



## CONTRAT D'ASSURANCE

Date d'effet :  
1<sup>er</sup> avril 2019



Personnel non cadre  
relevant de la CCN  
des industries  
de la maroquinerie,  
articles de voyage,  
chasse, sellerie,  
gainerie, bracelets  
en cuir, entreprises  
de la ganterie de peau



# KLÉSIA

Prévoyance



malakoff médéric  
humanis

SANTÉ – PRÉVOYANCE – RETRAITE – ÉPARGNE





# SOMMAIRE

|  |           |
|--|-----------|
| <b>DÉFINITIONS PRÉALABLES</b> .....  | <b>7</b>  |
| <b>DISPOSITIONS GÉNÉRALES</b> .....  | <b>8</b>  |
| <b>TITRE 1 - GÉNÉRALITÉS</b> .....   | <b>8</b>  |
| Article 1 – Cadre juridique .....  | 8         |
| Article 2 – Objet du contrat .....   | 8         |
| Article 3 – Date d’effet et durée du contrat .....   | 8         |
| Article 4 – Risques garantis .....   | 8         |
| Article 5 – Base légale .....  | 8         |
| Article 6 – Contrôle des Institutions .....  | 8         |
| Article 7 – Réclamation et médiation .....   | 9         |
| Article 8 – Protection des données personnelles .....  | 9         |
| Article 9 – Communication par voie électronique .....  | 10        |
| Article 10 – Lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme .....                                 | 10        |
| Article 11 – Lutte contre la fraude à l’assurance .....  | 10        |
| <b>TITRE 2 - ADHÉSION DE L’ENTREPRISE</b> .....  | <b>10</b> |
| Article 12 – Champ d’application .....   | 10        |
| Article 13 – Date d’effet - Durée - Renouvellement de l’adhésion - Modification de l’adhésion .....                        | 10        |
| Article 14 – Obligations de l’Adhérente .....  | 11        |
| Article 15 – Conditions de prise en charge des sinistres en cours à la date d’effet du contrat .....                       | 12        |
| Article 16– Résiliation de l’adhésion .....  | 12        |
| <b>TITRE 3 - AFFILIATION DES PARTICIPANTS</b> .....  | <b>13</b> |
| Article 17 – Conditions - Modalités d’affiliation des Participants – Date d’effet des garanties .....                      | 13        |
| Article 18 – Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail ou de rupture du contrat de travail ..... | 13        |
| Article 19 – Cessation des garanties .....   | 14        |
| Article 20 - Maintien des garanties au bénéfice du Participant .....   | 14        |
| <b>TITRE 4 - COTISATIONS</b> .....   | <b>15</b> |
| Article 21 – Assiette et taux de cotisations .....   | 15        |
| Article 22 – Paiement des cotisations .....  | 15        |
| Article 23 – Défaut de paiement des cotisations .....  | 16        |
| Article 24 – Révision des cotisations .....  | 16        |
| Article 25 – Exonération des cotisations .....   | 16        |
| <b>TITRE 5 - PRESTATIONS</b> .....   | <b>16</b> |
| Article 26 – Traitement de base - Base des prestations .....   | 16        |
| Article 27 – Revalorisation .....  | 17        |
| Article 28 – Modification des prestations .....  | 17        |



|   |           |
|---|-----------|
| Article 29 – Déclaration des sinistres.....                               | 17        |
| Article 30 – Paiement des prestations.....                                | 17        |
| Article 31 – Plafonnement des prestations.....                            | 18        |
| Article 32 – Contrôle médical.....  | 18        |
| Article 33 – Exclusions.....  | 18        |
| Article 34 – Déchéance.....   | 19        |
| Article 35 – Subrogation.....   | 19        |
| Article 36 – Fausse déclaration.....                                      | 19        |
| Article 37 – Prescription.....  | 19        |
| <b>TITRE 5 - GARANTIES.....</b>   | <b>19</b> |
| Article 38 – Situation familiale du Participant.....                      | 20        |
| Article 39 – Garantie Décès.....  | 20        |
| Article 40 – Incapacité temporaire de travail.....                        | 21        |
| Article 41 – Garantie Invalidité.....                                     | 22        |
| <b>TITRE 6 - DOCUMENTS NÉCESSAIRES AU RÈGLEMENT DES PRESTATIONS .....</b> | <b>24</b> |
| <b>DISPOSITIONS SPECIFIQUES .....</b>                                     | <b>25</b> |
| <b>TITRE 1 -TAUX DE COTISATIONS.....</b>                                  | <b>25</b> |
| <b>TITRE 2 - TABLEAU DE GARANTIES.....</b>                                | <b>26</b> |



## DÉFINITIONS PRÉALABLES

### BÉNÉFICIAIRE

Personne physique ou morale percevant la prestation prévue par la garantie du contrat lors de la réalisation du risque.

### COTISATIONS

Contribution des salariés et/ou de l'employeur versée à l'institution en contrepartie de son engagement.

### ENTREPRISE OU ADHÉRENTE

Personne morale qui souscrit le contrat pour le compte de son personnel défini aux Dispositions Spécifiques, au certificat d'adhésion ou aux conditions particulières, qui s'engage à verser les cotisations et dont le représentant habilité signe l'adhésion.

### GARANTIE

Engagement de l'Institution, en contrepartie du versement de cotisation convenue d'avance, à verser une prestation à l'occasion d'un sinistre au cours d'une période déterminée.

### MALADIE

Toute altération de santé constatée par une autorité médicale et ouvrant droit aux pres-

tations d'un régime obligatoire français de Sécurité sociale.

### PARTICIPANT

Membre du personnel de l'Entreprise relevant de la catégorie de personnel assurée.

### PRESTATION

Exécution de la garantie par l'Institution.

### RISQUE

Evènement aléatoire dont la réalisation est indépendante de la volonté du Participant ou du bénéficiaire.

### RÉMUNÉRATION BRUTE

Sommes et avantages perçus par le Participant assujettis à charges sociales dans les conditions prévues à l'article L242-1 du Code de la Sécurité sociale.

### SINISTRE

Réalisation de l'évènement susceptible de mettre en jeu la garantie du contrat.

## DISPOSITIONS GÉNÉRALES

### Titre 1 Généralités

#### ARTICLE 1 – CADRE JURIDIQUE

Les présentes dispositions constituent les Dispositions Générales du contrat d'assurance souscrit par l'entreprise auprès de :

**KLESIA 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 4 rue Georges Picquart 75017 Paris, et de :

**Malakoff Médéric Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le Livre IX du Code de la Sécurité sociale**, ayant son siège social au 21 rue Laffitte 75009 PARIS,

ci-après dénommées « les Institutions », ou « l'Institution ».

L'entreprise souscriptrice ci-après dénommée « l'Adhérente ou l'Entreprise » devient membre adhérent de KLESIA Prévoyance et de Malakoff Médéric Prévoyance

Ses salariés acquièrent dès leur affiliation la qualité de Participants et sont dénommés ci-après « les Participants ».

Le contrat de prévoyance souscrit auprès de l'Institution est composé pour chaque Adhérente :

- des présentes Dispositions Générales et Dispositions Spécifiques ;
- d'un bulletin d'adhésion ou proposition de contrat ;
- du certificat d'adhésion ou des conditions particulières.

Le présent contrat d'assurance collective est un contrat à adhésion obligatoire. Il respecte les dispositions de l'Accord du 12 décembre 2018 de la Branche des industries de la Maroquinerie, Articles de voyage, Chasse sellerie, Gainerie, Bracelets en cuir (dénommée Branche de la Maroquinerie) et des entreprises de la Ganterie de peau, ayant mis en place un régime de prévoyance conventionnel pour les salariés non cadres de la Branche, à effet du 1<sup>er</sup> avril 2019.

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

à l'ensemble des contrats relevant de ce périmètre.

Afin d'organiser la mutualisation nationale des risques couverts par le présent contrat de prévoyance, les organismes assureurs instituent entre eux une coassurance dont les quote-parts établies sur la base des cotisations des années d'exercice sont les suivantes :

- Malakoff Médéric Prévoyance : 50 %
- KLESIA prévoyance : 50 %

#### ARTICLE 2 – OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat a pour objet de mettre en œuvre un régime de prévoyance obligatoire en faveur des salariés non cadres relevant de la Convention Collective Nationale de la Branche des industries de la Maroquinerie, Articles de voyage, Chasse sellerie, Gainerie, Bracelets en cuir (dénommée Branche de la Maroquinerie) et des entreprises de la Ganterie de peau.

#### ARTICLE 3 – DATE D'EFFET ET DURÉE DU CONTRAT

Le contrat prend effet au 1<sup>er</sup> avril 2019. Il se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction le 1<sup>er</sup> Janvier de chaque année.

#### ARTICLE 4 – RISQUES GARANTIS

Les Institutions garantissent les risques suivants :

- **Le risque Décès et Annexes :**
  - Décès « toutes causes » ;
  - Invalidité absolue et définitive ;
  - Double effet
  - Frais d'obsèques.

- **Le risque Incapacité de travail**

- **Le risque Invalidité 1<sup>re</sup> 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> catégorie**

Les risques couverts sont décrits aux présentes Dispositions Générales et le niveau des prestations est décrit aux Dispositions Spécifiques.

#### ARTICLE 5 – BASE LÉGALE

Le contrat collectif de prévoyance est régi par les dispositions du Code de la Sécurité sociale et est exclusivement soumis à la loi française. Tout litige lié au présent contrat est du ressort des tribunaux français.

#### ARTICLE 6 – CONTRÔLE DES INSTITUTIONS

L'autorité chargée du contrôle des Institutions de Prévoyance est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) dont le siège se situe au



4 Place de Budapest – CS 92459 – 75436 PARIS  
Cedex 09.

## ARTICLE 7 – RÉCLAMATION ET MÉDIATION

### A - Réclamation

Pour toute réclamation relative au fonctionnement du contrat, l'Adhérente ou le Participant doit s'adresser en priorité à l'Institution auprès de laquelle l'adhésion a été réalisée.

#### **KLESIA Prévoyance :**

- par courrier :

KLESIA Prévoyance  
Service Réclamation  
CS 30027  
93108 Montreuil cedex

- par téléphone :

au 01 71 39 15 15

du lundi au vendredi de 9 heures à 18 heures

- via le site internet : [www.klesia.fr](http://www.klesia.fr)

#### **Malakoff Médéric Prévoyance :**

- pour l'Adhérente : [reclamation-entreprise-assurance@malakoffmederic.com](mailto:reclamation-entreprise-assurance@malakoffmederic.com) ou à l'adresse du Service Réclamations Entreprises Assurance - 78288 Guyancourt Cedex,
- pour le Participant et/ou les bénéficiaires : [reclamation-particulier-assurance@malakoffmederic.com](mailto:reclamation-particulier-assurance@malakoffmederic.com) ou à l'adresse du Service Réclamations Particuliers Assurance - 78288 Guyancourt Cedex.

### B - Médiation

Lorsqu'aucune solution à un litige relatif aux garanties n'a pu être trouvée, l'Adhérente, le Participant et les bénéficiaires peuvent, sans préjudice du droit d'agir en justice, s'adresser au médiateur de la protection sociale (Centre Technique des Institutions de Prévoyance-CTIP) :

- par courrier :

M. le médiateur de la protection sociale (CTIP)  
10 rue Cambacères - 75008 Paris

- par voie électronique :

<https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/>.

## ARTICLE 8 – PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Dans le cadre de la relation contractuelle, KLESIA Prévoyance, entité du Groupe KLESIA, et Malakoff Médéric Prévoyance sont amenés à

traiter des données personnelles des assurés et des bénéficiaires du contrat, en tant que responsable de traitement.

À ce titre, KLESIA Prévoyance, entité du Groupe KLESIA, et Malakoff Médéric Prévoyance s'engagent à respecter la réglementation en vigueur applicable en matière de protection des données personnelles et notamment à traiter les données personnelles pour les seules finalités qui font l'objet du contrat à savoir :

- la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance,
- la gestion de la relation commerciale,
- la mise en place d'actions de prévention,
- la prospection commerciale,
- la lutte contre la fraude et les impayés,
- la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme,
- la recherche des contrats décès non réglés,
- le respect de dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur.

Les données personnelles des assurés et des bénéficiaires ne sont transmises à aucune autre personne que celles mentionnées dans la notice d'information.

KLESIA Prévoyance, entité du Groupe KLESIA, et Malakoff Médéric Prévoyance traitent les données personnelles des assurés et des bénéficiaires en France ou en Europe. Néanmoins, si un transfert de données, vers des pays non reconnus par la Commission Européenne comme ayant un niveau de protection adéquat devait être envisagé, ils en seraient informés spécifiquement en précisant les garanties mises en place permettant la protection de leurs données personnelles.

Sauf précision apportée dans la notice d'information, les données personnelles des assurés et des bénéficiaires sont conservées le temps de la relation commerciale ou contractuelle et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légales ou nécessaires au respect d'une obligation réglementaire.

Les assurés et bénéficiaires disposent de droits (droit d'accès, de rectification, d'effacement dans certains cas, d'opposition, de limitation du traitement, à la portabilité) qu'ils peuvent exercer auprès du Délégué à la Protection des Données (DPO) :

#### **Pour KLESIA Prévoyance**

- par courrier électronique : [info.cnil@klesia.fr](mailto:info.cnil@klesia.fr)

- par courrier postal :  
KLESIA Prévoyance - Service INFO CNIL  
CS 30027 - 93108 Montreuil Cedex.

#### *Pour Malakoff Médéric*

- par courrier électronique :  
sgil.assurance@malakoffmederic.com
- par courrier postal :  
Malakoff Médéric,  
Pôle Informatique et Libertés Assurance,  
21 rue Laffitte, 75317 Paris Cedex 09

Les assurés et les bénéficiaires disposent également d'une possibilité de formuler une réclamation près de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07 ou <https://www.cnil.fr/fr/agir>.

Des informations plus détaillées sur le traitement des données sont fournies par KLESIA Prévoyance, entité du Groupe KLESIA, et Malakoff Médéric Prévoyance, aux assurés et des bénéficiaires dans la notice d'information.

#### **ARTICLE 9 – COMMUNICATION PAR VOIE ÉLECTRONIQUE**

Conformément aux dispositions des articles 1366 et 1367 du Code civil, les courriels et les documents électroniques échangés entre l'Entreprise/les Participants et l'Institution et le délégataire de gestion sont considérés comme étant équivalents à des documents écrits. L'ensemble des parties reconnaît la valeur probante des courriels et des documents électroniques. Cette disposition ne fait pas obstacle à la fourniture par le Participant des documents originaux éventuellement nécessaires à l'Institution pour le paiement des prestations, ainsi qu'au respect des dispositions de l'article R932-1-6 du Code de la Sécurité sociale relatives aux modalités de résiliation du contrat.

#### **ARTICLE 10 – LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DE CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME**

Dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux, pour tous les versements effectués, l'Adhérente atteste que ces versements n'ont pas une origine provenant d'opérations constitutives d'une infraction à la loi. L'Institution se réserve le droit de demander tout justificatif sur l'origine des versements conformément aux articles L561-1 et suivants du code monétaire et financier.

#### **ARTICLE 11 – LUTTE CONTRE LA FRAUDE À L'ASSURANCE**

L'Institution peut utiliser les données personnelles du Participant à des fins de lutte contre la fraude à l'assurance. Ce traitement peut entraîner une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

## **Titre 2 Adhésion de l'entreprise**

#### **ARTICLE 12 – CHAMP D'APPLICATION**

Les entreprises relevant de la Branche des industries de la Maroquinerie, Articles de voyage, Chasse sellerie, Gainerie, Bracelets en cuir, peuvent adhérer au présent contrat.

#### **ARTICLE 13 – DATE D'EFFET - DURÉE - RENOUVELLEMENT DE L'ADHÉSION - MODIFICATION DE L'ADHÉSION**

L'adhésion prend effet à la date indiquée sur le certificat d'adhésion et se termine au 31 décembre de l'année en cours.

Elle se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction le 1<sup>er</sup> Janvier de chaque année, sauf résiliation à l'initiative de l'Adhérente ou de l'Institution, notifiée par lettre recommandée avec avis de réception, moyennant le respect d'un délai de préavis d'au moins deux mois avant la date d'échéance du contrat. L'Adhérente peut également procéder à la résiliation dans les mêmes délais par envoi recommandé électronique.

#### **Modification de l'adhésion**

##### **A - Formalités en cas de modification à l'initiative de l'Entreprise Adhérente**

Lorsque l'Entreprise Adhérente souhaite modifier l'option retenue, elle doit adresser à l'Institution :

- une demande de modification dûment signée par un représentant habilité, précisant le choix de la garantie optionnelle ;
- un état du personnel ;
- un état des salariés en arrêt de travail précisant le motif de l'arrêt et un état des salariés à temps partiel pour cause de maladie.

Une telle modification donne lieu à l'émission d'un nouveau certificat d'adhésion.

## B - Entrée en vigueur des modifications

Après acceptation de l'Institution, les modifications entrent en vigueur au premier jour du trimestre civil qui suit la date de réception par l'Institution de la demande modificative.

### ARTICLE 14 – OBLIGATIONS DE L'ADHÉRENTE

#### 14.1 - Obligation d'affiliation

Dans le cadre du présent contrat de prévoyance collective à adhésion obligatoire, l'Adhérente doit affilier l'ensemble de ses salariés non cadres tel qu'indiqués dans le certificat d'adhésion.

L'Adhérente s'engage également à y affilier obligatoirement tous ceux qu'elle embauchera postérieurement à la date d'effet du contrat.

#### 14.2 - Informations à fournir à l'Institution

##### 14.2.1 - Lors de l'adhésion

Lors de l'adhésion au contrat, l'Adhérente doit fournir à l'Institution :

- un bulletin d'adhésion au présent contrat ou une proposition de contrat dûment signé(e) par un représentant habilité ;
- la liste de l'ensemble du personnel bénéficiaire du contrat (nom et prénom, date de naissance, adresse, salaire annuel, situation familiale) ;
- la liste des salariés et anciens salariés en incapacité ou invalidité, indemnisé ou non au titre de l'assurance maladie obligatoire, ainsi que les salariés en mi-temps thérapeutique afin que l'Institution évalue les conséquences de la prise en charge des états pathologiques antérieurs à l'adhésion ;
- la liste des anciens salariés et des ayants droit d'anciens salariés décédés bénéficiant ou susceptibles de bénéficier du différentiel de garanties pour le maintien des garanties décés et/ou de la revalorisation de prestations périodiques ;
- la liste des anciens salariés bénéficiant du maintien des garanties au titre de la portabilité des droits prévue par l'article L.911-8 du code de la Sécurité sociale, ainsi que la date du terme de ce maintien pour chacun des anciens salariés.

##### 14.2.2 - En cours de contrat

L'Adhérente doit :

- informer l'Institution au plus tard à chaque échéance de cotisations, de toute modification d'adresse, de raison sociale ou de modification de sa situation juridique (fusion, cession, scis-

sion...) ainsi que de tout élément susceptible d'entraîner une modification de la nature ou de l'importance des garanties ;

- transmettre trimestriellement à l'Institution la liste des nouveaux salariés, dans la catégorie assurée (embauche ou changement de catégorie) ; toutes ces informations doivent s'accompagner des nom, prénoms, salaire brut d'embauche et numéro de Sécurité sociale du personnel concerné ;
- déclarer trimestriellement à l'Institution les salariés qui quittent l'entreprise notamment suite à une démission, une rupture conventionnelle, un licenciement ou un départ en retraite ou qui sortent de la catégorie de salariés assurés, en précisant la date et le motif du départ ;
- déclarer à l'Institution, dès qu'elle en a connaissance, tout salarié dont le contrat de travail est suspendu qui ne pourrait bénéficier du maintien de son affiliation tel que prévu à l'article 18 ;
- déclarer trimestriellement à l'Institution, par le biais des appels des cotisations, l'effectif et la masse salariale brute correspondant au total trimestriel des rémunérations brutes des salariés affiliés au contrat ventilées par tranches soumises à cotisations sociales ;
- transmettre à l'Institution au plus tard le 31 janvier de chaque année, un état nominatif annuel des salaires par voie dématérialisée ;
- déclarer à l'Institution, dès qu'elle en a connaissance tous les salariés en arrêt de travail ou qui reprennent leur activité suite à un arrêt de travail indemnisé par l'Institution.

#### *Dispositif relatif à la Déclaration Sociale Nominative (DSN)*

Les dispositions ci-dessus sont sans objet dès lors que l'Adhérente a transmis ces données par la voie de la déclaration sociale nominative en application de l'article L. 613-2 du Code de la Sécurité sociale.

#### 14.3 - Informations à fournir aux Participants

En vertu des dispositions de l'article L932-6 du Code de la Sécurité sociale, l'Adhérente a un devoir d'information à l'égard des Participants sur le contrat souscrit.

Conformément à ces dispositions, l'Adhérente s'engage à remettre à chaque Participant une copie de la notice d'information qui lui a été transmise par l'Institution.

Il doit également porter à la connaissance de chacun d'eux, par écrit, les modifications des garanties souscrites.

La preuve de la remise de cette notice incombe à l'Adhérente.

### **ARTICLE 15 – CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES SINISTRES EN COURS À LA DATE D'EFFET DU CONTRAT**

#### **15.1 - Prise en charge des sinistres en cours au titre du régime de base**

##### **15.1.1 - En présence d'un contrat de prévoyance souscrit antérieurement**

Le présent contrat prend en charge, pour les salariés ou anciens salariés en arrêt de travail, déclarés par l'entreprise lors de la souscription :

- la revalorisation des prestations périodiques dont le service incombe à l'assureur précédent, que le contrat de travail soit rompu ou non (rentes invalidité),
- l'éventuel différentiel de garanties pour le maintien des garanties décès si les garanties de la précédente adhésion étaient inférieures aux dispositions du présent contrat, et si le contrat de travail n'est pas rompu,
- la revalorisation des bases de calcul des différentes prestations relatives à la couverture du risque décès maintenu, dans le cas où celle-ci n'était pas prévue par le contrat résilié (pour autant que les conditions de revalorisation du précédent contrat aient été communiquées).

##### **15.1.2 - En l'absence d'un contrat de prévoyance souscrit antérieurement**

Les salariés en arrêt de travail, déclarés par l'entreprise lors de la souscription, sont couverts à compter de la date d'effet du contrat pour l'ensemble des garanties ; ils bénéficient des prestations incapacité temporaire de travail ou Invalidité dès cette date pour autant qu'ils remplissent les conditions d'ouverture de droits fixées au présent contrat.

##### **15.1.3 - Financement des risques en cours**

Les conditions de financement des risques en cours sont déterminées en fonction de la déclaration des risques en cours. Le montant de la sur-cotisation afférente à cette prise en charge est intégrée au taux de cotisation de ce régime de base et figure au Titre I des Dispositions Spécifiques.

#### **15.2 - Prise en charge des sinistres en cours au titre des options 1 et 2**

Le présent contrat ne prend pas en charge, pour les salariés ou anciens salariés en arrêt de travail, déclarés par l'entreprise lors de la souscription, les prestations ou revalorisations (rente invalidité et, le cas échéant, indemnités journalières) au titre des garanties afférentes aux options 1 et 2.

Toutefois, en cas de demande d'adhésion d'une entreprise à une option et de prise en charge de prestations de salariés en arrêt de travail au titre de cette option, l'Institution procédera à une étude au cas par cas, et pourra y réserver une suite favorable après calcul, en contrepartie de la prise en charge du passif, d'une prime unique ou une surcotisation, pour laquelle un accord écrit sera demandé à l'Adhérente.

### **ARTICLE 16 – RÉSILIATION DE L'ADHÉSION.**

#### **À la date d'échéance annuelle**

L'adhésion peut être résiliée par l'Adhérente ou l'Institution, par lettre recommandée avec avis de réception, au moins deux mois avant la date d'échéance du contrat, le cachet de la poste faisant foi. L'Adhérente peut également procéder à la résiliation dans les mêmes délais par envoi recommandé électronique.

#### **En cas de non-paiement des cotisations**

L'Institution peut résilier le contrat collectif de prévoyance en cas de défaut de paiement des cotisations conformément à l'article L932-9 du code de la Sécurité sociale.

#### **En cas de fausse déclaration**

En cas de réticence ou de fausse déclaration de l'Adhérente ou du Participant susceptible de changer l'objet du risque ou d'en diminuer l'opinion pour l'Institution, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'Adhérente ou un Participant est sans influence sur la réalisation du risque, le contrat sera résilié de plein droit, sans préjudice pour l'Institution, de se prévaloir de la nullité du contrat prévue à l'article L932-7 du Code de la Sécurité sociale. **L'Institution doit justifier par tous moyens de l'existence du caractère intentionnel de la fausse déclaration.**

#### **En cas de refus de modification du contrat**

En cas de refus par l'Adhérente de la révision des cotisations par l'Institution ou de la modification des garanties, l'Adhérente dispose de la faculté de résilier le contrat par lettre recommandée ou

par envoi recommandé électronique avec avis de réception dans un délai d'un mois suivant la proposition de modification.

## Titre 3 Affiliation des Participants

### ARTICLE 17 – CONDITIONS - MODALITÉS D’AFFILIATION DES PARTICIPANTS – DATE D’EFFET DES GARANTIES

#### 17.1 - Conditions d’affiliation

Seuls les salariés non cadres des Adhérentes relevant du régime général obligatoire, de la Mutualité sociale agricole ou du régime local Alsace-Moselle peuvent bénéficier du présent contrat.

#### 17.2 - Modalités d’affiliation

L'ensemble du personnel relevant de la catégorie des salariés assurée doit être affilié à titre obligatoire.

L'Adhérente communique à l'Institution, sur tout support de son choix, la liste de tous les salariés concernés par le contrat.

L'Adhérente est responsable de l'affiliation au contrat de tous les salariés présents à l'effectif. Elle doit ainsi s'assurer que l'Institution a bien eu connaissance de tous les salariés ayant vocation à profiter des garanties du contrat qu'elle a souscrit.

Le cas échéant peuvent être affiliés les anciens salariés bénéficiaires du contrat de prévoyance précédemment souscrit par l'entreprise, durant la période de maintien de garanties (« portabilité des droits ») restant à courir au titre de l'Article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale (c'est-à-dire les anciens salariés dont les droits à portabilité ont été ouverts auprès de l'organisme assureur dont le contrat de prévoyance a été résilié, lorsque ce dernier n'assure pas le maintien jusqu'à l'expiration de la période de droits). À cette fin, l'Adhérente doit communiquer la liste des anciens salariés concernés.

#### 17.3 - Date d’affiliation et date d’effet des garanties

Sous réserve du respect des conditions et modalités ci-dessus, la qualité de Participant est acquise :

- à la date d'effet de l'adhésion précisée au certificat d'adhésion ou aux conditions particulières, lorsque les salariés sont présents dans

l'effectif de l'entreprise à cette date et font partie de la catégorie assurée ;

- à la date d'embauche ou de changement de catégorie professionnelle lorsque celle-ci est postérieure à la date d'effet de l'adhésion.

Les salariés bénéficient des garanties prévues au contrat de prévoyance à compter de la date d'affiliation.

Au titre de l'incapacité de travail, pour la détermination de la franchise, l'arrêt de travail est réputé être survenu à la date d'effet du contrat.

### ARTICLE 18 – DISPOSITIONS APPLICABLES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL OU DE RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL

#### 18.1 - Suspension du contrat de travail rémunérée ou indemnisée

Les garanties sont maintenues au profit des Participants dont la suspension du contrat de travail est rémunérée ou indemnisée par l'employeur (en cas de maintien de salaire total ou partiel) ou qui perçoivent des journalières complémentaires versées au titre d'un contrat de prévoyance complémentaire ou qui perçoivent des indemnités journalières de la Sécurité sociale.

Sous réserve des dispositions relatives à l'exonération des cotisations prévues à l'article 25, ce maintien des garanties donne lieu à paiement des cotisations.

#### 18.2 - Incidences de la rupture du contrat de travail en cas de maladie ou accident

Le Participant en arrêt de travail continue à bénéficier des garanties adoptées par l'Entreprise dans le cadre des présentes garanties, tant que le contrat d'assurance souscrit par l'Entreprise auprès de l'Institution est en vigueur.

Le maintien des garanties cesse :

- lorsque le Participant ne perçoit plus de la Sécurité sociale de prestations en espèces au titre de l'incapacité de travail ou de l'invalidité ayant entraîné le maintien de garantie,
- à la date de liquidation de la retraite du régime général de la Sécurité sociale ou à la date de transformation de la pension d'invalidité en pension vieillesse par la Sécurité sociale,
- à la reprise totale d'activité,
- en cas de résiliation de l'adhésion ou du contrat, sous réserve des dispositions de l'article 20-2 ci-après.

### 18.3 - Suspension du contrat de travail non rémunérée ou non indemnisée

Les garanties sont suspendues de plein droit lors de la suspension du contrat de travail du Participant, sans maintien de la rémunération (congé sabbatique, congé pour création d'entreprise, congé parental d'éducation, congé de proche aidant, congé sans solde...).

La suspension des garanties intervient à la date de la cessation effective du travail dans l'Entreprise.

Elle s'achève dès la reprise effective du travail par l'intéressé au sein de l'effectif assuré, sous réserve que l'Institution en soit informée dans un délai de trois mois suivant la reprise.

#### ARTICLE 19 – CESSATION DES GARANTIES

Sous réserve des cas de maintien des garanties prévus à l'article suivant, les garanties prennent fin dans les cas suivants :

- résiliation de l'adhésion par l'une des parties dans les conditions prévues aux présentes Dispositions Générales ;
- en cas de non-paiement des cotisations selon la procédure prévue à l'article 23 ;
- rupture du contrat de travail du Participant ;
- en cas de cessation d'activité ou disparition de l'Adhérente ;
- liquidation de la pension de retraite du Participant, sauf situation de cumul emploi-retraite dans l'entreprise ;
- décès du Participant.

#### ARTICLE 20 - MAINTIEN DES GARANTIES AU BÉNÉFICIAIRE DU PARTICIPANT

##### 20.1 - Portabilité des droits prévue à l'article L911-8 du Code de la Sécurité sociale

###### Conditions

Conformément à l'article L911-8 du Code de la Sécurité sociale, en cas de cessation du contrat de travail, les garanties dont bénéficiaient les Participants sont maintenues, à condition que la cessation du contrat de travail ne soit pas consécutive à une faute lourde et que l'ancien salarié soit pris en charge par le régime de l'Assurance Chômage. Le maintien des garanties est également subordonné à la condition que les droits aient été ouverts chez le dernier employeur.

###### Formalités

Il incombe à l'Adhérente d'informer le Participant de ce droit. Afin d'être affilié, l'ancien salarié

retourne à l'Institution un bulletin de portabilité établi et mis à disposition par celle-ci, dûment complété et signé.

###### Date d'effet et durée du maintien des garanties

Le maintien des garanties prend effet à compter de la date de cessation du contrat de travail.

Pour les arrêts de travail survenus pendant la période de portabilité, les anciens participants bénéficiaires de l'option 2 sont indemnisés à l'issue d'une période de franchise reconstituée à partir de l'ancienneté du salarié dans l'entreprise.

Ce maintien est accordé à l'ancien salarié pendant la période d'indemnisation par l'Assurance Chômage pour une durée équivalente à celle de son dernier contrat de travail ou, le cas échéant, de ses derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur, et en tout état de cause, limité à 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 qui ne sera pas prolongée d'autant.

###### Garanties maintenues

Les garanties maintenues sont celles en vigueur dans l'entreprise. Ainsi, toute révision du contrat sera applicable aux bénéficiaires du maintien de droit.

Les indemnités versées au titre des garanties invalidité ou incapacité permanente au cours de la période de maintien des droits ne peuvent conduire l'ancien salarié à percevoir un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues à la même période.

###### Financement

Le maintien des garanties est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations du contrat des salariés en activité, ce qui entraîne l'absence de cotisations au titre de périodes postérieures à la cessation du contrat de travail pour l'employeur et l'ancien salarié.

###### Obligations déclaratives

L'ancien salarié s'engage à fournir à l'Institution :

- à l'ouverture du maintien des garanties, le justificatif initial d'indemnisation par le régime d'Assurance Chômage ;
- trimestriellement, l'attestation de paiement des allocations chômages ou le cas échéant, les décomptes d'indemnités journalières de la

Sécurité sociale. En cas de sinistre, l'Institution pourra également réclamer cette attestation à chaque demande de prise en charge par le Participant.

### **Cessation du maintien des garanties**

Le maintien des garanties cesse :

- à l'issue de la période de portabilité ;
- au décès de l'ancien salarié ;
- en cas de cessation du versement des allocations du régime de l'assurance chômage ;
- en cas de non transmission des justificatifs de prise en charge par l'assurance chômage ;
- en cas de résiliation de l'adhésion ou du contrat d'assurance.

## **20.2 - Maintien des garanties en cas de résiliation du contrat**

### **20.2.1 - Maintien des prestations en cours de service**

En application de l'article 7 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 dite « loi Evin », les prestations incapacité ou invalidité en cours de service à la date de résiliation du contrat de prévoyance sont maintenues au montant atteint à cette date, dans les limites des garanties correspondantes telles que définies dans les Dispositions Spécifiques.

Pour les Participants dont l'état d'invalidité ou d'incapacité permanente est reconnu ou aggravé postérieurement à la date de résiliation du contrat de prévoyance, l'Institution verse la prestation prévue à la date de l'arrêt de travail.

Ce nouvel état ne sera pris en charge que si le fait générateur de l'arrêt est survenu durant la période d'assurance ou antérieurement à la date d'effet du contrat pour les Participants faisant l'objet d'une reprise de passif et ne bénéficiant pas d'un contrat de prévoyance antérieur.

La revalorisation des prestations cesse à compter de la date de résiliation ou de non renouvellement du contrat de prévoyance.

### **20.2.2 - Maintien des garanties Décès**

En application de l'article 7-1 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 dite « loi Evin », les garanties Décès sont maintenues lorsque le Participant est indemnisé au titre de l'incapacité ou de l'invalidité à la date de résiliation ou non renouvellement du contrat.

### **20.2.3 - Cessation du maintien des garanties**

Ces dispositifs de maintien cessent dans les cas suivants :

- reprise totale d'activité ;
- cessation des versements par la Sécurité sociale des indemnités journalières, d'une pension invalidité, d'une rente accident du travail ou maladie professionnelle avec un taux d'incapacité égal ou supérieur à 33 % ;
- liquidation de la pension vieillesse par la Sécurité sociale.

## **Titre 4 Cotisations**

La garantie est assurée par l'Institution en contrepartie du paiement des cotisations prévues aux Dispositions Spécifiques.

### **ARTICLE 21 – ASSIETTE ET TAUX DE COTISATIONS**

Les taux de cotisations définis aux Dispositions Spécifiques sont établis en fonction de la législation et de la réglementation en vigueur au 1<sup>er</sup> avril 2019.

L'assiette des cotisations est déterminée en fonction du total des rémunérations brutes annuelles du Participant, limitée à la tranche 1 : Fraction de la rémunération limitée au montant du Plafond Annuel de la Sécurité Sociale (PASS).

#### **Salariés à temps partiel**

Pour chaque Participant exerçant une activité à temps partiel, la cotisation assise sur la rémunération annuelle brute telle que définie ci-dessus, est due sur le salaire réellement perçu par le Participant.

#### **Salariés à employeurs multiples**

Pour chaque Participant exerçant une activité salariée dans plusieurs entreprises, la cotisation est due sur le salaire réellement perçu par le Participant dans l'entreprise Adhérente.

### **ARTICLE 22 – PAIEMENT DES COTISATIONS**

Les cotisations sont calculées annuellement et recouvrées trimestriellement à terme échu. Elles doivent être payées, au plus tard le 10<sup>e</sup> jour suivant l'échéance.

L'adhérente est seule responsable du paiement de la totalité des cotisations à l'Institution. De ce fait, elle procède à leur calcul et au versement à l'Institution.

Sur la base de l'état nominatif des salaires communiqué par l'Adhérente à chaque fin d'exercice, l'Institution effectue un ajustement des coti-



sations afin de prendre en compte la situation exacte de chaque Participant.

Cet ajustement donnera lieu soit à un remboursement de trop perçu, soit à un paiement complémentaire par l'Adhérente.

#### ARTICLE 23 – DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

En cas de non-paiement de l'intégralité des cotisations dans les 10 jours suivant l'échéance, l'Adhérente est mise en demeure d'effectuer le règlement par l'Institution, par lettre recommandée avec avis de réception.

Les garanties seront suspendues 30 jours après la date de mise en demeure si le paiement n'a pas été effectué.

Le contrat sera résilié 40 jours après la date de mise en demeure restée infructueuse.

En tout état de cause, l'Institution poursuivra le recouvrement des cotisations dues et éventuelles majorations de retard. Les frais engagés à cet effet seront entièrement à la charge de l'Adhérente.

En cas de paiement des cotisations arriérées et de celles arrivées à échéance pendant la suspension avant le terme des 40 jours suivant la mise en demeure, le contrat reprend ses effets.

#### ARTICLE 24 – RÉVISION DES COTISATIONS

Les taux de cotisation sont réexaminés par l'Institution, en fonction de l'équilibre technique du contrat à l'issue d'une période de maintien des taux indiquée au titre I des Dispositions Spécifiques, sauf en cas de modifications législatives ou réglementaires ayant une incidence sur le contrat de prévoyance.

Le changement des taux de cotisation est notifié à l'Adhérente avant l'entrée en vigueur de cette modification.

En cas de refus des taux révisés par l'Adhérente, celle-ci doit en aviser l'Institution dès la réception de la notification de révision des taux. À défaut d'accord entre l'Institution et l'Adhérente, cette dernière peut résilier le contrat de prévoyance par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec avis de réception dans un délai d'un mois suivant cette notification. Cette résiliation prendra effet à la date d'entrée en vigueur des nouveaux taux. À défaut, l'Adhérente est réputée avoir accepté la révision des taux.

#### ARTICLE 25 – EXONÉRATION DES COTISATIONS

Le Participant en arrêt de travail est exonéré des cotisations afférentes aux garanties Décès, Incapacité de travail et Invalidité au terme d'un délai de franchise de 91 jours d'arrêt de travail.

L'exonération est partielle si le Participant travaille à temps partiel, les cotisations étant alors proportionnelles aux rémunérations brutes annuelles effectivement perçues du fait de son activité réduite.

L'exonération des cotisations cesse :

- dans les cas de cessation des prestations Incapacité ou Invalidité ;
- en cas de résiliation du contrat de prévoyance.

## Titre 5 Prestations

#### ARTICLE 26 – TRAITEMENT DE BASE DES PRESTATIONS

Le traitement de référence qui sert de base de calcul des prestations est égal à l'ensemble des rémunérations brutes perçues au cours des douze derniers mois civils précédant le décès ou l'arrêt de travail, limité à la tranche soumise à cotisations telles que prévues à l'article 21 des présentes Dispositions Générales.

En tout état de cause, le traitement pris en compte pour le calcul des prestations ne peut excéder celui choisi par l'Adhérente comme base des cotisations.

Si le Participant n'a pas reçu de rémunération ayant donné lieu à cotisations pendant tout ou partie des 12 mois visés à l'alinéa précédent du fait d'une ancienneté inférieure à 12 mois, le traitement de référence sera reconstitué sur 12 mois.

Si le Participant n'a pas reçu de rémunération ayant donné lieu à cotisations pendant tout ou partie des 12 mois visés au premier alinéa du fait de la suspension de son contrat de travail suite à un arrêt de travail ou congé maternité ou paternité, le traitement de référence sera déterminé par rapport à la rémunération des douze derniers mois de pleine activité.

Aucune reconstitution de salaire ne sera effectuée en raison d'une suspension du contrat de travail pour une autre raison qu'un arrêt de travail, un congé maternité ou un congé paternité (exemples : congé sabbatique, congé parental...).



Seule la rémunération éventuellement perçue au cours des 12 derniers mois civils sera alors prise en compte.

Si le Participant est reconnu invalide au sens de l'article L341-1 du Code de la Sécurité sociale et autorisé par la Sécurité sociale à reprendre une activité à temps partiel, la rémunération partielle est complétée jusqu'à concurrence de la rémunération qu'il aurait perçue s'il avait travaillé à temps complet.

Le traitement de référence servant de base de calcul de la garantie Décès peut être revalorisé dans les conditions prévues à l'article ci-dessous en cas de décès survenant en cours d'arrêt de travail.

## ARTICLE 27 – REVALORISATION

### 27.1 - Revalorisation des prestations périodiques

Les prestations périodiques (incapacité ou invalidité) peuvent être revalorisées annuellement au 1<sup>er</sup> juillet de chaque année, sur la base du taux décidé par le Conseil d'administration de l'Institution.

La première revalorisation des prestations intervient le cas échéant le 1<sup>er</sup> juillet suivant la date anniversaire du sinistre générateur des prestations.

En cas de résiliation de l'adhésion ou du contrat d'assurance, les prestations ne sont plus revalorisées et continuent d'être versées au niveau atteint à la date de résiliation.

### 27.2 - Revalorisation du capital décès

#### Revalorisation

La revalorisation prévue à l'article précédent s'applique également au traitement de référence servant de base de calcul en cas de décès pour les Participants en arrêt de travail bénéficiant du maintien des garanties décès.

Cette revalorisation ne porte pas préjudice à l'application de la revalorisation du capital décès telle que prévue dans le paragraphe ci-après.

*Revalorisation des prestations non réglées dite revalorisation post-mortem (Loi n° 2014 – 617 du 13 juin 2014 et Décret n° 2015 – 1092 du 28 août 2015)*

À compter de la date du décès du Participant jusqu'à la date de réception par l'Institution des pièces nécessaires au paiement de la prestation, celle mentionnée au contrat, qu'elle soit versée

sous forme de capital ou de rente, est revalorisée dans les conditions prévues à l'article R.132-3-1 du Code des assurances.

Il est précisé que la date de prise de connaissance par l'Institution du décès du Participant, est la date à laquelle l'Institution est informée du décès, par la réception de l'acte de décès.

## ARTICLE 28 – MODIFICATION DES PRESTATIONS

L'Institution peut modifier les garanties en cas d'évolution législative ou réglementaire ou en cas de déséquilibre technique du contrat.

Les modifications des garanties donneront lieu à l'émission d'un avenant.

Incidences des modifications de garanties pour les Participants en arrêt de travail

En cas de modification des conditions de prestations des garanties incapacité temporaire de travail - invalidité, les Participants en incapacité temporaire de travail ou en invalidité restent couverts selon les modalités contractuelles en vigueur à la date de l'arrêt de travail.

En cas de modification des conditions de prestations des garanties décès, les dispositions suivantes s'appliquent aux Participants en incapacité temporaire de travail ou en invalidité à la date de la modification :

- s'ils figurent toujours aux effectifs de l'entreprise ou sont affiliés au contrat au titre de la portabilité, alors ils sont couverts selon les nouvelles conditions,
- à défaut, ils restent couverts selon les modalités en vigueur à la date de radiation des effectifs ou à la date d'expiration de la période de maintien des garanties susvisées.

## ARTICLE 29 – DÉCLARATION DES SINISTRES

Le sinistre doit être déclaré à l'Institution à compter de sa survenance.

Toute demande doit être accompagnée des justificatifs nécessaires, dont la liste figure au Titre VII.

L'Institution se réserve le droit de vérifier l'exactitude des déclarations.

## ARTICLE 30 – PAIEMENT DES PRESTATIONS

L'Institution règle les prestations généralement dans les 15 jours ouvrés et dans un délai maximum d'un mois après la réception de l'ensemble des pièces requises pour l'ouverture des droits,

délais de poste et bancaire non compris. Le règlement s'effectue par virement bancaire ou par chèque auprès du Participant, de l'Adhérente ou du bénéficiaire.

### ARTICLE 31 – PLAFONNEMENT DES PRESTATIONS

Les prestations Incapacité ou Invalidité versées par l'Institution en complément de celles de la Sécurité sociale, le cas échéant au titre d'un autre contrat d'assurance, ne peuvent procurer au Participant un revenu supérieur à la rémunération nette qu'il aurait perçue s'il avait continué à exercer son activité.

De même, si le Participant reprend une activité partielle, le cumul de la rémunération et des prestations perçues ne peuvent excéder la rémunération nette qu'il aurait perçue s'il avait exercé son activité à temps complet.

### ARTICLE 32 – CONTRÔLE MÉDICAL

Lors d'une demande de prestations ou pendant leur service, l'Institution se réserve le droit de faire examiner le Participant par un médecin qu'il mandate à cet effet afin de pouvoir constater la réalité et la gravité de son état. En conséquence, l'Institution peut procéder, indépendamment de la prise en charge du Participant par la Sécurité sociale obligatoire ou de tout autre organisme, à la suspension voire la suppression des prestations dès l'initiation du contrôle médical.

Le Participant doit fournir toutes les pièces justificatives et se prêter à toute expertise ou examen que le médecin désigné par l'Institution jugera utile de lui demander pour apprécier son état. Il doit être en mesure de présenter le maximum de pièces en lien avec son état de santé (certificats médicaux, ordonnances, radiographies, scanners, originaux des décomptes des prestations en espèces émanant de la Sécurité sociale, attestations de salaire employeur...). À tout moment, les médecins mandatés par l'Institution auront le libre accès au Participant en arrêt de travail ou en invalidité, afin de pouvoir constater son état. Des examens complémentaires pourront être effectués à la demande du médecin mandaté.

Le Participant est tenu de se soumettre à ce contrôle médical. À défaut et après mise en demeure, l'Institution pourra suspendre les droits aux prestations à l'expiration d'un délai de 30 jours. Il en sera de même en cas d'absence du domicile.

Pendant la période de suspension des droits à prestations, aucune prestation n'est due ; le versement des prestations s'effectue ou reprend, s'il y a lieu, au terme définitif du processus du contrôle médical.

La décision de l'Institution relative au refus de règlement du sinistre, à la réduction ou à la cessation des prestations, prise en fonction des conclusions de son médecin désigné, s'impose au Participant sans que celui-ci puisse se prévaloir de la poursuite par la Sécurité sociale de l'indemnisation pour les prestations de base, ou d'avis de prolongation de l'arrêt de travail postérieurs au contrôle ou à l'expertise.

La décision est notifiée au Participant par lettre recommandée avec avis de réception.

La contestation par le Participant des conclusions du médecin désigné par l'Institution doit être adressée sous pli confidentiel par lettre recommandée à l'Institution dans un délai de 30 jours à compter de la notification de la décision de l'Institution. Dans cette hypothèse, le Participant pourra se faire représenter par son médecin traitant dans une entrevue amiable avec le médecin conseil de l'Institution. En cas de désaccord entre son médecin traitant et le médecin conseil, les parties désigneront d'un commun accord, dans un délai d'un mois un troisième médecin pour les départager. À défaut d'entente, la désignation sera faite sur requête de la partie la plus diligente par le Président du Tribunal de Grande Instance du ressort de l'Institution.

L'avis de ce troisième médecin s'imposera à l'Institution et au Participant sans que celui-ci puisse se prévaloir de la poursuite par la Sécurité sociale de l'indemnisation pour les prestations de base, ou d'avis de prolongation ou de nouvel arrêt postérieurs au contrôle ou à l'expertise.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin ; ceux du troisième médecin ainsi que ses frais de nomination sont supportés à parts égales par les deux parties.

Le contrôle continuera à s'exercer, même après résiliation du contrat tant que l'Institution verse des prestations.

### ARTICLE 33 – EXCLUSIONS

**Ne donnent pas lieu à prise en charge, les sinistres qui résultent :**

- du suicide qui se produit au cours de la première année d'affiliation au présent contrat. Toutefois, le suicide est garanti si du fait de

son affiliation au présent contrat et, précédemment à un autre contrat de prévoyance à adhésion obligatoire, le Participant a été couvert une année continue d'assurance à la date du suicide ;

- de faits de guerre civile ou étrangère, d'émeutes, d'insurrections, d'attentats, d'actes de terrorisme, quel que soit le lieu où se déroulent les faits et quels qu'en soient les protagonistes dès lors que le Participant y prend une part active. Lorsque la France est partie belligérante à des faits de guerre étrangère, la prise en charge intervient dans les conditions définies par la législation intervenant sur les assurances sur la vie en temps de guerre ;
- des conséquences de maladie ou d'accident qui sont le fait volontaire du Participant, de mutilations volontaires ou d'une tentative de suicide ;
- des conséquences de la participation volontaire et violente du Participant à des rassemblements, manifestations sur la voie publique, à des mouvements populaires, rixes, jeux et paris ;
- directement ou indirectement du risque atomique ou de radiations ionisantes.

#### ARTICLE 34 – DÉCHÉANCE

Le bénéficiaire qui est condamné pour avoir volontairement donné la mort au Participant est déchu du bénéfice des garanties, celles-ci continuant à produire leurs effets au profit des autres bénéficiaires.

#### ARTICLE 35 – SUBROGATION

L'Institution est subrogée au Participant ou à ses ayants droit victime d'un accident dans leur action contre le tiers responsable pour le sinistre pris en charge, dans la limite des prestations versées.

#### ARTICLE 36 – FAUSSE DÉCLARATION

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle du bénéficiaire, la garantie accordée au Participant est nulle conformément à l'article L932-7 du Code de la Sécurité sociale. Les cotisations payées demeurent acquises à l'Institution.

#### ARTICLE 37 – PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant du contrat collectif sont prescrites dans un délai de deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

La prescription est portée à :

- cinq ans en ce qui concerne l'incapacité de travail ;
- dix ans concernant les garanties décès (capital) versées aux bénéficiaires.

Conformément aux dispositions de l'article L932-13 du Code de la Sécurité sociale et de la loi n°2014-617 du 13 juin 2014, la prescription est portée à 30 ans à compter du décès du Participant pour le bénéficiaire qui n'a pas été informé de sa qualité par l'Institution.

Toutefois, le délai de prescription ne court :

- qu'à compter du jour où l'Institution en a eu connaissance en cas de réticence, omission ou fausse déclaration ;
- que du jour où les intéressés ont eu connaissance du risque, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Lorsque l'action de l'Adhérente, du Participant, du bénéficiaire, ou de l'ayant droit contre l'Institution a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Adhérente, le Participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

Le délai de prescription est interrompu dans les cas suivants :

- reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;
- demande en justice, même en référé ;
- acte d'exécution forcée ;
- désignation d'experts à la suite d'un sinistre ;
- envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception adressée soit à l'entreprise par l'Institution en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, soit à l'Institution par le Participant, le bénéficiaire ou les ayants droit en ce qui concerne le règlement de la prestation.

## Titre 6 Garanties

Le présent titre définit l'ensemble des garanties couvertes par le contrat ainsi que la situation familiale prise en compte pour les éventuelles majorations des montants de prestations.

Les garanties souscrites ainsi que leur montant sont indiqués aux Dispositions Spécifiques.

## ARTICLE 38 – SITUATION FAMILIALE DU PARTICIPANT

Le montant des prestations ainsi que les éventuelles majorations prennent en compte la situation familiale du participant, dûment justifiée.

Les personnes prises en compte sont le conjoint du Participant, les enfants à sa charge ou à la charge de son conjoint.

### 38.1 - Définition du conjoint

Est considéré comme conjoint :

- l'époux (se) du Participant, non séparé(e) de corps judiciairement à la date du sinistre ouvrant droit à prestations ;
- le partenaire lié au participant par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) ;
- le concubin, personne vivant maritalement avec le participant sous le même toit, à condition que les conditions cumulatives suivantes soient remplies :
- le concubin et le participant soient tous les deux célibataires ou veufs ;
- le concubinage est établi de façon notoire depuis plus de deux ans.

Cette condition de durée est supprimée lorsqu'un enfant est né de cette union.

### 38.2 - Définition des enfants à charge

Sont considérés comme enfants à charge les enfants du Participant reconnus, adoptés ou recueillis et ceux de son conjoint lorsqu'ils sont fiscalement à charge du Participant et sont :

- âgés de moins de 21 ans ;
- âgés de 21 ans à 26 ans et :
  - poursuivent des études ;
  - ou sont sous contrat d'apprentissage ;
- quel que soit leur âge, s'ils sont infirmes et titulaires de la carte d'invalidité, devenue la carte « mobilité inclusion », prévue à l'article L241-3 du code de l'action sociale et des familles, sous réserve que l'état d'invalidité soit survenu avant le 26<sup>e</sup> anniversaire ;
- nés dans les 300 jours suivant le décès du Participant.

Sont considérés comme fiscalement à charge du Participant, les enfants :

- pris en compte dans le calcul de l'impôt sur le revenu du Participant ;
- recevant du Participant une pension alimentaire venant en déduction dans le calcul de l'impôt sur le revenu de celui-ci ;

- adoptés ou reconnus par le Participant, s'ils sont fiscalement à charge de son conjoint.

La situation de famille prise en considération est obligatoirement celle, dûment justifiée, du Participant à la date du sinistre, en dehors de la naissance intervenue dans le délai de 300 jours mentionné ci-dessus.

### Garanties Décès

Ces garanties ont pour objet d'assurer aux Participants ou bénéficiaires, selon les Dispositions Spécifiques, le versement d'une prestation sous forme d'un capital, en cas de décès ou d'Invalidité absolue et définitive.

En cas de disparition, la garantie décès n'est due qu'après reconnaissance du décès par absence, par le tribunal compétent.

## ARTICLE 39 – GARANTIE DÉCÈS

### 39.1 - Décès en capital « toutes causes »

En cas de décès du Participant, quelle qu'en soit la cause, l'Institution verse au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) par le Participant, un capital. Le montant du capital est défini aux Dispositions Spécifiques.

**Le décès met fin à l'ensemble des garanties dont bénéficiait le Participant, à l'exception de la garantie Double Effet.**

### 39.2 - Bénéficiaires du capital décès

En l'absence de désignation expresse des bénéficiaires, les capitaux décès sont versés dans l'ordre de priorité suivant :

- au conjoint du Participant, tel que défini à l'article 38.1, à condition qu'il ne soit pas séparé de corps judiciairement ;
- à défaut, aux enfants vivants ou représentés du Participant, nés ou à naître, par parts égales entre eux ;
- à défaut, aux ascendants du Participant, par parts égales entre eux ou aux survivants d'entre eux ;
- à défaut, aux héritiers du Participant, par parts égales entre eux, y compris ceux qui ont renoncé à la succession.

Le Participant peut désigner un ou plusieurs bénéficiaires du capital décès, au moment de son affiliation ou ultérieurement.

La désignation expresse du bénéficiaire s'effectue par le formulaire délivré à cet effet par l'Institution, accompagné de son mode d'emploi.

Un acte sous seing privé ou un acte authentique permet également la désignation du ou des

bénéficiaires à condition que cette désignation soit notifiée à l'Institution.

En cas de désignation nominative, les coordonnées du ou des bénéficiaires désignés doivent être précisées afin de permettre à l'Institution de le(s) retrouver.

La désignation peut être modifiée par le Participant à tout moment, notamment si celle-ci n'est plus appropriée (changement de situation familiale du Participant, naissance...) sauf si le bénéficiaire désigné reconnaît par écrit accepter de percevoir le capital. En effet, dans ce cas, la désignation faite à son profit devient irrévocable.

Dans le cas où les bénéficiaires désignés sont décédés, le capital décès est versé dans l'ordre de priorité indiqué ci-dessus.

En cas de décès du Participant et du ou des bénéficiaires désignés au cours d'un même événement sans qu'il ne soit possible de déterminer l'ordre des décès, le Participant est présumé avoir survécu le dernier pour la détermination des bénéficiaires du capital.

Dans le cas où une cession en garantie a été effectuée au profit d'un organisme prêteur, le capital décès lui sera versé à hauteur du prêt restant dû, le solde revenant aux autres bénéficiaires.

### **39.3 - Garantie Invalidité Absolue et Définitive.**

Le Participant est considéré comme étant en Invalidité absolue et définitive lorsqu'il cumule les conditions suivantes :

- reconnaissance par la Sécurité sociale d'une invalidité 3<sup>e</sup> catégorie ou incapacité permanente de 100% au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ;
- le Participant est définitivement dans l'incapacité de se livrer à une activité professionnelle ;
- son état nécessite l'aide d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie courante.

Dans ce cas, le capital décès peut lui être versé par anticipation à compter de la consolidation de l'Invalidité absolue et définitive. Ce versement met automatiquement fin à la garantie décès sauf, le cas échéant, à la garantie double effet. En particulier, le décès du Participant n'entraîne pas le paiement d'un nouveau capital.

### **39.4 - Garantie Double Effet**

En cas de décès simultané ou postérieur du conjoint, il est versé un capital aux enfants restés

à la charge du conjoint survivant. Ce capital est réparti à parts égales entre les enfants à charge.

Le capital est versé sous les conditions cumulatives suivantes :

- le conjoint décède au plus tôt en même temps que le Participant ;
- il n'est pas séparé de corps judiciairement au moment du décès du Participant ;
- il n'a pas encore atteint l'âge légal d'ouverture des droits à la pension vieillesse ;
- il laisse un ou plusieurs enfants, à sa charge au moment du décès, et initialement à la charge du Participant ;
- le contrat collectif de prévoyance est toujours en vigueur à la date de son décès.

### **39.5 - Frais d'obsèques**

Cette garantie a pour objet d'assurer le versement d'une allocation couvrant tout ou partie des frais d'obsèques du Participant.

Le montant de l'allocation est fixé aux Dispositions Spécifiques.

L'allocation est versée à la personne physique ayant supporté les frais d'obsèques à hauteur du montant de la facture des obsèques et dans la limite du montant garanti indiqué au titre II des Dispositions Spécifiques.

Le solde éventuel est versé au conjoint du Participant, à défaut à ses enfants à charge tels que définis au paragraphe « situation familiale » des présentes Dispositions Générales.

L'allocation est versée dans un délai maximum de trente jours ouvrés à compter de la remise de l'ensemble des pièces justificatives.

## **ARTICLE 40 – INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL**

### **40.1 - Conditions de la garantie**

En cas d'incapacité temporaire de travail, le participant perçoit, sous réserve d'un éventuel contrôle médical, des indemnités journalières complémentaires.

Est considéré en état d'incapacité temporaire de travail donnant lieu au versement des indemnités journalières par l'Institution, le participant qui suite à une maladie ou à un accident :

- se trouve, temporairement inapte à l'exercice de son activité professionnelle ;
- perçoit des indemnités journalières de la Sécurité sociale :

- soit au titre de l'assurance maladie ;
  - soit au titre de l'assurance des accidents de travail et des maladies professionnelles ;
- et qui ne fait l'objet d'aucune mesure de suspension de maintien de salaire par son employeur suite à un contrôle médical diligenté par ce dernier.

L'Institution se réserve le droit de demander au participant de produire, pour constater son état d'incapacité et verser la prestation, un certificat médical établi par son médecin, ou de le soumettre à une expertise médicale.

#### 40.2 - Montant des prestations

Les indemnités journalières sont calculées selon un taux appliqué au traitement de référence. Le montant des prestations est entendu brut de toutes charges sociales susceptibles de grever les prestations.

En cas de reprise du travail à temps partiel, et à condition que la Sécurité sociale maintienne le paiement de ses prestations en espèces, les indemnités journalières versées par l'Institution sont réduites à due proportion.

#### 40.3 - Date d'effet des prestations

Le versement des prestations intervient soit :

- au terme du délai de franchise prévu aux Dispositions Spécifiques. Cette franchise court à partir du premier jour d'arrêt de travail ;
- à la fin des garanties de maintien de salaire prévues dans l'accord collectif applicable au Participant.

#### 40.4 - Modalités de versement des prestations

Les indemnités journalières sont versées directement à l'Adhèrent tant que le contrat de travail est maintenu, à charge pour cette dernière de les reverser au participant, nettes de charges sociales et d'impôt sur le revenu.

Lorsque le contrat de travail est rompu, les indemnités journalières sont versées directement au participant, nettes de contributions sociales prévues par la réglementation et d'impôt sur le revenu.

#### 40.5 - Cessation du versement des prestations

Les indemnités journalières complémentaires cessent d'être versées :

- dès que la Sécurité sociale cesse le versement des indemnités journalières ;
- à la date de la reprise d'une activité professionnelle à temps complet ;

- au 1096<sup>e</sup> jour d'arrêt de travail ;
- à la date de l'attribution par la Sécurité sociale d'une pension d'invalidité ou d'une rente d'incapacité permanente ;
- à la date de liquidation de la pension vieillesse ;
- à la date de fin du contrat de travail, sauf en cas de cumul emploi-retraite et sous réserve des dispositions de l'article 18.2 des présentes Dispositions générales ;
- à la suite d'un contrôle médical concluant à un arrêt de travail non justifié ou du refus de contrôle.

#### 40.6 - Rechute

Le participant qui se trouve à nouveau en arrêt de travail dans les deux mois qui suivent la cessation de paiement des indemnités journalières complémentaires n'est pas soumis au délai de franchise, à la condition que le nouvel arrêt de travail résulte de la même cause que l'arrêt précédemment indemnisé. Il appartient au participant d'en apporter la preuve par certificat médical.

Les indemnités sont calculées sur les mêmes bases qu'à la date du premier arrêt de travail, et les éventuelles revalorisations restent acquises.

### ARTICLE 41 – GARANTIE INVALIDITÉ

En cas d'incapacité permanente ou d'invalidité, l'Institution verse, sous réserve d'un éventuel contrôle médical, une prestation complétant la rente ou la pension servie par la Sécurité sociale.

#### 41.1 - Invalidité d'origine non professionnelle

Le participant a droit au versement de la rente en cas d'invalidité permanente consécutive à une maladie ou un accident d'origine non professionnelle, lorsque l'Institution reconnaît qu'il remplit les critères d'attribution fixés aux articles L341-1 et suivants du code de la Sécurité sociale.

Le montant de la rente est fixé en pourcentage du traitement de base, selon le classement par la Sécurité sociale du participant en 1<sup>re</sup>, 2<sup>e</sup>, 3<sup>e</sup> catégorie d'invalidité telles que définies à l'article L341-4 du Code de la Sécurité sociale. En application de cet article, les catégories d'invalidité sont définies comme suit :

- 1<sup>re</sup> catégorie : invalides capables d'exercer une activité rémunérée ;
- 2<sup>e</sup> catégorie : invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque ;
- 3<sup>e</sup> catégorie : invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession, sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'as-

sistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

La rente versée par l'Institution est exprimée sous déduction ou en complément des prestations brutes versées par la Sécurité sociale (hors majoration pour recours à une tierce personne) selon les modalités prévues aux Dispositions Spécifiques.

#### **41.2 - Invalidité d'origine professionnelle**

Cette rente est versée en cas d'incapacité permanente suite à un accident de travail ou à une maladie professionnelle.

Il est précisé que si le taux d'incapacité permanente déterminé par la Sécurité sociale est :

- inférieur à 33 % aucune rente n'est servie,
- égal ou supérieur à 33 % et inférieur à 67 %, le montant de la rente est identique à celui versé aux invalides de 1<sup>er</sup> catégorie ;
- égal ou supérieur à 67 %, le montant de la rente est identique à celui versé aux invalides de 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> catégorie.

#### **41.3 - Modalités de versement des prestations**

La rente est payée mensuellement à terme échu. Elle est versée directement au participant, nette

de toutes contributions sociales et d'impôt sur le revenu, après retenue à la source par l'Institution, sauf demande expresse de l'adhérent ou du participant lorsque ce dernier reste inscrit dans les effectifs de l'entreprise.

#### **41.4 - Cessation du versement des prestations**

La rente cesse d'être due :

- dès que la Sécurité sociale ne verse plus la pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité
- à la date de la reprise d'une activité professionnelle à temps complet ;
- à la date de l'attribution par la Sécurité sociale de la pension vieillesse, y compris au titre de l'inaptitude au travail ;
- à la suite d'un contrôle médical concluant à un arrêt de travail non justifié ou d'un refus de contrôle.

La rente peut être révisée ou supprimée lorsque le participant voit son taux d'incapacité évoluer ou change de catégorie d'invalidité suite à une décision de la Sécurité sociale. Cette révision ou suppression prend effet à compter de la date du changement de situation du participant.

## Titre 2

## Documents nécessaires au règlement des prestations

En complément de la demande de règlement de prestations dûment remplie, les documents justificatifs à fournir en cas de sinistre pour le paiement des prestations sont ceux prévus dans le tableau ci-dessous. Toutefois, l'Institution peut demander d'autres pièces justificatives destinées à compléter le dossier.

| Demande de prestation en cas de :   | Décès | IAD | Incapacité | Invalidité |
|---|-------|-----|------------|------------|
| <b>Documents justificatifs<br/>Concernant le sinistre et la situation de famille</b>  |       |     |            |            |
| Extrait d'acte de décès   | •     |     |            |            |
| Copie des bulletins de salaire correspondant au traitement de référence   | •     | •   | •          | •          |
| Copie des décomptes d'indemnités journalières de la Sécurité sociale  |       |     | •          |            |
| Certificat médical détaillé précisant la nature de l'affection, la date de la première constatation médicale et la durée prévisible de l'arrêt de travail (à adresser sous pli confidentiel à l'attention du Médecin conseil) |       |     | •          | •          |
| Si rechute, certificat médical attestant que le nouvel arrêt résulte de la même affection   |       |     | •          |            |
| Certificat médical précisant la nature et les circonstances du décès (à retourner sous pli confidentiel à l'attention du Médecin conseil)   | •     |     |            |            |
| Rapport médical établi par le médecin traitant ou par le médecin ayant constaté l'IAD (à retourner sous pli confidentiel à l'attention du Médecin conseil)  |       | •   |            |            |
| Demande écrite du participant ou de son représentant légal  |       | •   |            |            |
| Copie de la notification d'attribution de la Sécurité sociale de la pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité permanente   |       | •   |            | •          |
| Relevé d'identité bancaire  | •     | •   | •          | •          |
| Justificatifs des salaires perçus en cas de reprise partielle d'activité ou attestation sur l'honneur de non-activité professionnelle   |       |     | •          | •          |
| Attestation de l'adhérent indiquant les salaires bruts et nets (ou de tous les employeurs pour le participant ayant des employeurs multiples)   |       |     | •          | •          |
| Photocopie de l'avis d'imposition sur les revenus du participant (et éventuellement de ceux du conjoint)  | •     | •   | •          | •          |
| Copie intégrale de l'acte de naissance de chaque bénéficiaire   | •     |     |            |            |
| Copie du livret de famille du participant   | •     | •   |            |            |
| Certificat de scolarité et/ou pièces justifiant la qualité d'enfant à charge <sup>1</sup>   | •     | •   |            |            |
| Certificat de vie <sup>1</sup>  | •     | •   |            |            |
| Copie de l'ordonnance ou du jugement de tutelle <sup>2</sup>  | •     | •   |            |            |
| Acte de notoriété établissant la dévolution successorale  | •     |     |            |            |
| Extrait d'acte de naissance justifiant du Pacte Civil de solidarité   | •     | •   |            |            |
| Justificatifs de domicile commun en cas de concubinage (avis d'imposition, facture EDF, bail commun, attestation d'assurance...)  | •     | •   |            |            |



## DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES

### Titre 1

### Taux de cotisations

Les cotisations sont fixées en pourcentage du traitement de base défini à l'article 21 des Dispositions Générales. Elles sont exprimées hors taxes. Les taux du régime de base et des options sont maintenus jusqu'au 31 décembre 2021, sauf en cas de d'évolutions législatives ou réglementaires.

| Garanties   | Taux de cotisation   |          |                       |          |                       |
|---|--|----------|-----------------------|----------|-----------------------|
|   | En % du traitement de base limité à la tranche 1 <sup>(T1)</sup> |          |                       |          |                       |
|   | Régime de base   | Option 1 | Base + Option 1       | Option 2 | Base + Option 2       |
| Décès<br>Décès toutes causes<br>Invalidité absolue et définitive<br>Double effet<br>Allocation obsèques | 0,26 %   | 0,14 %   | 0,40 %                | 0,28 %   | 0,54 %                |
| Incapacité de travail   | -  | -        | -                     | 0,56 %   | 0,56 %                |
| Invalidité  | 0,07 %   | 0,56 %   | 0,63 %                | 0,56 %   | 0,63 %                |
| <b>Total taux contractuels<sup>1</sup></b>  |  |          |                       |          |                       |
|   | 0,33 % <sup>1</sup>  | 0,70 %   | 1,03 % <sup>1</sup>   | 1,40 %   | 1,73 % <sup>1</sup>   |
| <b>Total taux appel<sup>2</sup></b>   |  |          |                       |          |                       |
|   | 0,30 % <sup>1-2</sup>  | 0,70 %   | 1,00 % <sup>1-2</sup> | 1,40 %   | 1,70 % <sup>1-2</sup> |

**T1** : Fraction de la rémunération limitée au montant du Plafond Annuel de la Sécurité Sociale (PASS).

**1.** Y compris la surcotisation de 0,03 % au titre de la reprise de passif **pour le régime de base uniquement**

**2.** Un taux d'appel est appliqué au **régime de base obligatoire uniquement** (0,26 % appelé à 0,23 %).

## Titre 2

### Tableau de garanties

| Capital Décès toutes causes/Invalidité Absolue et Définitive   | Montant<br>En % du traitement de base limité à la tranche 1 <sup>(T1)</sup> |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|
|  | Régime de base  | Option 1                                | Base + Option 1                         | Option 2                                | Base + Option 2                         |
| Quelle que soit la situation familiale   | 100 %   | 50 %                                    | 150 %                                   | 100 %                                   | 200 %                                   |
| Majoration marié/pacsé/concubin  | 10 %  | 10 %                                    | 20 %                                    | 20 %                                    | 30 %                                    |
| Majoration par enfant à charge   | 10 %  | 10 %                                    | 20 %                                    | 20 %                                    | 30 %                                    |
| <b>Double effet<sup>1</sup></b>  |   |   |   |   |   |
| En cas de décès du conjoint, simultané ou postérieur à celui du Participant, à condition qu'il reste au moins un enfant à charge du conjoint lors de son décès | 100 % du capital<br>Décès toutes causes                                     | 100 % du capital<br>Décès toutes causes | 100 % du capital<br>Décès toutes causes | 100 % du capital<br>Décès toutes causes | 100 % du capital<br>Décès toutes causes |
| <b>Frais d'obsèques<sup>2</sup></b>  |   |   |   |   |   |
| En cas de décès du Participant   | 100 % PMSS <sup>2</sup>   | -                                       | 100 % PMSS <sup>2</sup>                 | -                                       | 100 % PMSS <sup>2</sup>                 |
| <b>Incapacité de travail</b>   |   |   |   |   |   |
| Franchise  | -   | -                                       | -                                       | Relais mensualisation*                  | Relais mensualisation*                  |
| Montant (y compris les indemnités journalières de la Sécurité sociale)   | -   | -                                       | -                                       | 70 %                                    | 70 %                                    |
| <b>Frais d'obsèques<sup>2</sup></b>  |   |   |   |   |   |
| 1 <sup>re</sup> catégorie (y compris la rente de la Sécurité sociale)  | -   | 42 %                                    | 42 %                                    | 42 %                                    | 42 %                                    |
| 2 <sup>e</sup> catégorie (y compris la rente de la Sécurité sociale)   | -   | 70 %                                    | 70 %                                    | 70 %                                    | 70 %                                    |
| 3 <sup>e</sup> catégorie (y compris la rente de la Sécurité sociale)   | 70 %  | -                                       | 70 %                                    | -                                       | 70 %                                    |

\* Après extinction totale des obligations de l'employeur pour le personnel ayant au moins un an d'ancienneté. Le personnel ayant moins d'un an d'ancienneté n'est pas couvert par la garantie Incapacité de travail.

1. T1 : Tranche 1 (part de la rémunération entre le premier euro et une fois le Plafond Annuel de la Sécurité sociale).

2. PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale, en vigueur au moment du décès.



PROFESSIONNELS  
DES MÉTIERS  
DE SERVICES,  
VOUS PASSEZ TOUT  
VOTRE TEMPS  
À PRENDRE SOIN  
DES AUTRES.



ET VOUS ?  
QUI PREND SOIN  
DE VOUS ?

### Complémentaire Santé – Prévoyance – Retraite

C'est parce que nous connaissons si bien les commerces de proximité que nous sommes en mesure de vous apporter les solutions les plus adaptées à vos besoins. KLESIA, au service des entreprises de service depuis plus de 65 ans.

**KLÉSIA**  
PROTECTION ET INNOVATION SOCIALES

**KLESIA Prévoyance** - Institution de prévoyance régie par le Titre III du Livre IX du Code de la Sécurité sociale,  
située au 4 rue Georges Picquart 75017 Paris

**Malakoff Médéric Prévoyance** - Institution de prévoyance régie par le livre IX du Code de la Sécurité sociale  
située au 21 rue Laffitte 75009 Paris