTIE MATERNITE

En cas de maternité d'une assurée survenant au moins 280 jours après son entrée dans le régime, il lui est versé une indemnité pendant la période du congé légal de maternité. Il est précisé que pour les assurées qui sont licenciées ou qui démissionnent, l'accouchement doit avoir lieu au plus tard dans les 280 jours qui suivent la date de rupture du contrat de travail.

Ces dispositions s'appliquent également en cas d'adoption, dans la mesure où la sécurité sociale aura elle-même admis l'assurée au bénéfice des prestations maternité.

En aucun cas, le montant des sommes versées, quelle qu'en soit la nature, au participant en incapacité de travail, soit par l'adhérente ou par son intermédiaire après précompte des cotisations dues, soit directement à l'intéressé après rupture du contrat de travail, ne peut être supérieur au salaire net perçu au

cours des 12 derniers mois civils de pleine activité ramené à la période d'arrêt de travail indemnisé, y compris les éléments variables du salaire (gratifications, mois double...).

L'indemnité est versée pendant la durée du congé légal de maternité. Le paiement peut être prolongé de 2 semaines en cas de troubles de la santé, sous réserve qu'elles donnent lieu à indemnisation de la sécurité sociale.

GARANTIE PATERNITE

En cas de paternité d'un participant survenant au moins 280 jours après son entrée dans le régime, il lui est versé une indemnité pendant la période du congé légal de paternité.

Ces dispositions s'appliquent également en cas d'adoption, dans la mesure où la sécurité sociale aura elle-même admis l'assuré au bénéfice des prestations correspondantes.

En aucun cas, le montant des sommes versées, quelle qu'en soit la nature, au participant en incapacité de travail, soit par l'adhérente ou par son intermédiaire après précompte des cotisations dues, soit directement à l'intéressé après rupture du contrat de travail, ne peut être supérieur au salaire net perçu au cours des 12 derniers mois civils de pleine activité ramené à la période d'arrêt de travail indemnisé, y compris les éléments variables du salaire (gratifications, mois double...).

L'indemnité est versée pendant la durée du congé légal de paternité et pour toute la durée d'attribution des prestations par la sécurité sociale.

L'assuré conserve le bénéfice du régime de prévoyance durant la prise du congé.