Conditions Générales

GARANTIES DE PREVOYANCE
CONTRAT COLLECTIF

CRP – CAISSE REUNIONNAISE DE PREVOYANCE

Edition Juillet 2024

Nous contacter
0262 900 100*
*prix d'un appel local www.groupecrc.com

Caisse Réunionnaise de Prévoyance (CRP), institution de prévoyance régie par le code de la Sécurité sociale, membre du Groupe CRC
Siège social : 2 bis ruelle Pavée – BP 60766 – 97475 Saint-Denis Cedex I Fax. : 0262 908 000
SIRET : 397 895 202 00026
Organisme de contrôle : ACPR, 4 place de Budapest, 75009 PARIS cedex 9 (www.abe infoservice.fr)

GROUPE CRC CAISSES RÉUNIONNAISES COMPLÉMENTAIRES
ENGAGÉ À VOS CÔTÉS

SOMMAIRE

I - DISPOSITIONS GENERALES 5
CHAPITRE I – ARTICULATION DU CONTRAT 5
ARTICLE 1. OBJET DU CONTRAT 5
ARTICLE 2. DEFINITIONS 5
CHAPITRE II – DUREE DES GARANTIES, OBLIGATIONS DE L'ADHERENT, REVISION ET RESILIATION DU CONTRAT 7
ARTICLE 3. DURÉE DES GARANTIES 8
3.1. Prise d'effet des garanties 8
3.2. Prise d'effet et étendue des modifications des garanties 9
3.3. Maintien des garanties 9
3.4. Formalités médicales 11
3.5. Fausse déclaration 12
3.6. Cessation des garanties 12
3.7. Situation des ayants droit 12
3.8. Renouvellement de l'adhésion 12
ARTICLE 4. OBLIGATIONS DE L'ADHERENT 13
4.1. Obligations déclaratives d'adhésion 13
4.2. Obligations déclaratives en cours d'exercice 14
4.3. Changement de situation juridique et économique 15
4.4. Obligations d'information 15
ARTICLE 5. REVISION DU CONTRAT 15
ARTICLE 6. RÉSILIATION DU CONTRAT 16
6.1. Cas de résiliation 16
6.2. Effets de la résiliation sur les assurés en activité et les assurés bénéficiant du maintien des garanties au titre de l'article L.911-8 du code de la sécurité sociale 17
6.3. Effets de la résiliation sur les assurés en incapacité temporaire de travail ou en invalidité 17
6.4. Effets de la résiliation sur les prestations en cours de service 17
6.5. Obligations de l'adhèrent à la suite de la résiliation du contrat 18
CHAPITRE III – COTISATIONS 18
ARTICLE 7. MONTANT ET PAIEMENT DES COTISATIONS 18
7.1. La base de calcul des cotisations 18
7.2. Les taux de cotisations 19
7.3. Le paiement des cotisations 19
7.4. Le recouvrement des cotisations 19
CHAPITRE IV – PRESTATIONS 20
ARTICLE 8. BASE DE CALCUL DES PRESTATIONS, REVALORISATION DES PRESTATIONS, DECLARATION DE SINISTRE, RISQUES EXCLUS, MOBILITE A L'ETRANGER, DECHEANCE ET PLAFONDS DE GARANTIE 20
8.1. La base de calcul des prestations 20

8.2. La revalorisation des prestations 20
8.3. La déclaration des sinistres et le paiement des prestations 21
8.4. La mobilité des assurés à l'étranger 21
8.5. Les exclusions 21
8.6. La déchéance 22
8.7. Les plafonds de garanties 22
CHAPITRE V – DISPOSITIONS DIVERSES 22
ARTICLE 9. PRESCRIPTION 22
ARTICLE 10. RECLAMATIONS – MEDIATION 23
10.1. Réclamations 23
10.2. Médiation 23
ARTICLE 11. SUBROGATION 23
ARTICLE 12. CLAUSE ATTRIBUTIVE 24
ARTICLE 13. PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL 24
ARTICLE 14. AUTORITE DE CONTROLE 29
II. DISPOSITIONS PAR GARANTIE 30
CHAPITRE VI – CAPITAL DECES OU PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (P.T.I.A) 30
ARTICLE 15. DEFINITION DE LA GARANTIE DECES OU P.T.I.A 30
15.1. Capital en cas de décès toutes causes 30
15.2. Capital en cas de perte totale et irréversible d'autonomie (P.T.I.A) 30
15.3. Capital supplémentaire en cas de Décès accidentel ou de perte totale et irréversible d'autonomie accidentelle 31
15.4. Désignation de bénéficiaires liée à la garantie capital décès 31
15.5. Garantie double effet 32
15.6. Garantie frais d'obsèques 32
15.7. Majoration des intérêts légaux en cas de versement tardif des capitaux décès 33
15.8. Revalorisation post-mortem des capitaux 33
15.9. Pieces justificatives à fournir 33
CHAPITRE VII – GARANTIE RENTE DE CONJOINT 34
ARTICLE 16. DEFINITION DE LA GARANTIE RENTE DE CONJOINT 34
16.1. Capital substitutif 35
16.2. Paiement et durée 35
16.3. Pièces justificatives 35
CHAPITRE VIII – GARANTIE RENTE D'EDUCATION 36
ARTICLE 17. DEFINITION DE LA GARANTIE RENTE D'EDUCATION 36
17.1. Montant de la rente d'éducation 36
17.2. En cas de perte totale et irréversible d'autonomie 36
17.3. Modalités de versement et durée de la rente 36
17.4. Pièces justificatives 36

CHAPITRE IX – MAINTIEN DE SALAIRE - INCAPACITE TEMPORAIRE - INVALIDITE 37
ARTICLE 18. GARANTIE MAINTIEN DE SALAIRE 37
18.1. Personnel concerné 37
18.2. Objet et montant de la garantie 37
18.3 Cessation de la garantie maintien de salaire 38
19. GARANTIE INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL (ITT) 38
20. RECHUTE POUR LES GARANTIES MAINTIEN DE SALAIRE OU INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL 39
21. PAIEMENT ET DUREE DES PRESTATIONS POUR LES GARANTIES MAINTIEN DE SALAIRE OU INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL 39
22. GARANTIE INVALIDITE 40
22.1. Définition 40
22.2. Paiement et durée des prestations 41
22.3. Le fait générateur et le salaire de référence 41
22.4. La reprise d'activité 42
22.5. La règle du cumul 42
23. PIECES JUSTIFICATIVES POUR LES GARANTIES DE MAINTIEN DE SALAIRE -INCAPACITE- INVALIDITE 42
24. DEVOIR D'INFORMATION DU PARTICIPANT ET DE L'ENTREPRISE ADHERENTE EN CAS DE SINISTRE CAUSE PAR UN TIERS 43
25. CONTROLE MEDICAL 43
26. GARANTIE MATERNITE 44
Chapitre X – ACTION SOCIALE 44
27. LES PRESTATIONS DE L'ACTION SOCIALE 44
28. L'ACTION SOCIALE DE BRANCHE 44

I - DISPOSITIONS GENERALES

CHAPITRE I – ARTICULATION DU CONTRAT

ARTICLE 1. OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat est constitué des présentes Conditions Générales, ainsi que du Contrat d'adhésion valant Conditions Particulières. Les Conditions particulières prévalent sur les Conditions Générales.

Il est souscrit par la personne morale désignée aux Conditions Particulières, et ci-après dénommée « **l'ADHERENT** », auprès de **la Caisse Réunionnaise de Prévoyance (CRP)**, Institution de Prévoyance régie par les dispositions des Titres III et V du Livre 9 du Code de la Sécurité sociale dont le siège social est situé 2bis, Ruelle Pavée, 97400 Saint-Denis.

Le présent contrat a pour objet d'instituer une opération d'assurance de Prévoyance collective à adhésion obligatoire, ou obligatoire et facultative, conforme aux dispositions découlant de la Convention Collective Nationale de la branche professionnelle.

Les risques couverts :

Les risques pouvant être couverts au titre des présentes Conditions Générales, sont, **sous réserve des garanties souscrites aux Conditions Particulières du contrat** :

- Le décès ou la perte totale irréversible d'autonomie
- La rente de conjoint,
- La rente d'éducation,
- Le maintien de salaire,
- L'Incapacité Temporaire de Travail,
- La garantie maternité,
- L'Invalidité.

Le présent contrat est régi par les dispositions du Code de la Sécurité sociale.

Le caractère obligatoire ou facultatif de l'adhésion ainsi que les garanties souscrites par l'ADHERENT sont précisés aux Conditions Particulières du contrat.

ARTICLE 2. DEFINITIONS

Accident : Effet soudain, violent et involontaire d'une cause extérieure provoquant sur la personne physique du participant une atteinte ou lésion corporelle.

Accident de la circulation : Accident qui se réalise sur une voie publique ou privée, lors d'un trajet à pied ou à l'occasion d'un parcours effectué par tout moyen de transport public ou privé.

Acte authentique : Acte établi par un officier public et signé devant lui par toutes les parties à l'acte.

Acte sous signature privée : Acte dont la rédaction est libre, établi par l'une des parties à l'acte et signé par tous les participants à cet acte.

Adhérent : Les membres adhérents ayant souscrit aux Conditions Générales de la CRP, plus particulièrement la personne morale souscriptrice du présent contrat.

Ascendants à charge : Sont considérés comme ascendants effectivement à charge du participant, ceux reconnus selon les règles fiscales.

Ayant droit : Personne qui bénéficie des prestations souscrites par un membre participant en vertu du lien de proximité qui les unit. Sont ayants droit les membres de la famille (conjoint, enfants, ascendants à charge, ...) qui ne sont pas assurés sociaux à titre personnel.

Bénéficiaire : Personne physique qui recevra la Prestation due par l'Institution en cas de réalisation d'un risque garanti au présent contrat.

Catégorie : Ensemble de personnes physiques travaillant pour le compte de l'ADHERENT et défini par celui-ci, conformément aux articles R.242-1-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale, au moyen de critères généraux et impersonnels, dans l'acte prévu à l'article L.911-1 du même Code instituant les garanties collectives.

Concubin : la personne vivant en couple avec le participant assuré au moment de l'événement ouvrant droit à garantie. La définition de concubinage est celle retenue par l'article 515-8 du Code civil. De plus, le concubinage doit avoir été notoire et continu pendant une durée d'au moins 2 ans jusqu'au sinistre. Aucune durée n'est exigée si un enfant au moins est né ou a été adopté lors de leur vie commune.

Conjoint : Conjoint du participant non divorcé, non séparé de corps judiciairement.

Cumul emploi-retraite : Le cumul emploi-retraite permet à une personne retraitée qui perçoit une pension du régime général d'exercer une activité professionnelle et de cumuler le versement de revenus professionnels et de sa pension de retraite.

Fiche de paramétrage DSN : La fiche de paramétrage permet d'obtenir les éléments nécessaires et suffisants pour le paramétrage du logiciel de paie.

IAD : L'Invalidité Absolue Définitive, également appelée la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), est l'impossibilité pour une personne d'exercer une activité professionnelle ou une occupation quelconque en raison d'une perte d'autonomie. Elle est irréversible et nécessite l'aide d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie courante. Elle équivaut à l'invalidité de 3ème catégorie de la Sécurité sociale.

Institution de Prévoyance : La Caisse Réunionnaise de Prévoyance (CRP) est une institution de prévoyance régie par le Titre 3 du Livre 9 du Code de la Sécurité sociale. C'est une personne morale de droit privé ayant un but non lucratif, administrée paritairement par des membres adhérents et des membres participants.

Invalidité : Par invalidité, il faut entendre la réduction d'au moins 2/3 de la capacité de travail ou de gain reconnue par la Sécurité sociale et entraînant le classement dans l'une des catégories d'invalides visées à l'article L.341-4 du Code de la Sécurité sociale « *En vue de la détermination du montant de la pension, les invalides sont classés comme suit :*

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

Partenaire pacsé : personne, quel que soit son sexe, ayant conclu avec l'assuré un pacte civil de solidarité (PACS) dans les conditions fixées par les articles 515-1 à 515-7 et 506-1 du Code civil, sous réserve qu'il ne soit pas dissout ou rompu de fait, à la date du sinistre.

Participants : les membres participants sont les salariés affiliés à la CRP par l'entreprise adhérente, les anciens salariés de l'entreprise adhérente ainsi que leurs ayants droit qui sont affiliés à la CRP, ces personnes ayant aussi cette qualité à compter du jour où la CRP liquide leur droit à prestation.

PASS : Plafond annuel de la Sécurité sociale.

Plafond de la Sécurité sociale : Plafond servant de base au calcul des cotisations de Sécurité sociale et prévu aux articles L.241-3 et D.242-17 du Code de la Sécurité sociale et modifié chaque année par arrêté.

Portabilité des droits : Mécanisme par lequel l'employeur est tenu de proposer le maintien des garanties santé et prévoyance aux anciens salariés, dont la rupture du contrat de travail ouvre droit à indemnisation par le régime d'assurance chômage, **en dehors du cas de licenciement pour faute lourde.**

Prestation : Mise en œuvre de la garantie par l'Institution.

PTIA : La Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, également appelée l'Invalidité Absolue Définitive (IAD), est l'impossibilité pour une personne d'exercer une activité professionnelle ou une occupation quelconque en raison d'une perte d'autonomie. Elle est irréversible et nécessite l'aide d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie courante. Elle équivaut à l'invalidité de 3ème catégorie de la Sécurité sociale.

Rémunération brute : Sommes et avantages perçus par le participant assujettis aux charges sociales dans les conditions prévues à l'article L.242-1 du Code de la Sécurité sociale.

Rémunération nette : Rémunération brute déduction faite de toutes les charges sociales et autres contributions salariales légalement et conventionnellement obligatoires.

Risque : Évènement aléatoire dont la réalisation est indépendante de la volonté du participant ou du bénéficiaire.

Salaire de référence : Rémunération brute des 12 derniers mois civils précédant l'événement donnant lieu à prestation (ou reconstitué sur cette période lorsque le salarié a moins d'un an d'ancienneté).
En cas d'activité partielle, sauf dérogation prévue aux Conditions Particulières, le salaire de référence est déterminé par le montant de l'indemnité d'activité partielle versée au salarié ainsi que, le cas échéant, celui de l'éventuel complément de rémunération assuré par l'employeur.

Sinistre : Réalisation du risque.

Tranches soumises à cotisations sociales : Selon les Conditions Particulières, il existe deux types d'appellation :

- Tranche A : Fraction de la rémunération brute annuelle limitée au Plafond annuel de la Sécurité Sociale (PASS).
- Tranche B : Fraction de la rémunération brute annuelle comprise entre une fois et quatre fois le PASS.
- Tranche C : Fraction de la rémunération brute annuelle comprise entre quatre fois et huit fois le PASS.

Ou :

- Tranche 1 : Fraction de la rémunération brute annuelle limitée au Plafond annuel de la Sécurité Sociale (PASS).
- Tranche 2 : Fraction de la rémunération brute annuelle comprise entre une fois et huit fois le PASS dont une première tranche de salaire plafonnée à 4 PASS et une seconde tranche de salaire comprise entre 4 et 8 PASS

CHAPITRE II – DUREE DES GARANTIES, OBLIGATIONS DE L'ADHERENT, REVISION ET RESILIATION DU CONTRAT

Le contrat entraîne l'affiliation obligatoire de chaque membre du personnel de l'ADHERENT, appartenant à la ou aux catégories définie(s) aux Conditions Particulières selon les dispositions conventionnelles nationales de la branche professionnelle.

Sauf dispositions contraires prévues aux Conditions Particulières du contrat et à celles de la Convention Collective Nationale de la branche professionnelle, lorsque les prestations sont liées à la situation de famille de l'assuré, il faut entendre par :

- **conjoint :** toute personne unie au salarié par les liens du mariage tel que défini aux articles 144 et suivants du Code civil et non séparée de corps judiciairement, ni divorcé(e);
- **partenaire lié par un Pacs** : toute personne, quel que soit son sexe, unie au salarié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) dans les conditions prévues aux articles 515-1 à 515-7 et 506-1 du Code civil, non dissous et non rompu à la date du sinistre ;
- **enfants à charge** : les enfants du participant ou de son conjoint ou partenaire pacsé, fiscalement à la charge du participant.
  Les enfants nés viables postérieurement au décès du participant et dont la filiation avec celui-ci est établie sont assimilés à des enfants à charge.

- **personnes à charge :**
  - les **enfants à charge** définis précédemment

  et

- **les ascendants à charge** au jour du décès sont les ascendants effectivement à charge de l'assuré selon les règles fiscales.

ARTICLE 3. DURÉE DES GARANTIES

3.1. PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Les garanties souscrites au contrat d'adhésion prennent effet à la date indiquée aux Conditions Particulières, dûment complétées et signées par l'ADHERENT. L'Institution peut conditionner l'adhésion de l'ADHERENT et/ou celle de chacun des participants à l'accomplissement de formalités médicales, conformément à la procédure définie à l'article 3.4.

- Cas des salariés actifs à la date d'effet de l'adhésion

Les salariés de l'entreprise sont, après accord de l'Institution sur les conditions d'adhésion, garantis à la date d'effet d'adhésion de l'entreprise, à condition que soient adressés :

- les bulletins individuels d'affiliation remplis par chaque Participant, ou le cas échéant identifiés dans la liste des participants communiquée via la DSN
- les questionnaires médicaux, sous pli confidentiel au médecin conseil de l'Institution, lorsqu'ils s'avèrent nécessaire.

- Cas des salariés en arrêt de travail à la date d'effet de l'adhésion

  - Garanties décès dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion obligatoire

Les salariés percevant des indemnités journalières ou une pension d'invalidité de la Sécurité sociale à la date d'effet de l'adhésion bénéficient immédiatement des garanties décès, sous réserve de leur déclaration lors de l'appréciation du risque. Toutefois, si ces salariés étaient précédemment couverts par une garantie collective en cas de décès, les prestations décès accordées par l'Institution le seraient sous déduction de celles qui sont garanties par le précédent organisme assureur.

Ces prestations seront versées également sous déduction des prestations décès perçues par anticipation par le participant de son vivant et servies par un organisme assureur précédent en application du régime collectif d'entreprise.

  - Garanties incapacité temporaire – invalidité

Si le participant n'était pas précédemment garanti par un autre organisme assureur, il bénéficie des garanties incapacité temporaire – invalidité prévues au présent contrat dès lors qu'il a été déclaré et relève des conditions d'adhésion.

Si le présent contrat fait suite à une couverture collective de prévoyance souscrite auprès d'un autre organisme assureur, il peut être prévu, sur demande expresse de l'entreprise, la prise en charge des revalorisations et/ou de différentiels de garanties au titre de sinistres dont l'indemnisation incombe à l'organisme assureur précédent.

Sauf dérogation expresse prévue aux Conditions Particulières, l'invalidité constitue une prestation différée de l'état d'incapacité temporaire de travail et demeure, de ce fait, à la charge de l'organisme assureur auprès duquel l'entreprise a précédemment souscrit. Les participants en incapacité temporaire sont en conséquence couverts, en cas de survenance postérieure de l'invalidité, par l'organisme assureur précédent.

En tout état de cause, l'étendue, la tarification ainsi que les conditions des garanties accordées aux salariés font l'objet de dispositions spécifiques énoncées aux Conditions Particulières.

- Cas des anciens salariés bénéficiant du maintien des garanties au titre de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale dans le cadre de la portabilité

Pour les anciens salariés couverts par un autre organisme assureur antérieurement à la date d'effet de l'adhésion, l'Institution leur accorde les garanties prévues aux Conditions Particulières s'ils remplissent les conditions pour en être bénéficiaires, et sous réserve du versement du financement de ce maintien.

- Cas des salariés affiliés postérieurement à la date d'effet de l'adhésion

En cas de demande d'affiliation présentée après la date d'effet de l'adhésion du contrat, les salariés ne seront garantis, une fois accomplies les formalités médicales, qu'après :

- soit, notification de l'accord de l'Institution sur les conditions de l'adhésion ;
- soit, dans l'hypothèse d'un risque médical aggravé, au jour de l'acceptation de la nouvelle tarification par l'entreprise.

Dans ces deux cas, la prise d'effet des garanties rétroagira à la date d'entrée dans le groupe assuré, sous réserve que la demande d'affiliation ait été adressée dans les quinze jours suivant son entrée. A défaut, la couverture accordée prendra effet au premier jour du mois civil suivant la réception de la demande d'affiliation.

3.2. PRISE D'EFFET ET ETENDUE DES MODIFICATIONS DES GARANTIES

En cas d'augmentation des garanties en cours de contrat, l'Institution peut subordonner son accord à l'accomplissement de formalités médicales, selon l'article 3. 4.

En cas de modifications des garanties Incapacité temporaire - invalidité et décès, les participants dont les garanties sont maintenues au titre de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, sont couverts selon les nouvelles garanties.

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

En cas de modification des garanties décès, les participants en arrêt de travail pour maladie ou accident, figurant toujours aux effectifs de l'entreprise, sont garantis suivant ces nouvelles modalités. Si leur contrat de travail est rompu, ils sont couverts selon les modalités en vigueur à la date de radiation des effectifs.

Pour les garanties dont les montants et modalités sont établis en considération de conditions en vigueur dans d'autres régimes (Sécurité sociale, Agirc - Arrco, etc.), les changements apportés à ces conditions postérieurement aux adhésions ne sauraient avoir pour effet d'augmenter l'étendue des engagements de la Caisse Réunionnaise de Prévoyance (CRP) qui sera, en pareil cas, fondée à apporter à l'expression de ses garanties, les aménagements nécessaires. Ces aménagements seront notifiés, par lettre avenant, à l'entreprise adhérente qui disposera d'un délai de deux mois, à compter de la date d'envoi de la lettre avenant pour refuser les modifications apportées.

En l'absence de réponse de sa part et passé ce délai, il sera considéré que l'entreprise adhérente a accepté les nouvelles conditions.

En cas de non-acceptation de ces majorations, notifiée à l'Institution, par lettre recommandée avec avis de réception (LRAR), dans le délai de deux mois précité, la Caisse Réunionnaise de Prévoyance sera fondée à prononcer la résiliation du contrat collectif souscrit par l'entreprise en application des dispositions prévues à l'article 6 « Résiliation du contrat ».

3.3. MAINTIEN DES GARANTIES

Sauf dispositions contraires prévues aux Conditions Particulières et dans la Convention Collective Nationale de la branche professionnelle, l'Institution s'engage au maintien des garanties, dans le cadre du contrat collectif :

- <u>en cas d'incapacité temporaire ou d'invalidité concernant la garantie décès</u>

Les garanties en cas de décès sont maintenues pendant la durée du versement par la Sécurité sociale des indemnités journalières, des pensions d'invalidité ou des rentes d'accident du travail ou de maladie professionnelle, tant que le participant n'a pas repris une activité totale, ou liquidé sa pension de retraite.

Les cotisations afférentes au risque décès, incapacité temporaire ou invalidité sont maintenues pendant cette période d'arrêt de travail.

Il est précisé qu'en cas de cumul emploi-retraite, le maintien des garanties décès est limité à la période de versement des indemnités journalières de la Sécurité Sociale.

- en cas de suspension du contrat de travail indemnisé

Pendant les périodes de suspension de contrat de travail, les garanties prévues au présent contrat sont maintenues au profit des salariés s'ils bénéficient :

- d'un maintien, total ou partiel, de salaire ;
- d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur (Adhérent), qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers ;
- d'un revenu de remplacement versé par l'employeur (Adhérent). Il s'agit notamment des salariés placés en activité partielle ou en activité partielle de longue durée, dont l'activité est totalement suspendue ou dont les horaires sont réduits, ainsi que toute période de congé rémunéré par l'employeur (reclassement, mobilité…).

Selon le motif de la suspension du contrat de travail, le salarié touchera des indemnités dans les cas suivants :

- chômage partiel ou reconversion professionnelle : les indemnités seront versées par France Travail ;
- congé maladie, maternité, paternité ou adoption : une indemnité journalière est versée par la sécurité sociale accompagnée, le cas échéant, d'un complément salarial de la part de l'employeur ;
- accident du travail ou maladie professionnelle : une indemnité journalière est également versée par la sécurité sociale accompagnée, le cas échéant, d'un complément salarial de la part de l'employeur;
- stage de reclassement professionnel ;
- congé parental d'éducation : les indemnités sont versées par la Caisse d'allocations familiales ;
- formation professionnelle.

Ainsi par exemple, lorsque le salarié est en arrêt maladie ou en congé maternité, il se voit verser une indemnisation de la part de la sécurité sociale.

Le caractère collectif des garanties ne sera reconnu que si la contribution de l'employeur, calculée selon les règles applicables à la catégorie de personnel dont relève le salarié, est maintenue pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée.

Les salariés doivent acquitter la part salariale de la contribution.

- en cas de suspension du contrat de travail non indemnisé

Il n'y a aucune obligation pour l'employeur de maintenir les garanties de prévoyance lorsque le contrat de travail est suspendu sans maintien de salaire ou d'une indemnité.

C'est notamment le cas pour les motifs suivants :

- Mise à pied disciplinaire ou conservatoire ;
- Congés pour choix personnel : il s'agit par exemple de congés sans solde ou de congés sabbatiques (soumis à une condition d'ancienneté) ;
- Congé pour création ou reprise d'entreprise : soumis à une condition d'ancienneté de 24 mois. Si le salarié respecte cette condition, l'employeur ne peut le lui refuser que si l'entreprise compte moins de 300 salariés ;
- Congé intempéries ou catastrophe naturelle ;
- Congé enfant malade.

Toutefois les salariés peuvent bénéficient des garanties prévues au présent contrat et de leurs évolutions, pendant les périodes de suspension de contrat de travail non indemnisé à condition que :

- soit organisée la contribution au maintien des garanties dans la Convention Collective Nationale de la branche professionnelle:
  - financement patronal de tout ou partie des garanties, sans remise en cause du traitement social de faveur,
  - la part salariale des cotisations reste à la charge du salarié

  ou
  - financement total de la cotisation par le salarié. Dans cette hypothèse, le salarié doit faire la demande de ce maintien du régime de prévoyance à l'organisme assureur ;

- Le maintien des garanties doit bénéficier à tous les salariés qui seraient placés dans une situation identique.

- en cas de portabilité

Conformément aux dispositions de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, le maintien des garanties est accordé à l'ancien salarié, dont la rupture du contrat de travail ouvre droit à indemnisation par le régime d'assurance chômage, **en dehors du cas de licenciement pour faute lourde.**

Le maintien des garanties est accordé à l'ancien salarié s'il remplit, au jour de la cessation du contrat de travail, les conditions cumulatives suivantes :

- le contrat de travail doit être rompu,
- les droits à garanties doivent avoir été ouverts avant la cessation du contrat de travail,
- la rupture du contrat de travail doit ouvrir droit à indemnisation par le régime d'assurance chômage.

Le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur.
Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, **sans pouvoir excéder 12 mois.**

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

Le maintien des garanties ne peut conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période.

L'ancien salarié justifie par des éléments relatifs à son éligibilité au maintien des garanties auprès de son organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties.

L'ADHERENT signale le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et informe l'Institution de la cessation du contrat de travail mentionnée au premier alinéa.

Le maintien des garanties est applicable dans les mêmes conditions aux ayants droit du salarié qui bénéficient effectivement des garanties mentionnées au premier alinéa à la date de la cessation du contrat de travail. L'acquisition de la qualité d'ayant droit postérieurement à la cessation du contrat de travail n'ouvre pas droit au bénéfice des garanties maintenues.

Toute suspension du versement des allocations chômage, pour cause de maladie ou pour tout autre motif, n'a pas pour effet de prolonger d'autant la période de maintien.

Le maintien des garanties cesse :

- à la date de cessation du versement des allocations payées par le régime d'assurance chômage,
- à la date de reprise d'une activité professionnelle par l'assuré,
- à la date d'effet de la retraite de la Sécurité sociale de l'assuré,
- à la date de résiliation de l'adhésion de l'entreprise au présent contrat,
- et en tout état de cause au plus tard à l'expiration de la durée de maintien à laquelle l'ancien salarié peut prétendre, et ce dans la limite de 12 mois.

L'ancien salarié est tenu d'informer l'Institution de toute modification relative à sa situation entraînant la cessation du maintien des garanties.

3.4. FORMALITES MEDICALES

L'acceptation d'adhésion par l'Institution est soumise à l'accomplissement de formalités administratives et médicales, tant pour les entreprises adhérentes que pour chaque participant.

A la demande de l'adhésion, l'accord de l'Institution est soumis à la production d'une « déclaration de santé », pour assurer l'ADHERENT et ses salariés participants. Celle-ci doit être remplie par chacun des salariés. À défaut de pouvoir régulariser et signer cette déclaration, le salarié s'engage à répondre complétement à un questionnaire médical et à se rendre, si nécessaire, à une visite médicale auprès du médecin conseil de l'Institution.
Pour la demande d'affiliation, les salariés s'engagent à se soumettre, sur toute demande de l'Institution, à un contrôle médical des droits à prestation.

L'Institution s'engage à prendre toutes dispositions pour préserver la confidentialité des informations transmises. Le médecin conseil de l'Institution peut demander toute information médicale nécessaire à l'étude du dossier.

Au vu des résultats du contrôle médical du salarié lors de l'affiliation, l'Institution fait connaître les conditions auxquelles elle accorde éventuellement sa garantie ; dans l'hypothèse où, après adhésion de l'entreprise, un nouveau participant présenterait un risque médical aggravé, tel que, si la circonstance nouvelle avait été déclarée lors de la conclusion ou du renouvellement de l'adhésion, l'Institution n'aurait pas contracté ou ne l'aurait fait que moyennant une cotisation plus élevée, ou un aménagement des garanties, l'Institution peut proposer, par courrier recommandé, une nouvelle tarification prenant effet dans un délai de douze (12) mois à compter de la présentation des résultats techniques à l'entreprise adhérente. À défaut d'acceptation expresse de celle-ci, par l'entreprise adhérente dans un délai de trois (3) mois à compter de la présentation des résultats techniques précitée, l'Institution se réserve la possibilité de procéder à la radiation de l'entreprise adhérente, dans les conditions prévues à l'article 6 des présentes Conditions Générales.

S'il le souhaite, l'intéressé peut saisir le médecin-conseil de toute demande d'information. Le médecin-conseil lui adressera une réponse, soit directement, soit par l'intermédiaire du médecin qui lui aura été désigné.

L'Institution peut dispenser les salariés de formalités médicales, lors de l'adhésion ou ultérieurement.

3.5. FAUSSE DECLARATION

L'assurance est nulle en cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part du participant ou de l'ADHERENT de nature à changer l'objet du risque garanti ou à en fausser l'appréciation par l'Institution. Les cotisations payées à ce titre demeurent acquises à l'Institution.

3.6. CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent pour le participant:

- à la date de prise d'effet de la résiliation de l'adhésion au présent contrat, sauf dans les cas prévus aux articles 3.3 et suivants,
- à la date à laquelle, en cas de suspension de contrat de travail, le participant cesse de percevoir tout ou partie de son salaire ou des indemnités journalières complémentaires servies par l'intermédiaire d'un régime de prévoyance financé, au moins pour partie par l'employeur (sous réserves des dispositions prévues au maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail non indemnisé prévu à l'article 3.3),
- à la date à laquelle le participant cesse d'appartenir à la catégorie de personnel assurée, sauf en cas de maintien des garanties dans le cadre de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale concernant la portabilité,
- à la date à laquelle l'ancien salarié cesse de remplir les conditions lui permettant de bénéficier du maintien des garanties dans le cadre de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale (Portabilité), et ce dans la limite de 12 mois,
- à la date d'effet de la retraite de la Sécurité sociale du participant (sauf dans le cas de cumul emploi-retraite),
- à la date du décès du participant.

3.7. SITUATION DES AYANTS DROIT

La cessation des garanties du participant entraîne, à la même date, la cessation des garanties de ses ayants droit. De plus, les garanties cessent à la date à laquelle ils ne répondent plus aux conditions prévues pour être définis comme ayants droit, ou à la date à laquelle leur radiation est demandée, sauf dispositions particulières conventionnelles liées à la garantie double effet (article 15.5).

3.8. RENOUVELLEMENT DE L'ADHESION

Les garanties souscrites au contrat se terminent au 31 décembre de l'année en cours et se renouvelle, ensuite, par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année, sauf résiliation à l'initiative de l'une ou l'autre partie, précisées à l'article 6.

ARTICLE 4. OBLIGATIONS DE L'ADHÈRENT

Les obligations de l'ADHERENT sont des obligations déclaratives et d'information.

4.1. OBLIGATIONS DECLARATIVES D'ADHESION

Dans le cadre du contrat collectif de base conventionnelle du régime de prévoyance, l'ADHERENT s'engage :

- **à affilier tous les salariés présents et futurs appartenant aux catégories de personnel assurées et à adresser les Bulletins Individuels d'Affiliation (BIA) complétés par les participants, dans les quinze jo**urs à l'Institution ou en utilisant la Déclaration Sociale Nominative (DSN) dès réception de la fiche de paramétrage.
  Dans ce dernier cas, L'ADHERENT s'assure d'utiliser les données fournies dans la fiche de paramétrage déposée sur le site internet net-entreprises.fr, pour transmettre la DSN.
  La DSN permet d'informer automatiquement l'Institution des données concernant chaque participant : le nom, les prénoms, la date de naissance, le numéro d'immatriculation à la Sécurité sociale, la date d'entrée, date de sortie dans le mois, le salaire annuel brut par salarié, la base de calcul des cotisations.
  Le choix et la définition de la ou les catégorie(s) est à la charge exclusive de l'ADHERENT. L'Institution ne saurait être garante de la conformité de ce choix et des exigences de la définition de ou des catégorie(s) relevant des dispositions des articles R.242-1-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale ;

- à remettre à l'Institution, **en cas de demande d'adhésion ou de modification de(s)régimes(s) de Prévoyance :**

  - la « proposition de contrat d'adhésion » ou « la proposition d'avenant au contrat d'adhésion » par laquelle l'entreprise déclare vouloir adhérer aux statuts et souscrire aux Conditions Générales de l'Institution et indique les régimes de prévoyance qu'elle entend appliquer en précisant les catégories de personnel qui en bénéficient ;

  - un original ou une copie certifiée conforme de tout registre officiel (extrait Kbis par exemple) constatant sa dénomination, sa forme juridique et son siège social ;

  - les renseignements relatifs à la nature des activités de l'entreprise, au groupe qu'elle envisage de garantir, à son importance ou à ses caractéristiques sociodémographiques, à la nature des garanties qu'elle envisage de souscrire, au caractère collectif ou individuel, obligatoire ou facultatif des garanties. Dans l'objectif de permettre à l'Institution d'apprécier le risque assuré et sa modification, l'ADHERENT doit déclarer toute situation de cumul emploi retraite du personnel assurable d'une part à la souscription du contrat, et d'autre part en cours de contrat dans un délai de 30 jours à compter de la survenance de la situation ou de la nouvelle entrée du salarié concerné. Cette déclaration s'effectue par les flux mensuels DSN et si nécessaire sur demande de l'Institution au moyen de la liste nominative du personnel assurable ou des bulletins individuels d'affiliation complétés et signés;

  - le montant de la masse salariale par la fourniture de la Déclaration Sociale Nominative (DSN) à jour ;

  - une liste faisant apparaitre : le nom, prénom(s), numéro d'immatriculation à la Sécurité sociale, date de naissance, salaire annuel brut par salarié, situation de famille, ainsi que le nombre d'enfants à charge :
    - des salariés inscrits aux effectifs ;
    - des anciens salariés dont le contrat de travail a été rompu et qui demeurent bénéficiaires d'un maintien de garantie au titre de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale ;

  - Si nécessaire :
    une liste faisant apparaitre le nom, le(s) prénom(s), le numéro d'immatriculation à la Sécurité sociale, la date de naissance, la situation de famille, le nombre d'enfants à charge
    a) des salariés et anciens salariés **en arrêt de travail en précisant leur date d'arrêt de travail** ;
    b) la liste **des bénéficiaires d'une rente d'éducation ou rente de conjoint** ;

  - le montant et l'expression des garanties de même nature précédemment assurées par une autre Institution (ou par tout autre organisme assureur), les conditions de leur attribution et de leur versement, ainsi que les éléments servant de base à leur calcul.

Catégories objectives :

Pour bénéficier de l'exclusion de l'assiette des cotisations de sécurité sociale prévue au sixième alinéa de l'article L.242-1 du Code de la Sécurité sociale, les garanties souscrites par l'entreprise doivent être obligatoires et les catégories de personnel couvertes par les dispositifs de protection sociale doivent répondre aux exigences relatives aux catégories objectives fixées aux articles R.242-1-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale.

Dispenses d'affiliation :

Au moment de la mise en place du régime de Prévoyance complémentaire, certaines dispenses d'affiliation sont prévues par l'article R.242-1-6 du Code de la Sécurité sociale.

Dans le cadre des opérations collectives à adhésion facultative, l'ADHERENT s'engage à proposer l'affiliation à tous les salariés présents et futurs appartenant aux catégories de personnel assurées et à adresser les bulletins individuels d'affiliation complétés par les participants, dans les quinze jours à l'Institution ou à transmettre la liste desdits salariés en utilisant la Déclaration Sociale Nominative (DSN).

À cette fin, l'ADHERENT doit adresser à l'Institution les documents suivants complétés et signés par chaque salarié :

- A défaut de la déclaration via la DSN, un « Bulletin individuel d'affiliation » précisant les noms, prénoms, date et lieu de naissance, situation de famille, domicile, ainsi que la catégorie professionnelle ;
- une « déclaration de santé ». À défaut de pouvoir signer cette déclaration, les salariés s'engagent à répondre, complètement, à un questionnaire médical et à se rendre, s'il y a lieu, à une visite médicale auprès d'un médecin désigné par l'Institution.

Par cette demande d'affiliation, les salariés s'engagent à se soumettre, sur toute demande de l'Institution, à un contrôle médical des droits à prestations. L'Institution s'engage à prendre toutes dispositions pour préserver la confidentialité des informations transmises.

L'Institution peut dispenser les salariés des formalités médicales, lors de l'adhésion ou ultérieurement.

Dans tous les cas, l'ADHERENT s'engage à signaler via la DSN toutes les modifications de situation professionnelle et/ou personnelle de ses salariés à l'Institution au maximum dans les 30 jours qui suivent l'événement.
La DSN doit être transmise durant le mois suivant la période d'emploi rémunérée.
La date diffère selon l'effectif de l'entreprise :

- **Si l'entreprise emploie moins de 50 salariés, la DSN doit être faite au plus tard le 15 du mois qui suit la période de travail rémunérée.**
- **Si l'entreprise emploie 50 salariés et plus, la DSN doit être faite au plus tard le 5 du mois qui suit la période de travail rémunérée.**

En cas de non-respect du délai, le recouvrement des cotisations afférentes sera dû.

Les anciens salariés couverts par un autre organisme assureur, antérieurement à la date d'effet de l'adhésion au présent règlement, et bénéficiant de droits au titre de d'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, sont soumis aux mêmes modalités d'affiliation que les salariés actifs.

4.2. OBLIGATIONS DECLARATIVES EN COURS D'EXERCICE

L'ADHERENT s'engage à faire parvenir à l'Institution, mensuellement la liste des participants et les cotisations afférentes en utilisant la Déclaration Sociale Nominative (DSN).
Celle-ci contient toutes les informations relatives à l'effectif de la catégorie de salariés assurée, aux mouvements de personnel (embauche, suspension et fin de contrat de travail, motif de la rupture du contrat de travail, arrêt maladie ...).

L'ADHERENT s'assure d'utiliser les données fournies dans la dernière fiche de paramétrage déposée sur le site internet net-entreprises.fr, pour transmettre la DSN.

La DSN permet d'informer automatiquement l'Institution des données concernant chaque participant : le nom, les prénoms, la date de naissance, le numéro d'immatriculation à la Sécurité sociale, la date d'entrée, date de sortie dans le mois, le salaire annuel brut par salarié, la base de calcul des cotisations.

Si nécessaire, L'ADHERENT s'engage à faire parvenir à l'Institution :

- le nombre d'enfants à charge des salariés inscrits aux effectifs et ceux des anciens salariés dont le contrat de travail a été rompu et qui demeurent bénéficiaires d'un maintien de garantie au titre de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, ainsi que la ou les catégorie(s) des personnes physiques travaillant pour son compte et dont elle souhaite assurer la couverture, par le présent contrat.

- une liste faisant apparaitre le nom, le(s) prénom(s), le numéro d'immatriculation à la Sécurité sociale, la date de naissance, la situation de famille, le nombre d'enfants à charge des salariés et anciens salariés en arrêt de travail en précisant leur date d'arrêt de travail ;

- la liste des bénéficiaires d'une rente d'éducation ou rente de conjoint ;

Dans tous les cas, l'ADHERENT tient ses états de salaires et de personnel à la disposition de l'Institution pour consultation éventuelle.

4.3. CHANGEMENT DE SITUATION JURIDIQUE ET ECONOMIQUE

L'ADHERENT s'engage à informer l'Institution, immédiatement, de toute transformation ou changement intervenant dans sa situation juridique ou économique, par lettre recommandée avec avis de réception, de façon à permettre de à l'Institution :

- de maintenir ou d'adapter les garanties des salariés participant ;
- ou de procéder à la résiliation du contrat par lettre recommandée avec accusé de réception, si nécessaire, en cas de circonstances nouvelles, telles que :
  - toutes procédures de licenciement visant plus de 10% de l'effectif assuré,
  - toute diminution des effectifs (y compris les fins de CDD, ruptures conventionnelles, ...) visant plus de 10% de l'effectif assuré,
  - la mise en place d'un plan de sauvegarde de l'Emploi,
  - toutes procédures collectives telles qu'une procédure de sauvegarde, ou de redressement et/ou de liquidation judiciaire visées aux articles L.621-1 et suivants, L.631-1 et suivants, L.641-1 et suivants du Code du commerce (consultable sur le site www.légifrance.fr) en lui communiquant les coordonnées du mandataire, de l'administrateur et/ou du liquidateur judiciaire.
    L'effectif à prendre en compte est celui des actifs au 1er janvier de chaque année.

Dans le cas d'un changement d'activité plaçant votre entreprise en dehors du champ d'application de la convention collective, vous devrez nous notifier ce changement par lettre recommandée avec accusé de réception qui aura valeur de lettre de résiliation de votre contrat. Cette résiliation prendra effet à la date du changement d'activité.

4.4. OBLIGATIONS D'INFORMATION

L'ADHERENT reconnaît avoir été informé par l'Institution des obligations qui lui incombent en vertu des dispositions de l'article L.932-6 du Code de la Sécurité sociale, en sa qualité de souscripteur d'un contrat de prévoyance collective.

Conformément à ces dispositions, l'ADHERENT s'engage à remettre à chaque participant la notice d'information qui lui a été communiquée par l'Institution. Celle-ci définit leurs droits et obligations, les garanties souscrites et leurs modalités d'entrée en vigueur, ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre. Elle précise également le contenu des clauses édictant des nullités, déchéances ou des exclusions ou limitations de garantie ainsi que des délais de prescription.

En outre, lors de la rupture du contrat de travail du salarié, il vous appartient d'informer ce dernier du maintien des garanties auquel il peut prétendre en application des dispositions de l'article 3.3 et des modalités de mise en œuvre du dispositif, notamment le contrôle de persistance des droits audit maintien. La preuve de la remise de la Notice d'information au participant et de l'information relative aux modifications contractuelles incombe à l'ADHERENT.

ARTICLE 5. REVISION DU CONTRAT

Le contrat peut être modifié en cours d'année par voie d'avenant ou de lettre avenant en raison de dispositions légales, règlementaires, fiscales et conventionnelles en vigueur. Les nouvelles conditions prennent alors effet à la date d'effet précisé à l'avenant ou à la lettre avenant au présent contrat.

En cas d'instauration ou de modification par les pouvoirs publics de taxes, contributions ou charges de toute nature, assises sur les cotisations et/ou en cas de modification de la législation ou de la réglementation impactant les garanties, les garanties et les taux de cotisation seront révisés. Les anciennes conditions prévues au contrat continueront à s'appliquer jusqu'à la date d'effet des nouvelles conditions.

En cas d'aggravation du risque, telle que :

- **toutes procédures de licenciement visant plus de 10% de l'effectif assuré,**
- **toute diminution des effectifs (y compris les fins de CDD, ruptures conventionnelles…) visant plus de 10% de l'effectif assuré,**
- **la mise en place d'un plan de sauvegarde de l'Emploi,**
- **toutes procédures collectives telles qu'une procédure de sauvegarde, ou de redressement et/ou de liquidation judiciaire visées aux articles L.621-1 et suivants, L.631-1 et suivants, L.641-1 et suivants du Code du commerce (consultable sur le site www.légifrance.fr),**

ayant un impact sur le coût de la portabilité, l'entreprise adhérente ou l'auxiliaire de justice désigné par le tribunal doit immédiatement (dès qu'ils en ont connaissance) adresser une lettre recommandée avec avis de réception à l'Institution.
L'Institution proposera, à l'entreprise adhérente, le paiement d'une cotisation exceptionnelle, par lettre recommandée avec avis de réception, pour assurer, notamment, le maintien des garanties en cas de cessation d'activité de l'entreprise. Cette cotisation exceptionnelle est déterminée en fonction du taux de cotisation applicables aux anciens salariés couverts au titre de la portabilité et de la durée prévisionnelle de maintien au titre de la portabilité et sera intégrée dans la cotisation principale.

L'effectif pris en compte est celui des actifs au 1er janvier de chaque année.

À compter de l'envoi de la notification des nouvelles conditions, vous disposez d'un délai de deux mois pour refuser les modifications apportées, en nous adressant une lettre recommandée avec avis de réception. Votre refus entrainera la résiliation de votre contrat à effet du premier jour du mois civil qui suit la réception de votre courrier.
En l'absence de réponse de votre part, et passé ce délai, vous serez réputé avoir accepté les nouvelles conditions.

ARTICLE 6. RÉSILIATION DU CONTRAT

6.1. CAS DE RESILIATION

Le contrat peut être résilié au 31 décembre de l'année en cours. L'ADHERENT doit adresser sa lettre de résiliation, à l'Institution, au moins deux mois avant la fin de l'année soit au plus tard le 31 octobre :

- soit par lettre ou tout autre support durable ;
- soit par l'envoi d'un recommandé électronique avec accusé de réception ;
- soit par déclaration faite au siège social ;
- soit par acte extrajudiciaire ;
- soit par courrier électronique lorsque la conclusion du contrat s'est faite à distance, par ce mode de communication.

L'Institution confirme par écrit la réception de la notification.

La résiliation à l'initiative de l'Institution s'effectue par lettre recommandée avec accusé de réception.

Dans le cas où les partenaires sociaux dénonceraient votre convention collective, votre contrat serait résilié de plein droit à la date d'effet de cette dénonciation. Notre Institution étudierait alors, en fonction des données de votre entreprise, les conditions d'un éventuel nouveau contrat qui se substituerait au présent contrat.

Outre l'hypothèse de résiliation à l'échéance annuelle de l'adhésion du contrat, à l'initiative de l'ADHERENT ou de l'Institution, l'adhésion peut être résiliée sans attendre l'échéance annuelle, dans les cas suivants :

- non-paiement des cotisations, dans les conditions précisées à l'article 7.4 relatif au recouvrement des cotisations,
- refus d'un salarié d'accomplir les formalités médicales requises lors de son affiliation, dans les conditions précisées à l'article 3.4., et ce au terme d'un délai de deux mois suivant la notification de ce refus, par lettre recommandée adressée à l'ADHERENT,
- non-acceptation par l'ADHERENT des nouvelles conditions contractuelles résultant d'une modification du cadre législatif et/ou réglementaire du règlement,

- non-acceptation par l'ADHERENT d'une nouvelle tarification, ou d'un aménagement des garanties, à la suite d'un risque médical aggravé affectant un nouveau participant, et ce, au terme d'un délai de deux mois suivant la notification des modifications, par lettre recommandée adressée à l'ADHERENT,
- non-acceptation par l'ADHERENT d'une nouvelle tarification, ou d'un aménagement des garanties, à la suite d'un risque aggravé suivant les dispositions de l'article 5 « Révision du contrat » tel que :
  - toutes procédures de licenciement visant plus de 10% de l'effectif assuré,
  - toute diminution des effectifs (y compris les fins de CDD, ruptures conventionnelles…) visant plus de 10% de l'effectif assuré,
  - la mise en place d'un plan de sauvegarde de l'Emploi,
  - toutes procédures collectives telles qu'une procédure de sauvegarde, ou de redressement et/ou de liquidation judiciaire visées aux articles L.621-1et suivants, L.631-1 et suivants, L.641-1 et suivants du Code du commerce (consultable sur le site www.légifrance.fr),
- dont l'entreprise adhérente ou l'auxiliaire de justice désigné par le tribunal a obligation d'en informer l'Institution, laquelle se réserve le droit de prendre la décision de maintenir sous condition de révision tarifaire, d'adapter ou de résilier le contrat par lettre recommandée avec accusé réception en cas de dissolution de l'entreprise ou de cessation d'activité.

Il sera sursis pendant les périodes ci-dessus à toute affiliation du salarié participant concerné.

Ces radiations peuvent porter, sur une ou plusieurs catégories de personnel, ainsi que sur une partie ou l'ensemble des risques assurés auprès de la Caisse Réunionnaise de Prévoyance.

En outre, en cas de fusion, absorption, scission, et d'une façon générale lors de toute transformation d'ordre juridique ou économique, il appartient à l'entreprise adhérente ou à l'entreprise l'ayant absorbée d'en informer l'Institution sans délai, afin que celle-ci puisse : soit maintenir ou adapter les conditions de garanties dont bénéficiaient les participants, soit résilier l'adhésion par lettre recommandée avec accusé réception.

En cas de résiliation, quelle qu'en soit la cause, l'ADHERENT reste débiteur de l'ensemble des cotisations dues avant la date d'effet de la résiliation, et s'engage à informer l'ensemble des participants de la cessation des garanties.

6.2. EFFETS DE LA RESILIATION SUR LES ASSURES EN ACTIVITE ET LES ASSURES BENEFICIANT DU MAINTIEN DES GARANTIES AU TITRE DE L'ARTICLE L.911-8 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE

La résiliation entraîne à sa date d'effet la cessation des garanties, sauf en cas de paiement par l'ADHERENT de la cotisation exceptionnelle, conformément aux dispositions prévues à l'article 5. « Révision du contrat ». L'ADHERENT reste débiteur de l'ensemble des cotisations dues avant la date d'effet de la résiliation.

Le participant peut souscrire, à titre individuel, aux garanties que l'Institution propose, selon les conditions et tarifs en vigueur. Il doit en faire la demande dans un délai de six mois suivant la date d'effet de la résiliation.

6.3. EFFETS DE LA RESILIATION SUR LES ASSURES EN INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL OU EN INVALIDITE

Pour les assurés en incapacité temporaire de travail ou en invalidité, la garantie en cas de décès est maintenue pendant la durée du versement par la Sécurité sociale des indemnités journalières, des pensions d'invalidité ou des rentes d'accident du travail ou de maladie professionnelle, tant que le participant n'a pas repris une activité totale, ou liquidé sa pension de retraite.

Il est précisé qu'en cas de cumul emploi-retraite, le maintien des garanties décès est limité à la période de versement des indemnités journalières de la Sécurité Sociale.

Dans le cas où les assurés en incapacité temporaire de travail ou en invalidité ont repris une activité salariée tout en continuant à percevoir des prestations de la Sécurité sociale, et bénéficient de ce fait de droits au titre d'un nouveau contrat, la base de calcul pour le versement des prestations est diminuée du salaire perçu au titre de cette activité.

6.4. EFFETS DE LA RESILIATION SUR LES PRESTATIONS EN COURS DE SERVICE

La prestation incapacité temporaire de travail – invalidité, en cours de service cessera d'être revalorisée. Elle continuera à être servie à son niveau atteint lors de la résiliation, et dans les conditions prévues par votre contrat.

La prestation versée au titre de la garantie incapacité temporaire de travail - invalidité qui s'applique est celle en vigueur à la date de résiliation de votre contrat ou à la date de radiation des effectifs.
La base de calcul des prestations est figée à la date de résiliation.

6.5. OBLIGATIONS DE L'ADHERENT A LA SUITE DE LA RESILIATION DU CONTRAT

En cas de changement d'organisme assureur, il incombe à l'ADHERENT de s'assurer que le nouvel organisme assureur :

- continuera de revaloriser la prestation d'incapacité de travail ou d'invalidité en cours de service ;
- revalorisera les bases de calcul des différentes prestations relatives à la couverture du risque décès conformément à la loi ;
- continuera d'assurer le maintien des garanties aux anciens salariés bénéficiant des dispositions de l'article L.911-8 du code de la Sécurité sociale.

Quelles que soient l'origine et la cause de la résiliation, l'ADHERENT s'engage à informer l'ensemble des participants de la cessation des garanties.

CHAPITRE III – COTISATIONS

ARTICLE 7. MONTANT ET PAIEMENT DES COTISATIONS

7.1. LA BASE DE CALCUL DES COTISATIONS

La base de calcul des cotisations permet de définir le montant des cotisations à verser par l'ADHERENT à l'Institution.

Les cotisations sont calculées par l'Adhérent sur la rémunération brute annuelle servant de base aux cotisations de Sécurité sociale, à l'exclusion des primes, indemnités et rappels versés au participant lors de son départ de l'entreprise ou ultérieurement. Elles sont transmises mensuellement via la DSN.

Pour les salariés en arrêt de travail, cette base comprend l'ensemble des éléments de salaire y compris la part assujettie aux charges sociales des indemnités journalières complémentaires versées dans le cadre d'un régime de prévoyance obligatoire.

Conformément à la loi n°2013-504 relative à la sécurisation de l'emploi, le financement du maintien des garanties prévues par l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale ne pourra plus prévoir de cotisation à la charge des anciens salariés.

En fonction de ce qui est indiqué dans les Conditions Particulières, la base de calcul des cotisations se décompose en une ou plusieurs tranches du salaire ainsi défini :

Tranche A ou « TA » : tranche de salaire limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale (PASS) ;
Tranche B ou « TB »: tranche de salaire comprise entre une fois et quatre fois le PASS ;
Tranche C ou « TC » : tranche de salaire comprise entre quatre fois et huit fois le PASS.

Ou

Tranche 1 ou « T1 » : tranche de salaire limitée au Plafond annuel de la Sécurité Sociale (PASS).
Tranche 2 ou « T2 » : tranche de salaire comprise entre une fois et huit fois le PASS ; dont une première tranche de salaire plafonnée à 4 PASS et une seconde tranche de salaire comprise entre 4 et 8 PASS.

Pour les salariés en suspension du contrat de travail indemnisé bénéficiant d'un maintien de garanties, la base de calcul des cotisations est égale au montant de l'indemnisation perçue ou de la rémunération maintenue, sauf dispositions plus favorables prévues aux Conditions Particulières et dans la Convention Collective Nationale de la branche professionnelle.
Pour certaines catégories de participants ou de risques, les cotisations, au lieu d'être calculées sur la rémunération, peuvent être forfaitaires.

7.2. LES TAUX DE COTISATIONS

Les taux de cotisation sont précisés aux Conditions Particulières en pourcentage de la base de calcul des cotisations et fixés en principe par les dispositions de la Convention Collective Nationale de la branche professionnelle.

Les taux contractuels de cotisation sont précisés au « tableau des cotisations » figurant aux Conditions Particulières du contrat.

Les montants ou taux de cotisations sont susceptibles de révision en fonction de résultats techniques mutualisés de l'ensemble des contrats souscrits dans le cadre des présentes Conditions Générales, outre les révisions liées à tout changement législatif, réglementaire ou conventionnel, prévues à l'article 5 du présent contrat « Révision du contrat ».

L'Institution procède à l'ajustement des cotisations dues sur la base des informations contenues dans la DSN communiquée par l'Adhérent.

Lorsque les taux contractuels du régime conventionnel sont affectés d'un taux d'appel, ceux-ci sont indiqués aux Conditions Particulières.

Par ailleurs, les taux de cotisation sont identiques à ceux définis dans le contrat des actifs pour la catégorie de population assurée à laquelle l'ancien salarié appartenait.

7.3. LE PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont payables par l'ADHERENT, à terme échu soit mensuellement, soit trimestriellement dans les quinze premiers jours du mois civil suivant la période, par les modes de paiement suivants :

- **Par télérèglement proposé avec la DSN (paramétrage de « iso prévoyance télépaiement »). Il s'agit d'un mode de paiement simple, rapide, sécurisé et fiable à privilégier (signature d'un mandat SEPA autorisant le prélèvement sur le compte bancaire de l'Adhérent) ;**
- **A défaut par virement en cas de problème avec les DSN et le télérèglement. .**

L'ADHERENT est le seul responsable du paiement des cotisations, tant pour la part patronale que pour la part salariale, sauf dans les cas où c'est le participant qui doit payer directement à l'Institution les cotisations (opérations collectives à adhésion facultative…) .
À ce titre, il procède lui-même à leur calcul et à leur versement aux échéances prévues sur appel de l'Institution.

En cas d'affiliation d'un assuré en cours de mois, les cotisations correspondantes sont dues. En cas de radiation d'un assuré en cours de mois, les cotisations correspondantes sont dues pour le mois en cours.

Les mêmes dispositions sont applicables pour le paiement de la cotisation exceptionnelle résultant de l'aggravation du risque (telle que prévue à l'article 5 du présent contrat « Révision du contrat »).

7.4. LE RECOUVREMENT DES COTISATIONS

Si les cotisations dues n'ont pas été payées avant l'expiration d'un délai de dix jours qui suit la fin de l'échéance de paiement, il peut être prévu, dans les conditions définies aux Conditions Particulières, des majorations à la charge exclusive de l'ADHERENT.
A défaut de paiement d'une cotisation dans les dix jours de son échéance ou de la cotisation exceptionnelle résultant de l'aggravation du risque dans les dix jours suivant l'envoi de la proposition, une mise en demeure chiffrée est adressée à l'ADHERENT ou à l'auxiliaire de justice désigné par le tribunal.

Si le paiement n'est toujours pas intervenu :

- les garanties sont suspendues au plus tôt, trente jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure,
- l'adhésion peut être résiliée dix jours après la date de prise d'effet de la suspension.

L'Institution effectue le recouvrement des cotisations restant dues antérieurement à la date de résiliation de l'adhésion.

L'Institution a la faculté d'en poursuivre le recouvrement par tous les moyens de droit. Les frais correspondants sont entièrement à la charge de l'ADHERENT.

Ces dispositions sont aussi applicables aux opérations collectives à adhésion facultative lorsque l'ADHERENT assure le précompte des cotisations des participants. Dans ce cas, l'Institution informera les participants de la mise en œuvre de la procédure de résiliation et des conditions de remboursement des cotisations afférentes au temps pendant lequel l'Institution ne couvre plus le risque.

Lorsque l'ADHERENT n'assure pas le précompte des cotisations, le participant qui ne paie pas sa cotisation dans les dix jours de son échéance, peut être exclu du groupe bénéficiant des garanties.

En cas d'absence de paiement des cotisations à leur échéance, l'Institution adressera au participant une mise en demeure, par courrier recommandé avec avis de réception, lui demandant d'effectuer son règlement et l'informant que le défaut de paiement de sa cotisation peut entrainer son exclusion au terme d'un délai de quarante jours à compter de la date d'envoi de la mise en demeure.

Si à l'expiration d'un délai de quarante jours à compter de la date d'envoi de la mise en demeure, aucun paiement n'est intervenu, le participant sera exclu du groupe bénéficiant des garanties.

CHAPITRE IV – PRESTATIONS

ARTICLE 8. BASE DE CALCUL DES PRESTATIONS, REVALORISATION DES PRESTATIONS, DÉCLARATION DE SINISTRE, RISQUES EXCLUS, MOBILITE A L'ETRANGER, DÉCHÉANCE ET PLAFONDS DE GARANTIE

8.1. LA BASE DE CALCUL DES PRESTATIONS

La base de calcul des prestations sert à déterminer le montant des prestations qui seront servies par l'Institution aux participants.

Sous réserves des dispositions prévues aux Conditions Particulières et de celles de la Convention Collective Nationale de la branche professionnelle, la base de calcul des prestations correspond à la base de calcul des cotisations relatives aux douze mois civils ayant précédé l'évènement donnant lieu à la prestation.

Lorsque le participant dispose d'un contrat de travail de moins de douze mois, la base de calcul des prestations est établie sur une base annuelle.

Dans le cadre du maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail, et sauf dispositions plus favorables des Conditions Particulières et de la Convention Collective Nationale de la branche professionnelle, la base de calcul des prestations est égale au montant de l'indemnisation perçue ou de la rémunération maintenue pendant cette période de suspension.

Lorsque les salaires pris en considération dans la base de calcul ne sont pas ceux des 12 mois civils précédant immédiatement le point de départ de l'incapacité temporaire de travail ou de l'invalidité ou du décès, ils sont actualisés selon les dispositions de l'article 8.2. « Revalorisation des prestations ».

Pour les anciens salariés bénéficiant du maintien des garanties au titre de la Portabilité (article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale), le mode de détermination et de calcul des prestations est identique à celui défini dans le contrat des actifs pour la catégorie de population assurée à laquelle l'ancien salarié appartenait au moment il a quitté l'entreprise.
.

8.2. LA REVALORISATION DES PRESTATIONS

- **Revalorisation des prestations périodiques**

L'Institution peut décider chaque année, de revaloriser les prestations périodiques en cours de service (garanties incapacité temporaire de travail – invalidité - rente d'éducation – rente de conjoint), ainsi que la base de calcul des prestations.

- **Revalorisation post-mortem des capitaux décès**

Conformément aux dispositions des articles L.132-5 et R.132-3-1 du code des assurances applicables aux Institutions de prévoyance :

1) Le capital en euros garanti en cas de décès produit de plein droit intérêt dès la date du décès de l'assuré ;

2) À compter de la date de connaissance du décès, le capital en euros garanti en cas de décès produit de plein droit intérêt, net de frais, pour chaque année civile, au minimum à un taux égal au moins élevé des deux taux suivants :
   - La moyenne sur les 12 derniers mois au taux moyen des emprunts de l'État français, calculée au 1er novembre de l'année précédente ;
   - Le dernier taux moyen des emprunts de l'État français disponible au 1er novembre de l'année précédente ;

3) Entre la date du décès et la date de connaissance du décès, lorsque les clauses contractuelles prévoient une revalorisation du capital en euros garanti en cas de décès, celles-ci s'appliquent, dès lors qu'elles entraînent une revalorisation du capital nette de frais ; à défaut, le 2) de la présente disposition s'applique dès la date du décès de l'assuré.

8.3. LA DECLARATION DES SINISTRES ET LE PAIEMENT DES PRESTATIONS

Tout sinistre doit être déclaré à l'Institution grâce aux formulaires prévus à cet effet.

Le paiement des prestations est effectué par l'Institution, sous réserve de la production des pièces justificatives visées au titre de chaque garantie.

L'Institution se réserve le droit de vérifier l'exactitude des déclarations et de réclamer des informations complémentaires si nécessaire. **Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part du participant ou de l'entreprise entraînera la nullité de la couverture et la déchéance de tous droits aux prestations.**

L'entreprise engage également sa responsabilité en cas de fausse déclaration intentionnelle des salaires de référence bruts et nets effectuées. Ainsi les cotisations demeurent acquises à l'Institution qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

8.4. LA MOBILITE DES ASSURES A L'ETRANGER

Les garanties sont acquises aux assurés exerçant leur activité sur le territoire français. Lors de déplacements privés de moins de trois mois ou à l'occasion du détachement d'un assuré hors du territoire français (sauf dans les pays formellement déconseillés par le Ministère des Affaires étrangères), les garanties s'exercent.

8.5. LES EXCLUSIONS

- **Les exclusions concernant l'Incapacité temporaire de travail et l'invalidité**

Les faits intentionnellement et volontairement provoqués par l'assuré ne sont pas couverts.

- **Les exclusions concernant les garanties décès**

Sont exclus des garanties décès, les sinistres résultant :
- **du suicide du participant dans la première année d'assurance, quelle qu'en soit la cause ;**
- **directement ou indirectement, du fait de guerres civiles et étrangères, quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels que soient les protagonistes;**
- **du risque de navigation aérienne lorsque l'assuré décédé se trouvait à bord d'un appareil non muni d'un certificat valable de navigabilité ou conduit par un pilote ne possédant pas de brevet valable pour l'appareil utilisé ou ayant une licence périmée, ce pilote pouvant être l'assuré lui-même ;**
- **des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de la transmutation de noyaux d'atome ou de la radioactivité ainsi que des effets de la radiation provoqués par l'accélération artificielle des particules.**

- **Exclusions concernant la garantie décès accidentel**

Outre les exclusions de garanties précisées au paragraphe précédent, les prestations liées au caractère accidentel du décès ne sont pas dues si le décès résulte de l'une des causes suivantes :

- **l'état d'ivresse constaté médicalement par un taux d'alcoolémie susceptible d'être pénalement sanctionné par la législation française en vigueur pour la conduite d'un véhicule et si le participant est reconnu comme étant responsable de l'accident,**
- **la pratique de l'ULM, du deltaplane, du parachute et d'autres formes de vol libre,**
- **la pratique d'activités sportives (randonnées, activités nautiques et baignades,...) interdites d'accès par arrêté préfectoral/municipal, hors des espaces aménagés, hors des périodes de surveillance, lorsque les conditions climatiques sont dangereuses (cyclone, vigilance),**
- **la participation à des matchs, paris, défis, courses, tentatives de records, essais préparatoires ou de réception d'un engin sauf compétition sportive normale,**
- **les faits de guerre, d'émeutes, de rixes, d'actes de terrorisme dès l'instant où le participant y prend une part active, sauf en cas de légitime défense,**
- **le non-respect du dispositif de confinement déclenché en cas d'alerte cyclonique,**
- **l'usage de stupéfiants ou produits toxiques non prescrits médicalement.**

8.6. LA DECHEANCE

Le bénéficiaire qui a été condamné pour avoir donné volontairement la mort du participant est déchu du bénéfice des garanties, celles-ci produisant leur effet au profit des autres bénéficiaires.

8.7. LES PLAFONDS DE GARANTIES

Au titre des garanties décès et perte totale et irréversible d'autonomie, le cumul des prestations versées par l'Institution, au titre d'un même assuré, ne peut excéder quatre-vingts (80) fois le Plafond Annuel de la Sécurité social (PASS).

En cas de dépassement du plafond précité, et sous réserve que les garanties soient souscrites suivant les Conditions Particulières, le différentiel des prestations viendrait en déduction des prestations dans l'ordre de priorité suivante :

- **capital décès accidentel,**
- **capital décès toutes causes,**
- **capital constitutif de rente de conjoint,**
- **capitaux constitutifs des rentes d'éducation.**

CHAPITRE V – DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 9. PRESCRIPTION

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

Toutefois, ce délai ne court :

- **en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Institution en a eu connaissance,**
- **en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.**

Lorsque l'action de l'ADHERENT, du salarié, 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'ADHERENT, le salarié, le bénéficiaire ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

Cette prescription est portée à cinq ans, appréciée à partir de la date de l'arrêt de travail, en ce qui concerne l'incapacité de travail ou lorsque l'invalidité est la suite de l'incapacité de travail.

La prescription est portée à dix ans pour les garanties liées à la vie humaine lorsque le bénéficiaire n'est pas le salarié et, en ce qui concerne les opérations relatives à la couverture du risque accident, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du participant décédé.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de celle-ci 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 réception adressée par l'Institution à l'ADHERENT, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par le salarié, le bénéficiaire ou l'ayant-droit en ce qui concerne le règlement de la prestation.

ARTICLE 10. RÉCLAMATIONS – MÉDIATION

10.1. RECLAMATIONS

L'Institution a mis en place une procédure de traitement des réclamations afin d'améliorer le service à ses clients.

Elle s'engage à accuser réception de leur demande dans un délai de 10 jours ouvrables et à apporter une réponse à celle-ci dans un délai maximum de 2 mois.

Toutes les réclamations, qu'elles portent sur un différend lié aux prestations, aux cotisations ou autre, doivent être adressées à la CRP par courrier électronique à satisfaction.clients@groupecrc.com ou par voie postale à l'adresse suivante :

Caisse Réunionnaise de Prévoyance
Service Qualité/Réclamations
2 bis Ruelle Pavée,
BP 60766,
97475 Saint-Denis Cedex

10.2. MEDIATION

- **Médiation auprès du Centre Technique des Institutions de Prévoyance (CTIP)**

Uniquement après épuisement des procédures internes de traitement des réclamations, il est possible de saisir le médiateur du CTIP. La Charte de médiation mise en œuvre par l'Institution est communiquée sur simple demande.

Le recours au médiateur du CTIP est gratuit, il s'adresse aux participants, aux bénéficiaires ou aux ayants droit ainsi qu'aux entreprises adhérentes de la CRP.

La médiation est une procédure écrite. Les saisines sont rédigées en langue française et adressées aux adresses suivantes :

- Par courrier :

Le Médiateur du CTIP
10 Rue Cambacérès
75008 PARIS

- Par courriel en complétant le formulaire de saisine en ligne sur le site internet du CTIP suivant :

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

Le médiateur étudiera ce dossier et rendra son avis en toute indépendance.
Si l'une des parties ne souhaite pas suivre l'avis rendu par le médiateur du CTIP, le recours à la justice reste possible.

ATTENTION : Certains litiges ne relèvent pas de la compétence du médiateur du CTIP (par ex. : les décisions relevant de l'action sociale, les résiliations d'adhésion, les augmentations de cotisations ou encore les procédures de recouvrement).

ARTICLE 11. SUBROGATION

L'Institution peut exercer toute action contre les tiers responsables pour obtenir le recouvrement des prestations payées.

ARTICLE 12. CLAUSE ATTRIBUTIVE

Tout différend entre la CRP et vous, si vous êtes une société commerciale, est de la compétence des tribunaux de notre siège social.

ARTICLE 13. PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Responsable de Traitement
Les données concernant le signataire de la proposition de contrat et du contrat (ci-après « la Personne Concernée ») sont traitées par la CRP, Organisme Assureur, agissant en sa qualité de responsable de traitement et le cas échéant, par son délégataire de gestion agissant comme responsable de traitement conjoint.

Finalités et bases légales
Les données collectées et traitées par la CRP et le cas échéant, par son délégataire de gestion, sont nécessaires pour permettre de répondre à l'une des finalités décrites ci-après et uniquement, dès lors qu'un fondement juridique l'y autorise :

Finalités	Bases légales
▪ Traiter la demande d'affiliation au contrat	Exécution du contrat auquel la Personne Concernée est partie
▪ Gérer le contrat souscrit (gestion de la vie du contrat et mise à jour des informations concernant la Personne Concernée, émission des documents contractuels, gestion des cotisations, gestion des demandes de résiliation dans le cadre de la résiliation)	
▪ Exécuter ledit contrat (paiement des prestations)	
▪ Élaborer des statistiques et études actuarielles	Intérêt légitime de la CRP et le cas échéant, de son délégataire de gestion
▪ Effectuer des vérifications à des fins de lutte contre la fraude ; ces vérifications étant susceptibles de conduire à l'inscription de la Personne Concernée sur une liste de personnes présentant un risque de fraude	
▪ Effectuer des vérifications à des fins de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme	Obligations légales incombant à la CRP et le cas échéant, à son délégataire de gestion (Loi LCB-FT)
▪ Réaliser des actions de prospection commerciale par e-mail et/ou SMS à propos des produits et services de la CRP et/ou Groupe CRC Courtage sous réserve que la Personne Concernée ne s'y soit pas préalablement opposée ; ces communications pourront être personnalisées sur la base d'un profilage analytique (cf. Profilage, ci-après)	Consentement
▪ Etablir des reportings	Obligation légale incombant à la CRP
▪ Etablir des statistiques	Intérêt légitime de la CRP
▪ Traiter les réclamations	Exécution du contrat auquel la Personne Concernée est partie
▪ Gérer les précontentieux et contentieux	
▪ Gérer les demandes d'exercice des droits reconnus à la Personne Concernée au titre de la réglementation applicable au traitement et à la protection des données personnelles	Obligation légale incombant à la CRP et le cas échéant, à son délégataire de gestion.

Profilage et lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme
La CRP, afin de répondre à ses obligations légales en matière de lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme, exerce, à cette fin, une vigilance constante lors de l'entrée en relation d'affaires et au cours de celle-ci. Cette vigilance concerne la Personne Concernée mais également toute personne en lien avec la relation d'affaires. Cette vigilance s'appuie sur les données communiquées par la Personne

Concernée, des données contextuelles (issues du comportement de la Personne Concernée, des opérations envisagées) ainsi que celles issues de l'outil de filtrage Risque et Conformité utilisé dans le cadre de la lutte contre le blanchiment et qui sont analysées sur la base des axes suivants :

- un axe client portant sur le secteur d'activité, l'adresse fiscale, le domicile, la domiciliation du RIB, l'attribution du statut de personne politiquement exposée et le gel des avoirs ;
- un axe produit portant sur la nature du produit ;
- un axe distribution portant sur le caractère de la vente (à distance, en face à face ou vente intermédiée) ;
- un axe opération portant notamment sur le type d'opération, son motif, son montant, le mode de paiement, et la provenance des fonds.

En application du RGPD, ce traitement constitue une opération de profilage analytique qui permettra de qualifier le risque attaché à cette relation d'affaires et pouvant aboutir à une exclusion ou une suspension du contrat et/ou une déclaration aux autorités compétentes (Direction Générale du Trésor, Tracfin).

Profilage et Prospection commerciale

Soucieuse de n'adresser que des contenus pertinents, la CRP est susceptible de personnaliser ses communications commerciales sur la base des données que la Personne Concernée lui a communiquées directement : secteur d'activité, secteur géographique, profession, etc. En application du RGPD, ce traitement constitue une opération de profilage analytique et est réalisé, sauf opposition de la part de la Personne Concernée, sur la base de l'intérêt légitime d'amélioration continue des communications et des relations clients de la CRP. À tout moment la Personne Concernée pourra s'opposer à la réception de toute communication de nature commerciale, et au profilage analytique associé, en suivant la procédure détaillée au point "Droits de la Personne Concernée ».

Données traitées

Différents types de données concernant la Personne Concernée sont collectées puis traitées :

Les données communiquées par la Personne Concernée	Les données que cette dernière fournit spontanément (via la fiche d'information et de conseil, la proposition de contrat, le contrat, …) ;
Les données créées ou inférées par le responsable de traitement	Les données créées ou inférées par le responsable de traitement sur la base des données qu'il détient (exemple : numéro d'adhérent, numéro de contrat, numéro d'identification d'une réclamation émanant de la Personne Concernée, profils analytiques).
Les données collectées indirectement auprès des tiers suivants :	○ Dans le cadre de la lutte contre la fraude : ▪ L'ALFA (Association pour la Lutte contre la Fraude à l'Assurance) : toute donnée d'identification connue de la personne (nom, prénom, NIR, adresse, …) ; ○ Dans le cadre de la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme : ▪ La DGT (Direction Générale du Trésor) : toute donnée d'identification connue de la personne (nom, prénom, alias, date de naissance, lieu de naissance, nationalité, adresse, fonction/rôle, …) ▪ La base de données facilitant la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme : données d'identification de la personne dans le domaine public (exemple parution dans des journaux), à savoir nom, prénom, date de naissance, lieu de naissance, nationalité, pays de résidence, adresse, fonction/rôle, liens de parenté, données d'identification de la famille, appartenance à une liste officielle (sanction ou autre).

Destinataires

Les données personnelles de la Personne Concernée sont principalement destinées :

- aux services internes à la CRP en relation avec la clientèle et aux gestionnaires de contrats et de sinistres pour les clients dont ils ont la charge ainsi que leur supérieur hiérarchique ;
- le cas échéant, aux services internes du délégataire de gestion ;

- ainsi qu'aux services habilités des sociétés du Groupe chargés des actions de prospection commerciale réalisées par la CRP et/ou Groupe CRC Courtage; des réclamations et de la satisfaction client, des études statistiques et actuarielles ainsi que leurs supérieurs hiérarchiques, le personnel habilité de la direction générale, le pôle juridique; les services chargés des vérifications en matière de lutte contre la fraude, le personnel habilité à prendre la décision de nouer ou de maintenir une relation d'affaires avec une personne politiquement exposée, le personnel habilité du (ou des) service(s) chargé(s) de la lutte contre le blanchiment notamment ceux ayant la qualité de correspondant ou de déclarant Tracfin, le service chargé du contrôle interne.
- Dans la mesure où cela est rendu nécessaire pour la réalisation de tout ou partie des finalités visées ci-dessus, les données de la Personne Concernée sont susceptibles d'être transmises ou rendues accessibles aux partenaires, tiers et/ou prestataires agissant en qualité de responsables de traitement distincts, co-responsables de traitement ou sous-traitants :

Dans le cadre de la gestion et l'exécution du contrat	Les données de la Personne Concernée sont rendues accessibles aux prestataires, personnes intervenant au contrat (avocats, experts, auxiliaires de justice et officiers ministériels, curateurs, tuteurs, enquêteurs et professionnels de santé et le personnel habilité), organismes sociaux ou aux tiers autorisés ainsi qu'aux personnes intéressées au contrat ; Dans le cadre de la résiliation, les données de la Personne Concernée sont transmises à la personne ou à l'organisme à l'initiative de la demande de résiliation (employeur souscripteur, assureur en charge de la reprise du contrat, courtier).
Dans le cadre du traitement des réclamations	Outre le service en charge du traitement des réclamations et de la satisfaction client du Groupe CRC agissant en qualité de responsable de traitement conjoint aux côtés de la CRP, les données de la Personne Concernée sont susceptibles d'être rendues accessibles aux autorités de contrôles compétentes (ACPR, CNIL, ...), à la Commission de recours interne ou encore au médiateur compétent (CTIP) agissant en qualité de responsables de traitement distincts le cas échéant ;
Dans le cadre du traitement des éventuels précontentieux ou contentieux	Les données de la Personne Concernée sont susceptibles d'être transmises aux auxiliaires de justices, officiers ministériels et organismes publics habilités à les recevoir ainsi qu'aux arbitres, et médiateurs compétents ;
Dans le cadre de la lutte contre la fraude	Les données de la Personne Concernée sont susceptibles d'être transmises : - à l'ALFA (Association pour la Lutte contre la Fraude à l'Assurance) agissant en qualité de responsable de traitement distinct ; - au personnel habilité des sous-traitants ; - aux inspecteurs, enquêteurs, experts, et auditeurs agissant en qualité de responsables de traitement distincts. Dès lors qu'ils sont directement concernés par une suspicion de fraude, peuvent également être destinataires des données relatives à cette fraude, les personnels habilités : - des autres organismes d'assurance ou intermédiaires intervenant dans le cadre de dossier présentant une fraude : le délégataire, agissant en qualité de responsable conjoint dans le cadre de délégation de gestion, - des organismes sociaux lorsque les régimes sociaux interviennent dans le règlement des sinistres ou lorsque les organismes d'assurances offrent des garanties complémentaires à celles des régimes sociaux, - des organismes professionnels intervenant dans le cadre de dossiers présentant une fraude, - les auxiliaires de justice et officiers ministériels, - l'autorité judiciaire, les médiateurs ou arbitres saisis d'un litige, les organismes tiers autorisés par une disposition légale à obtenir la communication de données à caractère personnel relatives à des précontentieux, contentieux ou condamnations, - et s'il y a lieu, les victimes de fraudes ou leurs représentants.
Dans le cadre de la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme	Les données de la Personne Concernée sont rendues accessibles à la cellule de renseignement financier Tracfin du ministère de l'économie, des finances et de l'industrie, les autorités de contrôle compétentes au sens de l'article L.561-36 du code monétaire et financier (CMF), notamment l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de résolution (ACPR), pour les données relatives aux personnes qui font l'objet d'une mesure

	de gel des avoirs, à la Direction générale du Trésor, aux autorités de contrôle compétentes des autres états membres de la Communauté européenne, des états parties à l'accord sur l'Espace économique européen et des états où sont applicables les accords conclus avec l'ACPR ou l'Autorité des Marchés Financiers en application des dispositions prévues aux articles L.632-7, L.632-13 et L.632-16 du CMF ainsi qu'au délégataire, agissant en qualité de responsable conjoint dans le cadre de délégation de gestion ;
En matière de traitement des demandes d'exercice des droits reconnus à la Personne Concernée au titre de la règlementation applicable à la protection des données personnelles	Le DPO des entités membres du Groupe CRC bénéficie d'un accès aux données nécessaires au traitement desdites demandes ainsi que, le cas échéant, le DPO du délégataire de gestion
Et plus généralement, ont accès aux données personnelles de la Personne Concernée	Le personnel habilité des prestataires agissant en qualité de sous-traitants de données personnelles et avec lesquels sont conclus des contrats conformes aux obligations de l'article 28 du RGPD (notamment, prestataire en charge de l'hébergement des données, de la maintenance de l'outil de gestion, fournisseur de solutions bureautiques cloud ...).

Durées de conservation
L'ensemble des données collectées et traitées est conservé pendant le temps strictement nécessaire à la réalisation d'une ou des finalités visée(s) ci-dessus, majoré des durées de conservation imposées et/ou des délais légaux de prescription applicables.

En cas de conclusion d'un contrat	Les données de la Personne Concernée sont conservées en base active pendant la durée nécessaire à l'exécution du contrat, à savoir : - Pendant 10 ans après la fin du contrat collectif, en matière de capitaux décès ; - Pendant 5 ans suivant le dernier versement de prestations et/ou la résiliation de l'adhésion, en matière d'incapacité de travail ; - Pendant 2 ans suivant le dernier versement de prestations, en cas d'invalidité. A l'issue de l'une de ces durées, les données sont archivées : - En matière de capitaux décès, pendant 20 ans à compter de l'avis de décès ou en l'absence d'avis de décès, à compter de l'échéance du contrat collectif puis supprimées au cours du 1er trimestre de N+21, N étant l'année de fin de contrat/date de l'avis de décès ; - En cas d'incapacité, pendant 5 ans à compter de la fin de la durée de conservation en base active puis, supprimées au cours du 1er trimestre de N+11, en l'absence de décès, N étant l'année de fin de contrat/date du dernier versement ; - En cas d'invalidité, 8 ans à compter de la fin de la durée de conservation en base active puis, supprimées au cours du 1er trimestre de N+11, en l'absence de décès, N étant l'année de fin de contrat/date du dernier versement.
En matière de prospection commerciale	En matière de prospection commerciale, les données de la Personne Concernée sont conservées pour une durée de trois (3) ans à compter de la date d'échéance d'un contrat. Au terme de ce délai, l'entité du Groupe CRC agissant en qualité de responsable de traitement pour cette finalité pourra reprendre contact avec la Personne Concernée afin de savoir si elle souhaite continuer à recevoir des sollicitations. En cas d'opposition ou en l'absence de réponse positive et explicite, les coordonnées de la Personne Concernée seront conservées pour une durée minimale de trois (3) ans dans le seul but de garantir l'effectivité de son droit d'opposition.

En matière de lutte contre la fraude	En matière de lutte contre la fraude, toute alerte non pertinente ou n'ayant reçu aucune qualification à l'issue d'un délai de six (6) mois, sera supprimée immédiatement. Lorsque l'alerte est pertinente, les données sont conservées pour une durée maximale de cinq (5) ans à compter de la clôture du dossier de fraude. En cas de procédure judiciaire, elles sont conservées jusqu'au terme de la procédure et seront ensuite archivées selon les durées de prescription applicables. Toutes données concernant une personne inscrite sur une liste des fraudeurs présumés seront supprimées à l'issue d'un délai de cinq (5) ans à compter de la date d'inscription sur cette liste.
En matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme	Sans préjudice de dispositions légales plus contraignantes, les données et les documents relatifs à l'identité de la Personne Concernée seront conservés pendant une durée de cinq (5) ans à compter de la résiliation du contrat ou de la cessation de la relation. De même, sont conservées pendant cinq (5) ans à compter de leur exécution, y compris en cas de résiliation du contrat ou de cessation des relations : - les données et documents relatifs aux opérations faites par la Personne Concernée ou non exécutées en application des mesures de gel des avoirs ou des sanctions financières et, - les documents consignant les caractéristiques des examens renforcés de toute opération particulièrement complexe ou d'un montant inhabituellement élevé ou ne paraissant pas avoir de justification économique ou d'objet licite (origine des fonds et destination de ces sommes objet de l'opération et identité de la personne qui en bénéficie).
En matière de traitement des réclamations	Les données sont conservées pendant deux (2) ans puis archivées pendant trois (3) ans à des fins de contrôle.
Dans le cadre d'un éventuel précontentieux ou contentieux	Les données traitées dans le cadre d'un éventuel précontentieux sont supprimées dès le règlement amiable du litige ou, à défaut, dès la prescription de l'action en justice correspondante. Les données traitées pour gérer un éventuel contentieux sont supprimées lorsque les recours ne sont plus possibles contre la décision rendue pour la faire exécuter. Toutefois, les décisions prononcées pourront être conservées à titre d'archive définitive en raison d'un intérêt historique.
En matière de traitement des demandes d'exercice des droits	Les données relatives aux pièces d'identité et communiquées par le Participant pour l'exercice du droit d'accès ou de rectification, pourront être conservées conformément au délai fixé par l'article 9 du code de procédure pénale.

Droits de la Personne Concernée
Conformément à la législation en vigueur en matière de protection des données à caractère personnel, la Personne Concernée dispose d'un droit d'accès aux données la concernant, d'un droit de rectification de ses données et d'un droit à la limitation de leur traitement. Dans les limites de la législation applicable, la Personne Concernée peut également exercer ses droits d'opposition, d'effacement et de portabilité de ses données. En cas de traitement de ces données à des fins de prospection commerciale et de profilage analytique associé, la Personne Concernée peut s'y opposer, préalablement via les cases prévues à cet effet et à tout moment. À tout moment, la Personne Concernée peut revenir sur son choix, en se rapprochant de son conseiller, en envoyant STOP à un numéro non surtaxé ou en cliquant sur le lien « Préférences email », intégré dans chacune des communications électroniques. Elle dispose, enfin, du droit de définir des directives relatives au sort de ses données personnelles en cas de décès (Cf. Site de la CNIL : www.cnil.fr pour plus d'informations sur ces droits).

Pour exercer l'un de ces droits, la Personne Concernée adressera sa demande à :
- Caisse Réunionnaise de Prévoyance (CRP), DPO, 2 bis ruelle Pavée - BP 60766 – 97475 Saint Denis Cedex

ou
- dpo.crc@groupecrc.com.

Toute demande doit préciser, en objet, son motif (exercice du droit d'accès, d'opposition, …), être accompagnée de tout élément permettant de justifier de son identité (n° de contrat, par exemple) et préciser l'adresse à laquelle doit parvenir la réponse. La CRP adressera sa réponse dans un délai maximum d'un (1) mois, à compter de la date de réception de la demande ; ce délai pouvant être prolongé de deux (2) mois supplémentaires en raison de la complexité et du nombre de demandes.

Si toutefois la Personne Concernée estime, après avoir contacté la CRP, que ses droits Informatique et Libertés ne sont pas respectés, elle aura la possibilité d'adresser une réclamation à la CNIL, en ligne, directement sur le Site de la CNIL ou par voie postale à : CNIL - 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

Les présentes mentions d'information complètent la Politique de confidentialité du Groupe CRC, disponible sur son site internet : www.groupecrc.com.

ARTICLE 14. AUTORITÉ DE CONTRÔLE

L'Institution est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR, 4 Place de Budapest CS 92459 75436 PARIS Cedex 09).

II.DISPOSITIONS PAR GARANTIE

Les garanties effectives souscrites **sont déterminées et instaurées par voie de Conventions ou d'accords collectifs**. Elles figurent aux Conditions Particulières du contrat de l'ADHERENT.

CHAPITRE VI – CAPITAL DECES OU PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (P.T.I.A)

ARTICLE 15. DÉFINITION DE LA GARANTIE DÉCÈS OU P.T.I.A

Cette garantie permet de pallier les conséquences financières liées au décès ou à la perte totale et irréversible d'autonomie du participant, et suivant les Conditions Particulières, en cas de décès d'un membre de la famille.

En cas de cumul emploi-retraite, le maintien des garanties décès est limité à la période de versement des indemnités journalières de la Sécurité Sociale.

15.1. CAPITAL EN CAS DE DECES TOUTES CAUSES

Ce capital est exprimé en pourcentage du salaire de référence des prestations.

En cas de décès du participant, le capital décès toutes causes est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s).

Le montant du capital décès peut être lié à la situation de famille du participant assuré. Dans ce cas, la situation d'un participant assuré lié par un Pacte civil de solidarité (PACS), est assimilée à celle d'un participant assuré marié.

Le montant du capital décès peut comporter des majorations par personne à charge ou par enfant à charge.

Sauf dispositions contraires prévues **aux Conditions Particulières** et dans la Convention Collective Nationale de la branche professionnelle, les personnes à charge sont **les enfants à charge** au jour du décès c'est à dire les enfants du participant ou de son conjoint, ou partenaire pacsé, fiscalement à la charge du participant.
Les enfants nés viables postérieurement au décès du participant et dont la filiation avec celui-ci est établie sont assimilés à des enfants à charge.

Le montant du capital est déterminé aux Conditions Particulières.

15.2. CAPITAL EN CAS DE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (P.T.I.A)

Le participant assuré peut demander à percevoir lui-même et par anticipation un capital s'il est considéré comme définitivement incapable de se livrer à une occupation ou à un travail quelconque lui procurant gain et profit et ne peut réaliser seul les actes de la vie courante, sous réserve que la Sécurité sociale ait notifié un classement en invalidité 3ème catégorie ou un taux d'incapacité permanente de 100 % au titre de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles avec majoration pour tierce personne.

La demande doit être effectuée dans les 24 mois qui suivent la date de notification d'attribution de la pension ou de la rente par la Sécurité sociale.

Le versement du capital en cas de perte totale et irréversible d'autonomie met fin à la garantie « capital décès toutes causes » du participant, telles que précisée à l'article 15.1.

Le montant du capital est calculé en pourcentage du salaire de référence, selon la situation de famille au jour du classement par la Sécurité sociale.

Ce capital comprend la garantie de base, et le cas échéant les éventuelles majorations prévues dans le « tableau des prestations » figurant aux Conditions Particulières.

Toutefois, si le participant en exprime expressément la volonté, ce capital peut être limité à la garantie de base.

Les majorations pour le personnel marié ou lié par un pacte civil de solidarité, celles pour descendant ou ascendant à charge, sont alors versées au moment du décès compte tenu de la situation à cette date.

Les dispositions ci-dessus sont également applicables, dans les mêmes conditions, à la demande d'un participant victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle se trouvant dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie, et percevant à ce titre, la majoration pour tierce personne prévue par l'article L.434-2 du Code de la Sécurité sociale.

15.3. CAPITAL SUPPLEMENTAIRE EN CAS DE DECES ACCIDENTEL OU DE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE ACCIDENTELLE

Un capital supplémentaire peut être versé, lorsqu'il est précisé aux Conditions Particulières, lorsque le décès ou la perte totale et irréversible d'autonomie est due à un accident. Le décès et la perte totale et irréversible d'autonomie ne sont considérés d'origine accidentelle que s'ils sont intervenus dans les douze mois qui suivent cet accident.

Le capital « décès accidentel » est dû en cas d'accident postérieur à la date à laquelle le participant est reconnu en perte totale et irréversible d'autonomie, même si celui-ci a perçu par anticipation le capital décès toutes causes.
Ainsi lorsque le participant est déjà reconnu en perte totale et irréversible d'autonomie, le capital supplémentaire « décès accidentel » est dû en cas de survenance d'un accident ayant entrainé son décès dans les douze mois de ce même accident.

Le versement du capital supplémentaire par anticipation en cas de perte totale et irréversible d'autonomie accidentelle met fin à la garantie « capital supplémentaire en cas de décès accidentel » du participant.

Par conséquent les ayants droit ne pourront pas réclamer le capital supplémentaire en cas de « décès accidentel ».

On entend par accident toute atteinte corporelle indépendante de la volonté du participant provenant de l'action soudaine et fortuite d'une cause extérieure.

Un capital supplémentaire peut également être prévu en cas de décès, à la suite d'un accident du travail reconnu par la Sécurité sociale.

La preuve de la relation directe de cause à effet entre l'accident et le décès ou l'invalidité totale et irréversible d'autonomie du participant, ainsi que la preuve de la nature de l'accident, incombent au bénéficiaire.

Le montant du capital est déterminé aux Conditions Particulières.

15.4. DESIGNATION DE BENEFICIAIRES LIEE A LA GARANTIE CAPITAL DECES

Les capitaux décès sont versés dans l'ordre de priorité suivant, selon les dispositions prévues par le Code civil et en l'absence de désignation particulière de bénéficiaires par le participant :

- **en premier lieu au conjoint du participant assuré**, non séparé judiciairement de corps, ni divorcé,
- ou à la personne liée au participant assuré par un pacte civil de solidarité (Article 2. DEFINITIONS),

En l'absence de conjoint ou de partenaire pacsé :
- les enfants et leurs descendants,
- à défaut, le père et la mère ; les frères et sœurs et les descendants de ces derniers,
- à défaut, les ascendants autres que le père et la mère du Participant assuré,
- à défaut, les collatéraux autres que les frères et sœurs et les descendants de ces derniers,
- à défaut, les héritiers déterminés dans la dévolution successorale.

Étant précisé que chacune de ces catégories constitue un ordre d'héritiers qui exclut les suivants.

Tout capital décès versé dans le cadre du contrat de Prévoyance, n'est pas imposable au titre de l'Impôt sur le Revenu (IR) et ne rentre pas dans les droits de succession.

Toutefois, le participant est libre de désigner un ou plusieurs bénéficiaires de son choix, au moment de son affiliation ou ultérieurement, en remplissant un formulaire de désignation de bénéficiaire(s). Ce formulaire pourra également être utilisé s'il souhaite revenir sur une précédente désignation.

Les personnes vivant en concubinage ne sont pas considérées comme conjoints, sauf si la situation du concubinage, tel que défini à l'ARTICLE 2. DEFINITIONS, est spécifiquement prise en compte dans les Conditions Particulières.

Dans le cas où la situation du concubinage, tel que défini à l'ARTICLE 2. DEFINITIONS, n'est pas spécifiée dans les Conditions Particulières et que le participant souhaite que son concubin ou sa concubine soit bénéficiaire, il devra remplir également une désignation de bénéficiaire particulière.

Dans le cadre du renforcement de la législation en matière de contrats d'assurance sur la vie, et afin de pouvoir mettre en œuvre ces garanties le moment venu, l'Institution veille à la qualité et à la complétude des informations qui lui sont communiquées. Aussi, toute désignation ou modification de bénéficiaire(s) devra faire l'objet d'une remise en mains propres, par le participant assuré en possession de sa pièce d'identité, auprès d'un conseiller relation clientèle de l'Institution. Cette modalité peut être modifiée en cas d'évolution d'outils digitaux de traitement de l'Institution ou en cas de délégation de gestion du présent contrat.

Lorsque le(s) bénéficiaire(s) est nommément désigné(s), le participant peut préciser (leurs) coordonnées à l'Institution, afin que ce bénéficiaire soit informé, en cas de décès du participant.

La clause bénéficiaire peut être modifiée à tout moment. Toutefois, la désignation devient irrévocable en cas d'acceptation de celle-ci par le bénéficiaire. Dans ce cas, le participant ne pourra plus revenir sur les termes de cette désignation sans l'accord dudit ou desdits bénéficiaire(s).

Lorsqu'il y a attribution de majorations familiales, chacune d'entre elles est versée au profit de l'enfant au titre duquel elle est accordée ou à son représentant légal.

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie, l'intégralité du capital est versée à sa demande au participant assuré lui-même.

Pour les enfants à charge ne disposant pas de la capacité juridique et enfants mineurs, le capital décès est versé au représentant légal.

Pour les enfants majeurs à charge disposant de la capacité juridique, le capital décès leur est versé directement.

Les ascendants à charge au jour du décès sont les ascendants effectivement à charge du participant selon les règles fiscales.

15.5. GARANTIE DOUBLE EFFET

En cas de décès simultané des deux parents, c'est-à-dire survenu au cours du même évènement, ou en cas de décès postérieur du dernier parent non remarié, non re-pacsé, survenu dans les deux ans suivant le décès du premier parent, un capital est réparti entre les enfants toujours à charge du participant, à la date du décès.

Le décès du conjoint tel que défini ci-dessus, survenant postérieurement à la date de résiliation de l'adhésion n'ouvre pas droit au versement de ce capital supplémentaire.

Le montant du capital est déterminé aux Conditions Particulières.

15.6. GARANTIE FRAIS D'OBSEQUES

Les Conditions Particulières peuvent prévoir le versement d'une allocation pour frais d'obsèques en cas de décès :

- du participant : dans ce cas, l'allocation est versée au conjoint, ou partenaire pacsé ;
- du conjoint, ou partenaire pacsé : dans ce cas l'allocation est versée au participant ;
- **des enfants à charge du participant de 12 ans et plus**. Dans ce cas, l'allocation est versée au participant ou la personne ayant assumé les frais d'obsèques et le justifiant sur facture.

Le montant de cette allocation est précisé aux Conditions Particulières.

L'allocation frais d'obsèques est versée au participant ou à l'ayant droit ayant réellement supporté les frais.

Selon le contexte familial des intéressés, l'Institution se réserve le droit de verser l'allocation frais d'obsèques directement à l'entreprise de services funéraires ayant été chargée de l'organisation des obsèques de la personne décédée.

15.7. MAJORATION DES INTERETS LEGAUX EN CAS DE VERSEMENT TARDIF DES CAPITAUX DECES

Conformément aux dispositions de l'article L.132-23-1 du code des assurances applicable aux Institutions de prévoyance :

L'Institution dispose d'un délai de quinze (15) jours, après réception de l'avis de décès afin de demander au bénéficiaire du contrat de prévoyance de lui fournir l'ensemble des pièces nécessaires au paiement.

À réception de ces pièces, l'Institution verse, dans un délai qui ne peut excéder un (1) mois, le capital ou la rente garantis au bénéficiaire du contrat de prévoyance.

Plusieurs demandes de pièces formulées par l'Institution ne peuvent concerner des pièces identiques ou redondantes.

Au-delà du délai de quinze (15) jours mentionné au 2nd alinéa, le capital produit de plein droit intérêt au double du taux légal durant un (1) mois puis, à l'expiration de ce délai d'un (1) mois, au triple du taux légal.

Au-delà du délai d'un (1) mois indiqué au 3ème alinéa, le capital non versé produit de plein droit intérêt au double du taux légal durant deux (2) mois puis, à l'expiration de ce délai de deux (2) mois, au triple du taux légal. La période au cours de laquelle le capital a, le cas échéant, produit intérêt en application de l'avant-dernier alinéa s'impute sur le calcul de ce délai de deux (2) mois. Si, au-delà du délai de quinze (15) jours mentionné au 2nd alinéa, l'Institution a omis de demander au bénéficiaire l'une des pièces nécessaires au paiement, cette omission n'est pas suspensive du délai de versement mentionné au présent article.

15.8. REVALORISATION POST-MORTEM DES CAPITAUX

Conformément aux dispositions des articles L.132-5 et R.132-3-1 du code des assurances applicables aux Institutions de prévoyance :

1) Le capital en euros garanti en cas de décès produit de plein droit intérêt dès la date du décès de l'assuré ;

2) À compter de la date de connaissance du décès, le capital en euros garanti en cas de décès produit de plein droit intérêt, net de frais, pour chaque année civile, au minimum à un taux égal au moins élevé des deux taux suivants :

- La moyenne sur les 12 derniers mois au taux moyen des emprunts de l'Etat français, calculée au 1er novembre de l'année précédente ;
- Le dernier taux moyen des emprunts de l'État français disponible au 1er novembre de l'année précédente ;

3) Entre la date du décès et la date de connaissance du décès, lorsque les clauses contractuelles prévoient une revalorisation du capital en euros garanti en cas de décès, celles-ci s'appliquent, dès lors qu'elles entraînent une revalorisation du capital nette de frais ; à défaut, le 2) de la présente disposition s'applique dès la date du décès de l'assuré.

15.9. PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR

Le règlement des prestations relatives aux garanties capital décès est effectué après réception par l'Institution de l'ensemble des pièces justificatives transmises par l'entreprise adhérente comprenant, notamment :

- une demande de prestations comportant l'attestation par l'employeur que le participant était bien garanti à la date du décès,
- une copie de la pièce d'identité du bénéficiaire des garanties,
- les éléments nécessaires à la détermination des prestations,

- une copie de l'acte de décès du participant ou la notification de la perte totale et irréversible d'autonomie,
- un certificat médical attestant que le décès est dû ou non à une cause naturelle,
- les pièces justificatives de la qualité de bénéficiaire ou permettant l'obtention des majorations,
- la preuve, apportée par le bénéficiaire, de la relation directe de cause à effet entre l'accident et le décès ou la perte totale et irréversible d'autonomie du participant, ainsi que la preuve de la nature de l'accident,
- la copie intégrale du livret de famille, ou tout autre document officiel faisant apparaitre le lien avec l'assuré (exemple : extrait d'acte de naissance avec filiation…),
- le dernier avis d'imposition du participant,
- les bulletins de salaires des 14 derniers mois précédant l'événement.

CHAPITRE VII – GARANTIE RENTE DE CONJOINT

ARTICLE 16. DÉFINITION DE LA GARANTIE RENTE DE CONJOINT

La rente de Conjoint a pour objet d'assurer au conjoint survivant non séparé judiciairement et non remarié, ou au partenaire pacsé survivant non marié et non pacsé, le service d'une rente viagère et éventuellement d'une rente temporaire sous réserves des Conditions Particulières, en cas de décès du participant. **Le remariage du conjoint survivant, ou le mariage ou pacs du partenaire pacsé survivant annule le versement de cette rente, sauf dispositions contraires prévues aux Conditions Particulières**. **Le droit à la rente est supprimé à la fin du trimestre au cours duquel le bénéficiaire de la rente se marie, conclut un pacs ou atteste de sa situation de concubinage (sans délai en cas de naissance d'un enfant issu de cet union). La rente de Conjoint n'est pas due en cas de Perte Totale Irréversible d'Autonomie du participant.**

Sauf dispositions contraires prévues aux Conditions Particulières du contrat et à celles de la Convention Collective Nationale de la branche professionnelle, il faut entendre par :

- Le conjoint : l'époux ou l'épouse du participant, non-séparé(e) judiciairement, ni divorcé(e),
- le partenaire pacsé : la personne, quel que soit son sexe, ayant conclu avec le participant un pacte civil de solidarité (PACS) dans les conditions fixées par les articles 515-1 à 515-7 et 506-1 du Code civil, sous réserve qu'il ne soit pas dissout ou rompu de fait, non séparé à la date du sinistre.

La rente viagère de Conjoint est versée à vie au conjoint survivant non séparé judiciairement et non remarié, ou au partenaire pacsé survivant non marié et non re pacsé, sans condition d'âge.

La rente temporaire de Conjoint est versée jusqu'à ce que le conjoint survivant non séparé judiciairement et non remarié, ou le partenaire pacsé survivant non marié et non re pacsé atteigne un âge fixé par les Conditions Particulières, à défaut jusqu'à ce qu'il puisse bénéficier de la pension de réversion du régime de retraite complémentaire obligatoire. Elle peut s'ajouter à la rente viagère.

Le maintien du versement de la rente est en conséquence conditionné, chaque année, par la déclaration sur l'honneur du bénéficiaire que sa situation de famille n'a pas évolué, accompagné de d'un extrait d'acte de naissance datant de moins de 3 mois ou d'une copie de son avis d'imposition ; faute d'envoi de cette déclaration dans les 30 jours de la date de sa demande par l'Institution, le versement de la rente peut être suspendue jusqu'à réception de ladite déclaration par les services compétents. À réception de la déclaration, au plus tard dans les 6 mois suivant la date de demande de l'Institution, le paiement de la rente sera repris avec l'antériorité, dès lors que la situation familiale du bénéficiaire lui permet de prétendre encore au versement de la rente.
Sous réserve que la transmission hors délai des pièces déclaratives constitue un préjudice à l'Institution, ce dernier retiendra, sans contrevenir aux dispositions des règles de prescription, la date de réception desdites pièces déclaratives comme point de départ pour reprendre le paiement des prestations suspendues. Ainsi faute de renvoi de cette déclaration dans les 6 mois suivant la date de demande de l'Institution, le droit au versement de la rente ne reprendra qu'à compter de la date de réception des documents.

16.1. CAPITAL SUBSTITUTIF

Si le participant célibataire, veuf, divorcé ou séparé judiciairement n'a pas de partenaire pacsé susceptible de bénéficier de la rente, il est prévu en cas de décès du participant, le versement d'un capital substitutif égal à un pourcentage de la base de calcul des prestations.

Le montant du capital, lorsqu'il est prévu, est déterminé aux Conditions Particulières.
Ce capital est versé selon les clauses de la désignation particulière de bénéficiaire. A défaut, et sauf dispositions contraires prévues aux Conditions Particulières du contrat et à celles de la Convention Collective Nationale de la branche professionnelle le capital est versé dans l'ordre de priorité suivant :

- par parts égales entre eux, aux enfants du participant, nés ou à naître, vivants ou représentés,

- à défaut, par parts égales entre eux, aux parents du participant, et en cas de décès de l'un d'eux, au survivant pour la totalité,

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

16.2. PAIEMENT ET DUREE

Les rentes sont payables par trimestre civil, à terme échu.

La date d'effet de la rente de conjoint est fixée au premier jour du mois suivant le décès du participant. Sauf dispositions contraires prévues aux Conditions Particulières du contrat et à celles de la Convention Collective Nationale de la branche professionnelle, la rente temporaire cesse à la date à laquelle le conjoint peut prétendre à la pension de réversion du régime de retraite complémentaire obligatoire ou celle à laquelle le partenaire pacsé aurait pu y prétendre s'il avait été marié au participant.

Lors du décès du bénéficiaire, la rente viagère et le cas échéant la rente temporaire cessent d'être dues à la fin du mois en cours suivant le décès.

Le versement des rentes viagères et temporaires cesse en cas de changement du régime matrimonial du bénéficiaire (nouveau mariage, PACS ou concubinage dans les conditions précédemment définies). Le bénéficiaire devra informer l'Institution dans le mois qui suit son changement de régime matrimonial.

16.3. PIECES JUSTIFICATIVES

Le règlement des prestations relatives à la rente de conjoint est effectué après réception par l'Institution de l'ensemble des pièces justificatives transmises par l'ADHERENT comprenant, notamment :

- une demande de prestations comportant l'attestation par l'ADHERENT que le participant était bien garanti à la date du décès,
- les éléments nécessaires à la détermination des prestations :
  - une copie intégrale de l'acte de décès du participant,
  - un certificat médical attestant que le décès est dû ou non à une cause naturelle,
  - une copie intégrale de l'acte de naissance du participant délivrée depuis moins de trois mois,
  - une copie intégrale de l'acte de naissance du bénéficiaire délivrée depuis moins de trois mois,
  - les pièces justificatives de la qualité de bénéficiaire ou permettant l'obtention des majorations,
  - le dernier avis d'imposition du participant,
  - un relevé d'identité bancaire permettant le versement des prestations,
  - le numéro de Sécurité sociale du bénéficiaire,
  - les bulletins de salaires relatifs aux 12 mois civils précédant l'évènement donnant lieu à prestation,
  - la déclaration sur l'honneur du bénéficiaire attestant de sa situation familiale et matrimoniale inchangées, accompagnée d'un extrait d'acte de naissance datant de moins de 3 mois (à produire chaque année).

CHAPITRE VIII – GARANTIE RENTE D'EDUCATION

ARTICLE 17. DÉFINITION DE LA GARANTIE RENTE D'EDUCATION

La garantie a pour objet, en cas de décès toutes causes ou de perte totale et irréversible d'autonomie, sauf exclusions prévues au contrat (cf. 8.5. Les exclusions) le versement d'une rente au bénéfice des enfants à charge (Cf. CHAPITRE II), pour autant qu'ils continuent de remplir les conditions requises.

17.1. MONTANT DE LA RENTE D'EDUCATION

Le montant annuel de la rente, par enfant à charge bénéficiaire, est calculé en pourcentage du salaire de référence. Il est précisé au « tableau des prestations » figurant aux Conditions Particulières.

Si l'enfant bénéficiaire devient orphelin de père et de mère du fait du décès postérieur du dernier parent non (re) marié, non (re) pacsé, une majoration de la rente peut être prévue aux Conditions Particulières.

Le total des rentes d'éducation annuelles versées par famille ne peut excéder **quatre-vingts pour cent (80%) de** la base de calcul des prestations, le cas échéant revalorisée. S'il y a lieu, chaque rente sera réduite proportionnellement.

Cette limitation est doublée pour les enfants orphelins de leurs deux parents.

Cette rente d'éducation est à titre viager pour les enfants reconnus en situation de handicap.

17.2. EN CAS DE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie du participant telle que définie à l'article 15.2, le participant peut demander le versement anticipé des rentes d'éducation.

Ce versement met fin à la garantie rente d'éducation au titre du décès de l'assuré.

17.3. MODALITES DE VERSEMENT ET DUREE DE LA RENTE

La date d'effet de la rente d'éducation est fixée au 1er jour du mois qui suit celui au cours duquel est survenu le décès du participant, ou le cas échéant au cours duquel a été effectuée la demande de versement anticipé au titre de la perte totale et irréversible d'autonomie.

En cas de rente progressive, la majoration intervient au premier jour du trimestre civil suivant l'anniversaire de l'enfant.
La rente est payable par trimestre civil, à terme échu ; le premier paiement comprenant, le cas échéant, un prorata au titre de la période écoulée entre la date d'effet de la rente et la fin du trimestre en cours.

La rente est versée au représentant légal de l'enfant ou à l'enfant bénéficiaire, sur sa demande, s'il a la capacité juridique.

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

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

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

En cas de décès de l'enfant bénéficiaire, les rentes cessent d'être dues à la fin du trimestre en cours suivant le décès de l'enfant.

17.4. PIECES JUSTIFICATIVES

L'Institution effectue le règlement des prestations relatives à la garantie rente d'éducation après réception de l'ensemble des pièces justificatives que l'ADHERENT lui aura transmis, comprenant :

- une demande de prestations comportant l'attestation par l'ADHERENT que le participant était bien garanti à la date du décès,

- les éléments nécessaires à la détermination des prestations :
  - une copie intégrale de l'acte de décès du participant,
  - un certificat médical attestant que le décès est dû ou non à une cause naturelle,
  - une copie intégrale de l'acte de naissance du participant délivrée depuis moins de trois mois,
  - les pièces justificatives de la qualité de bénéficiaire ou permettant l'obtention des majorations,
  - le dernier avis d'imposition du participant,
  - une copie intégrale de l'acte de naissance du bénéficiaire délivrée depuis moins de trois mois,
  - un relevé d'identité bancaire permettant le versement des prestations,
  - le numéro de Sécurité sociale du bénéficiaire,
  - un certificat de scolarité, tous les ans, pour les enfants à charge poursuivant leurs études.

CHAPITRE IX – MAINTIEN DE SALAIRE - INCAPACITE TEMPORAIRE - INVALIDITE

ARTICLE 18. GARANTIE MAINTIEN DE SALAIRE

Conformément aux dispositions légales, notamment à l'article L.1226-1 du Code du Travail, la garantie maintien de salaire et son financement sont à la charge de l'employeur.
Cette garantie, lorsqu'elle est prévue aux Conditions Particulières du contrat et par celles de la Convention Collective Nationale de la branche professionnelle, assure à l'ADHERENT le versement du complément de rémunération auquel il est tenu selon l'article du Code du Travail précité.

18.1. PERSONNEL CONCERNE

Tout participant, dont la catégorie, le calcul de l'ancienneté, le montant journalier d'indemnisation, la durée et le terme d'indemnisation sont fixées aux Conditions Particulières.

18.2. OBJET ET MONTANT DE LA GARANTIE

Sauf dispositions plus favorables prévues aux Conditions Particulières du contrat et par celles de la Convention Collective Nationale de la branche professionnelle, en cas d'arrêt de travail consécutif à une maladie ou à un accident, d'ordre professionnel ou non, indemnisé ou non par la Sécurité sociale (s'il est prévu aux Conditions particulières, au profit des salariés n'ayant pas droit aux prestations en espèces de la Sécurité sociale, en raison du nombre d'heures travaillées ou du montant des cotisations insuffisant), l'Institution verse à l'ADHERENT des indemnités journalières dans les conditions suivantes :

- à compter du 8e jour en cas de maladie ou d'accident de la vie privée (soit à l'issue d'une franchise de 7 jours d'arrêt de travail)
- à compter du 1er jour en cas d'accident de travail ou de maladie professionnelle.

La détermination de la franchise continue s'apprécie à compter du 1er jour d'arrêt de travail.
Le délai de carence, lorsqu'il est prévu, s'applique pour chacun des arrêts de travail.

Sauf dispositions autres prévues aux Conditions Particulières du contrat et par celles de la Convention Collective Nationale de la branche professionnelle, le montant des indemnités complémentaires versées par l'employeur au salarié, **ayant plus d'un an ancienneté,** s'élève à :

- **90%** de la rémunération brute qu'aurait perçue le salarié s'il avait continué à travailler, **pendant les 30 premiers jours (1re période)** ;

- **2/3** de la rémunération brute qu'aurait perçue le salarié s'il avait continué à travailler, **à partir du 31e jour** d'arrêt consécutif (pendant les 30 jours qui suivent les 30 premiers jours) **(2de période).**

Dans ce cas, les **durées d'indemnisation** sont augmentées de 10 jours par période entière de 5 ans d'ancienneté en plus de la durée d'une année requise, sans que chacune d'elle puisse dépasser 90 jours.

Ancienneté	Maintien du salaire brut à 90 %	Maintien du salaire brut aux 2/3
1 à 6 ans	30 jours	30 jours
6 à 11 ans	40 jours	40 jours
11 à 16 ans	50 jours	50 jours
16 à 21 ans	60 jours	60 jours
21 à 26 ans	70 jours	70 jours
26 à 31 ans	80 jours	80 jours
31 ans et +	90 jours	90 jours

Pour le calcul des indemnités dues au titre d'une période de paie, il est tenu compte des indemnités déjà perçues par le salarié durant les douze mois antérieurs, de telle sorte que si plusieurs absences pour maladie ou accident ont été indemnisées au cours de ces douze mois, la durée totale d'indemnisation ne dépasse pas la durée totale des 2 périodes d'indemnisation précitées.

Les indemnités versées par l'Institution à l'Adhérent sont réalisées sous déduction des indemnités journalières de la sécurité sociale.

Les indemnités journalières complémentaires réglées au titre du maintien de salaire, par l'Institution, peuvent, suivant les Conditions Particulières, être servies à l'issue d'une période d'arrêt de travail discontinue ou continue.

Dans l'hypothèse où les prestations de la Sécurité sociale seraient réduites, celles-ci seront réputées avoir été versées à leur taux normal pour le calcul des prestations complémentaires.

Le cumul des prestations de la Sécurité sociale, du régime de prévoyance et d'un éventuel salaire à temps partiel, ne peut conduire le salarié à percevoir plus que ce qu'il aurait perçu s'il avait été en activité (salaire brut – charges sociales légales et conventionnelles).

18.3 CESSATION DE LA GARANTIE MAINTIEN DE SALAIRE

La prestation maintien de salaire cesse d'être versée dès la survenance de l'un des évènements suivants :

- le cas échéant, au jour où la Sécurité sociale cesse le versement des indemnités journalières ou à la suite d'une décision du médecin contrôleur ou médecin conseil de l'Institution,
- au jour de la reprise du travail,
- lors de la reconnaissance de l'état d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle ,
- à la liquidation de la pension vieillesse, à l'exception des personnes en situation de cumul emploi retraite (ARTICLE 2. DEFINITIONS),
- Cessation du contrat de travail,
- au jour du décès du participant.

19. GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL (ITT)

La garantie incapacité temporaire de travail a pour objet d'indemniser les participants, contraints à la suite de maladie ou d'accident, d'interrompre partiellement ou totalement leur activité. Elle permet de prendre en charge tout ou partie du salaire du participant afin de garantir un certain niveau de rémunération, déduction faite des indemnités journalières de la Sécurité sociale et, le cas échéant, du maintien de salaire acquitté par l'employeur adhérent.

Tout participant cessant son travail par suite de maladie ou d'accident est considéré en incapacité temporaire de travail. Il doit en outre percevoir des indemnités de la Sécurité sociale au titre de l'assurance

maladie ou au titre de l'assurance des accidents de travail et maladies professionnelles pour pouvoir bénéficier d'indemnités journalières complémentaires de l'Institution. Les indemnités journalières sont versées sous réserve des dispositions du contrôle médical.

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

Les indemnités journalières sont déterminées sur une base journalière qui correspond à la base de calcul des prestations divisée par 365.

En aucun cas, la somme des rémunérations et indemnités complémentaires ne peut excéder 100% de la rémunération nette qu'aurait perçue le salarié en activité.

Les salariés ne remplissant pas les conditions d'ouverture de droits en matière d'assurance maladie vis-à-vis du régime de Sécurité sociale (car ne pouvant justifier d'une durée d'activité salariée suffisante) bénéficient, après décision du médecin contrôleur mandaté par l'organisme de prévoyance, de la présente garantie.

Dans ce cas, le montant de la prestation versée par l'Institution sera celui prévu à l'alinéa précédent, déduction faite du montant reconstitué des prestations brutes que l'intéressé aurait perçues de la Sécurité sociale si celle-ci était intervenue et des rémunérations versées ou maintenues, notamment par l'employeur. En aucun cas, l'Institution ne versera les prestations de la Sécurité sociale ainsi reconstituées.
Le versement des indemnités journalières complémentaires débute à l'issue d'une période de carence dénommée franchise continue, correspondant au nombre de jours consécutifs ou non d'arrêt de travail fixé aux Conditions Particulières.

Les Conditions Particulières peuvent prévoir une période de franchise ramenée à trois jours en cas d'arrêt de travail continu si ledit arrêt est motivé par une hospitalisation médicale ou chirurgicale de plus de trois jours ou consécutif à un accident.

Lorsque, du fait notamment d'une mesure de sanction prise par la Sécurité sociale, les indemnités de cet organisme sont :

- **réduites, les indemnités journalières complémentaires que nous versons ne compenseront pas cette minoration ;**
- **supprimées, le versement des indemnités journalières complémentaires sera suspendu.**

Pour vos anciens salariés bénéficiant du maintien de la garantie incapacité temporaire dans le cadre de l'article L.911-8 du code de la Sécurité sociale, les prestations maintenues ne peuvent conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités journalières d'un montant supérieur à celui des allocations de chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période compte tenu des indemnités versées par la Sécurité sociale et de tout autre revenu d'activité ou de remplacement ; la limitation est appréciée par rapport au montant net des allocations que le régime d'assurance chômage aurait versées pour la même période.

20. RECHUTE POUR LES GARANTIES MAINTIEN DE SALAIRE OU INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL

Après un premier arrêt de travail indemnisé par l'Institution, tout nouvel arrêt de travail ayant une même cause médicale (arrêt de travail pour maladie, accident du travail ou maladie professionnelle) pendant la durée de l'affiliation du participant, donnant lieu au paiement des indemnités journalières complémentaires et survenant dans un délai maximum de deux mois suivant la reprise du travail, est considéré comme une rechute.

Aucune franchise, en dehors de celle éventuellement pratiquée par la Sécurité sociale, n'est alors appliquée et les prestations sont calculées sur les mêmes bases que celles de l'arrêt de travail précédent.

La garantie en vigueur à la date du premier arrêt de travail est retenue.

21. PAIEMENT ET DURÉE DES PRESTATIONS POUR LES GARANTIES MAINTIEN DE SALAIRE OU INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL

Les indemnités journalières complémentaires sont payables à la réception de l'ensemble des pièces justificatives par l'Institution.

L'entreprise adhérente doit présenter à l'Institution une demande de prestations susceptible d'ouvrir droit aux indemnités journalières prévues par le contrat, dès qu'elle en a connaissance (sauf cas de force majeure) et au plus tard dans les 30 jours suivant la fin de la période de franchise fixée pour cette garantie. L'entreprise adhérente dispose d'un délai de 6 mois après la franchise pour envoyer un dossier complet Au-delà de cette limite, la date de prise en charge éventuelle des indemnités journalières sera celle de la date de réception du dossier complet de demande de prestations, par l'Institution.

Ces prestations sont réglées à l'Adhérent tant que le contrat de travail du participant n'est pas rompu. À charge pour lui de les reverser au participant après calcul et précompte des charges sociales. En cas de rupture du contrat de travail, les prestations sont versées directement au participant.

Le paiement des indemnités journalières cesse :

- à la date à laquelle prennent fin les indemnités journalières servies par la Sécurité sociale ;
- au jour de la reprise du travail, sauf s'il perçoit encore des indemnités journalières servies par la Sécurité sociale ;
- en cas de contrôle médical, à la date à laquelle le participant ne justifie plus d'une incapacité au sens du présent règlement ;
- à compter de la date à partir de laquelle le salarié peut prétendre à une pension de retraite à taux plein de la Sécurité sociale ou par un régime complémentaire obligatoire, sauf en cas de cumul emploi-retraite .
- au jour du décès du participant.

22. GARANTIE INVALIDITÉ

22.1. DEFINITION

La garantie invalidité a pour objet d'indemniser les participants, contraints à la suite de maladie ou d'accident, d'interrompre partiellement ou totalement leur activité.

Cette garantie permet de faire bénéficier aux assurés, dès la reconnaissance par la Sécurité sociale de leur état d'invalidité, au titre s'une maladie ou d'un accident de la vie courante, d'une prestation complémentaire.

- L'Invalidité d'origine non professionnelle

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

- soit en Invalidité Permanente Totale (IPT) lorsque, par suite d'accident ou de maladie, il est atteint d'une invalidité, **constatée médicalement et reconnue par l'Institution**, le mettant dans l'impossibilité d'exercer toute activité professionnelle ;
- soit, en Invalidité Permanente Partielle (IPP) lorsque, par suite d'accident ou de maladie, il est atteint d'une invalidité, **constatée médicalement et reconnue par l'Institution, réduisant sa capacité à exercer une activité professionnelle**,

Et qui bénéficie, en outre :

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

Le montant de la rente d'invalidité est déterminé, en pourcentage de la base de calcul des prestations, aux Conditions Particulières.

- Invalidité d'origine professionnelle

L'incapacité permanente résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle correspondant à un taux d'incapacité égal ou supérieur à 33% et inférieur à 66% est assimilée à une invalidité de 1ère catégorie de la Sécurité sociale.

Lorsque le taux d'incapacité est égal ou supérieur à 66%, l'assimilation est faite à une invalidité de 2ème catégorie de la Sécurité sociale. La perception d'une allocation de tierce personne de la Sécurité sociale, entraîne l'assimilation à une invalidité de 3ème catégorie de la Sécurité sociale.

22.2. PAIEMENT ET DUREE DES PRESTATIONS

Les rentes complémentaires d'invalidité sont versées au participant ou au représentant légal du participant protégé mensuellement, à terme échu à réception de l'ensemble des pièces justificatives. Le premier et le dernier paiement peuvent ne représenter qu'un prorata de rente.

Les rentes d'invalidité cessent :

- à la date à laquelle le participant cesse de percevoir une pension d'invalidité ou une rente, au titre d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle, versées par la Sécurité sociale ;
- à la date à laquelle il ne justifie plus d'un état d'invalidité, selon le présent contrat, notamment en cas de contrôle médical ;
- à la date d'entrée en jouissance d'une pension de retraite servie par le régime général de la Sécurité sociale ou par le régime complémentaire obligatoire ou la date à laquelle le participant atteint l'âge lui permettant de bénéficier de la retraite à taux plein ;
- et, en tout état de cause, au décès du participant.

22.3. LE FAIT GENERATEUR ET LE SALAIRE DE REFERENCE

- Le fait générateur

La constatation de l'état d'invalidité déclenche le bénéfice de la garantie.
Ainsi, l'évènement ouvrant droit à une rente invalidité est la reconnaissance de l'état d'invalidité par la Sécurité sociale.

Toutefois, le fait générateur de l'évènement ouvrant droit à la prestation a, dans la plupart des cas, la même cause que l'arrêt de travail initial pour lequel des prestations d'incapacité ont été versées au titre du contrat de prévoyance.

Le fait générateur de l'évènement ouvrant droit à la prestation est donc l'évènement à l'origine de la prise en charge de la garantie.

Le fait générateur de l'invalidité est le 1er arrêt de travail ayant donné lieu au versement des indemnités journalières au titre de l'incapacité.
A défaut d'un arrêt de travail antérieur, le fait générateur est la reconnaissance de l'invalidité par la Sécurité sociale.

- Le salaire de référence

Le salaire de référence est défini comme le salaire fixe brut ayant servi d'assiette aux cotisations au cours des 12 mois civils qui précèdent l'évènement ouvrant droit aux prestations.

En complément de la définition du salaire de référence donnée à ARTICLE 2. DEFINITIONS , et sauf dispositions autres prévues aux Conditions Particulières du contrat et à celles de la Convention Collective Nationale de la branche professionnelle, il est précisé que le salaire de référence en considération duquel est calculée la rente complémentaire d'invalidité correspond en principe au salaire qu'aurait perçu le participant s'il avait été effectivement en mesure de travailler.

Ne peuvent être intégrées dans le salaire de référence servant de base à la détermination de la rente complémentaire que les rémunérations qui *« présentent un caractère régulier et habituel »* (exemple : 13ème mois).

Il n'y a pas à intégrer dans le salaire de référence des éléments de rémunération variable, comme des commissions ou des primes d'objectif, ayant leur fait générateur pendant la période de référence, mais versés ultérieurement.

L'indemnité compensatrice de congés payés n'est pas intégrée dans le salaire de référence.
En effet elle n'aurait pas été versée si le participant avait continué de travailler.

Le total perçu par le salarié (Sécurité sociale, éventuel salaire à temps partiel ou revenu de remplacement et prestations complémentaires) ne saurait excéder **le salaire net d'activité reçu par le salarié au moment de l'arrêt de travail**.

Le salaire d'activité est égal au salaire de référence servant de base au calcul de la prestation, revalorisé sur la base du taux de revalorisation.

Si le salarié exerce une activité à temps partiel, le salaire d'activité est égal au salaire qu'il aurait perçu s'il avait repris son activité dans des conditions normales de travail.

Le salaire d'activité est calculé sur la base du salaire que le salarié perçoit au titre de son activité à temps partiel, reconstitué à hauteur du temps de travail contractuel (à temps plein ou, le cas échéant, à temps partiel) au titre du mois indemnisé.
Le salarié doit être indemnisé en considération de ce qu'il percevrait s'il était en mesure d'avoir une activité.

Lorsque c'est le même sinistre qui justifie le temps partiel puis l'invalidité, la prise en charge effective doit être considérée par rapport à la période antérieure à sa survenance :

- En cas de passage à temps partiel pour raisons thérapeutiques, le participant peut prétendre à une rente d'invalidité calculée en considération d'un salaire correspondant à un temps complet.
- Si le sinistre survient lors d'une période de suspension du contrat de travail (par ex. un congé maternité, chômage partiel), le salaire de référence correspond au salaire perçu avant la suspension du contrat.

22.4. LA REPRISE D'ACTIVITE

En cas de reprise d'activité, si l'assuré continue de bénéficier d'une rente d'invalidité, l'Institution accorde des prestations complémentaires réduites dans la limite fixée par la règle de cumul ci-après.

22.5. LA REGLE DU CUMUL

L'ensemble des prestations perçues par l'assuré au titre d'une invalidité permanente ne pourra être supérieur au salaire servant de base au calcul des prestations.

L'ensemble des prestations regroupe la rémunération versée par l'employeur, les prestations versées en application du présent contrat, celles servies par la Sécurité sociale et tout autre organisme de prévoyance collective obligatoire ou celles versées par l'assurance chômage.

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

Dans le cas où l'assuré bénéficiant d'une rente d'invalidité reprend une activité à temps partiel, le calcul des prestations pouvant lui être versées dans le cadre de la règle de cumul est effectué une fois pour toutes au moment de la reprise d'activité à temps partiel.

23. PIECES JUSTIFICATIVES POUR LES GARANTIES DE MAINTIEN DE SALAIRE -INCAPACITÉ- INVALIDITÉ

Tout accident ou maladie entraînant un arrêt de travail pouvant donner lieu à prestations complémentaires d'incapacité temporaire ou d'invalidité doit être déclaré à l'Institution, par courrier, accompagnée de l'ensemble des pièces justificatives indiquées ci-dessous :

Pour la garantie incapacité de travail, la déclaration doit être effectuée dans le délai maximum de six (6) mois à compter de la survenance de l'arrêt de travail. Tout retard dans cette déclaration cause un préjudice à l'Institution.
De ce fait, si ce délai n'est pas respecté, et sauf cas de force majeure, à justifier auprès de l'Institution, les prestations périodiques ne prennent effet au plus tôt qu'au lendemain de la réception de cette déclaration accompagnée des pièces justificatives, après expiration de la franchise applicable le cas échéant.

Pour la garantie invalidité, la déclaration doit être effectuée dans les deux (2) mois suivant la notification de l'invalidité par la Sécurité sociale. Au-delà de cette période, les prestations seront versées à compter de la date de réception de la déclaration.

- la demande de règlement des prestations ;
- la déclaration d'arrêt de travail ;

- les décomptes de la Sécurité sociale ;
- à défaut, d'intervention de la Sécurité sociale pour les salariés n'ayant pas droit aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison du nombre d'heures travaillées ou du montant de cotisations insuffisant, dès notification de l'arrêt de travail signé par le médecin traitant et l'attestation de non prise en charge émanant de la Sécurité sociale,
- la notification d'attribution d'une pension d'invalidité ;
- la notification d'attribution d'une rente pour accident du travail ou maladie professionnelle ;
- le justificatif du rejet administratif opposé par la Sécurité sociale pour le paiement des prestations en espèces ;
- la déclaration sur l'honneur du participant sur ses rémunérations ;
- les bulletins de paie des quatre derniers trimestres civils ;
- le relevé d'identité bancaire de l'employeur **ou** de l'assuré ;
- l'avis d'imposition (à fournir tous les ans pour les invalides) ;
- la déclaration sur l'honneur des personnes à charge de l'assuré invalide ; **à fournir tous les ans.**

L'Institution se réserve le droit de réclamer toute autre pièce complémentaire pour l'instruction du dossier.

En cas de dossier incomplet (pièces justificatives manquantes), malgré les relances écrites effectuées par l'Institution, celle-ci se réserve le droit de supprimer le dossier de demande de versement des prestations dans un délai de deux (2) ans à compter de la date de réception du courrier de déclaration adressé à l'Institution.

24. DEVOIR D'INFORMATION DU PARTICIPANT ET DE L'ENTREPRISE ADHÉRENTE EN CAS DE SINISTRE CAUSÉ PAR UN TIERS

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

Le participant atteint de blessures imputables à un tiers, et/ou, le cas échéant, son employeur, doivent en informer l'Institution lors des formalités de demande de prestations.

25. CONTRÔLE MÉDICAL

L'Institution CRP se réserve le droit, lors d'une demande de prestations et en cours de service, en matière d'incapacité et/ou invalidité de travail, de faire procéder aux visites médicales, contrôles et enquêtes qu'elle jugerait nécessaires pour se prononcer sur l'ouverture ou la continuation du service des prestations.

L'institution CRP peut également effectuer, elle-même, tous les contrôles et enquêtes administratives qu'elle jugera utiles.

L'Institution se réserve la faculté de réclamer toutes pièces qu'elle estimera nécessaires pour contrôler l'état de santé du participant.

En cas de désaccord du participant sur les résultats des contrôles effectués, l'intéressé devra indiquer à l'Institution, dans les huit jours de la notification par lettre recommandée des résultats du contrôle, le nom d'un médecin choisi par lui ; l'Institution désignera tout médecin de son choix. Si ces deux médecins ne peuvent parvenir à des conclusions communes, ils choisiront un tiers médecin pour les départager.

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

A défaut de contestation, par lettre recommandée, sous huitaine de la réception de ces résultats, l'intéressé est considéré comme les ayant acceptés.

Dans ces conditions, l'Institution peut procéder, au vu de ce contrôle, à la suspension voire la suppression des prestations ; il en sera de même en cas de refus ou opposition au contrôle par l'intéressé.

Dans l'hypothèse d'un désaccord persistant du participant sur le contrôle médical, ou de refus avéré de l'intéressé de se soumettre aux visites et enquêtes jugées nécessaires par l'Institution, le participant s'engage à demander, par voie de justice, la désignation d'un expert judiciaire ; les droits à prestations de

l'intéressé seront suspendus tant que n'interviendra pas soit, l'accord de l'intéressé sur les conclusions des contrôles effectués soit, une décision judiciaire irrévocable.

26. GARANTIE MATERNITÉ

La garantie maternité, lorsqu'elle est prévue aux Conditions Particulières, a pour objet de faire bénéficier au participant d'indemnités journalières complémentaires à celles versées par la Sécurité sociale au titre du congé maternité, lorsque le participant se trouve en congé légal de maternité, de paternité ou d'adoption tels que définis aux articles L.331-3 à L.331-8 du Code de la Sécurité sociale.

CHAPITRE X – ACTION SOCIALE

Acteur majeur de la protection sociale, la CRP soutient les actifs tout au long de leur vie, par le biais d'activités sociales et de soutien.

27. LES PRESTATIONS DE L'ACTION SOCIALE

Les salariés qui cotisent, en tant que Participants assurés dans le cadre de contrats collectifs Frais de santé, ont accès aux dispositifs sociaux mis en place par l'Institution.

Les actions susceptibles d'être financées, dans le cadre de l'action sociale de la CRP, peuvent prendre les formes suivantes :

- Les dépenses liées aux cotisations, ou bien un reste à charge… A titre d'exemple, lorsqu'un salarié est en situation difficile, à la suite d'un problème grave de santé qui engendre des frais exceptionnels (non pris en charge par la Sécurité sociale avec un reste à charge important) et créant un déséquilibre budgétaire, l'action sociale de la CRP peut lui apporter une aide financière,
- Le financement d'actions de prévention,
- La prise en charge de prestations d'action sociale au bénéfice des salariés, anciens salariés et ayants droit, tant collective qu'individuelle.

La commission d'action sociale examinera avec attention le dossier et la situation du salarié, avant de statuer sur la demande de soutien demandé.

La nature de l'aide sera en lien avec les contrats souscrits par l'ADHERENT et ceux de la branche professionnelle.

28. L'ACTION SOCIALE DE BRANCHE

Les bénéficiaires de l'action sociale mise en œuvre sont définis par la Convention Collective Nationale ou les accords de branche professionnelle.

La Convention Collective Nationale ou les accords de branche professionnelle peut / peuvent prévoir des garanties collectives présentant un haut degré de solidarité, et comprenant, à ce titre, des prestations à caractère non directement contributifs, pouvant prendre la forme :

- d'une prise en charge partielle ou totale de la cotisation pour certains salariés ou anciens salariés,
- d'une politique de prévention, ou,
- de prestations d'action sociale.

À ce titre, un fonds de solidarité est déterminé et instauré par voie de Convention Collective Nationale ou d'accords collectifs. Il est destiné à financer les prestations non contributives lesquelles sont financées par tout ou partie de la quote-part de l'assiette des cotisations.
L'action sociale mise en œuvre sera en lien avec les garanties présentant un haut degré de solidarité définies par la branche professionnelle.

Quelle que soit la forme des actions retenues, l'octroi effectif des mesures de solidarité est subordonné à la disponibilité des fonds pour les financer.

Nous contacter
0262 900 100*
*prix d'un appel local www.groupecrc.com
Caisse Réunionnaise de Prévoyance (CRP), institution de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale, membre du Groupe CRC
Siège social : 2 bis ruelle Pavée – BP 60766 – 97475 Saint-Denis Cedex I Fax. : 0262 908 000
SIRET : 397 895 202 00026
Organisme de contrôle : ACPR, 4 place de Budapest, 75009 PARIS cedex 9 (www.abe-infoservice.fr)