Date d'effet : 01.01.2026

RÈGLEMENT PRÉVOYANCE

CRP – CAISSE RÉUNIONNAISE DE PRÉVOYANCE

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

Caisses Réunionnaises 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. Fax. : 0262 908 000
SIRET 397 895 202 00026
Organisme de contrôle : ACPR, 4 place de Budapest, 75 009 PARIS cedex 9 (www.abe-infoservice.fr)

SOMMAIRE

DEFINITIONS 4

I. DISPOSITIONS GÉNÉRALES 7

Article 1. Objet du règlement 7
1.1. Opérations collectives 7
1.2. Opérations individuelles 7
Article 2. Adhésion 7
2.1. Formalités d'adhésion 7
2.2. Dans le cadre d'opérations collectives 8
2.3. Dans le cadre d'opérations individuelles de portage 9
2.4. Acceptation de l'adhésion 10
2.5. Prise d'effet et le renouvellement de l'adhésion 10
2.6. Faculté de renonciation 11
2.7. Fausse déclaration 11
Article 3. Obligations d'informations de l'Adhérent (Opérations collectives) 12
3.1. Obligations déclaratives 12
3.2. Changement de situation juridique et économique 12
3.3. Notice d'information à destination des participants 13
Article 4. Durée des garanties 13
4.1. Prise d'effet des garanties 13
4.2. Prise d'effet et étendue des modifications de garanties (Opérations collectives) 14
4.3. Cessation des garanties 15
4.4. Maintien des garanties décès en cas d'incapacité temporaire ou d'invalidité (Opérations collectives) 16
4.5. Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail (Opérations collectives à adhésion obligatoire) 16
4.6. Maintien des garanties en cas de portabilité (Opérations collectives) 18
4.7. Résiliation de l'adhésion 19
Article 5. Cotisations 21
5.1. Montant et révision des cotisations 21
5.2. Paiement des cotisations 23
5.3. Recouvrement des cotisations 24
Article 6. Prestations 25
6.1. Base de calcul des prestations 25
6.2. Revalorisation des prestations 26
6.3. Déclaration de sinistres et paiement des prestations 26
6.4. Exclusions 26
6.5. Déchéance 27
6.6. Plafonds de garanties 27
6.7. Mobilité des assures à l'étranger 28
Article 7. Généralités du règlement 28
7.1. Modification du règlement 28
7.2. Clause attributive 28
7.3. Contrôle de l'Institution 28
7.4. Subrogation 29
7.5. Prescription 29
7.6. Réclamations 29
7.7. Médiation auprès de la Fédération des Institutions paritaires de Protection Sociale (FIPS) 29
7.8. Protection des données a caractère personnel 30

II. LES DISPOSITIONS RELATIVES AUX GARANTIES 37

Article 8. Garantie Capital Décès 37
8.1 Conditions relatives au participant décédé 37
8.2 Situation de famille du participant 37
8.3 Capital Décès toutes causes 38
8.4 Perte totale et irréversible d'autonomie 38
8.5 Capital supplémentaire en cas de Décès accidentel ou de perte totale et irréversible d'autonomie accidentelle 38
8.6 Désignation particulière de bénéficiaires liée à la garantie capital décès 39
8.7 Garantie double effet 40
8.8 Garantie frais d'obsèques 40
8.9 Pièces justificatives 41
8.10 Revalorisation post-mortem des capitaux 41
8.11 Majoration des intérêts légaux en cas de versement tardif des capitaux 41
Article 9. Garantie Rente de conjoint 42
9.1. Rente viagère 43
9.2. Rente temporaire 43
9.3. Capital substitutif 44
9.4. Paiement et durée 44
9.5. Pièces justificatives 44
Article 10. Rente d'Éducation 45
10.1 Montant de la rente d'éducation 45
10.2 Définition des bénéficiaires 45
10.3 Paiements et durée 46
10.4 Pièces justificatives 46
Article 11. Garanties Incapacité Temporaire - Invalidité 47
11.1. Définition des garanties 47
11.2. Devoir d'information du participant et de l'entreprise adhérente en cas de sinistre causé par un tiers 47
11.3. Contrôle Médical 47
11.4. Garantie incapacité temporaire 48
11.5. Garantie invalidité 49
11.6. Reprise d'activité 52
11.7. Règle du cumul 52
11.8. Pièces justificatives 53

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.

Adhérents : Les membres adhérents sont les entreprises ayant souscrit au règlement de la CRP.

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. En matière d'assurance santé, ils bénéficient des prestations en nature de l'assurance maladie maternité, en raison de la couverture de l'assuré.

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

Catégorie : Ensemble de personnes physiques travaillant pour le compte de l'Adhérent 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.

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

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.

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 Déclaration Sociale Nominative (DSN) : La fiche de paramétrage permet d'obtenir les éléments nécessaires et suffisants pour le paramétrage du logiciel de paie.

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* ».

Opération collective : Il s'agit de l'opération par laquelle une entreprise adhère, par la signature d'un bulletin d'adhésion ou contrat d'adhésion au Règlement de la CRP, au profit de ses salariés ou d'une catégorie d'entre eux, dans le but de couvrir des prestations ou des risques (Maternité, Invalidité, Incapacité, Décès, Santé…).

- Elle est dite opération collective à adhésion obligatoire lorsque les salariés concernés sont obligatoirement affiliés à la CRP.

- Elle est dite opération collective à adhésion facultative lorsque les salariés concernés sont libres de s'affilier à la CRP, dont ils deviennent membres participants.

Opération individuelle : Il s'agit de l'opération par laquelle un salarié ou un ancien salarié d'un Adhérent à la CRP ou un de ses ayants droit adhère individuellement par la signature d'un bulletin d'adhésion ou contrat d'adhésion au Règlement de la CRP en vue de s'assurer la couverture de prestations ou de risques (Maternité, Invalidité, Incapacité, Décès, Santé…). Le salarié, ancien salarié et ayant droit qui adhère sur cette base à la CRP en devient membre participant.

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.

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

Sinistre : Réalisation du risque.

Tranches soumises à cotisations sociales :

- Tranche 1 ou « T1 » : tranche de salaire limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale (0 à 1 PASS) ;

- Tranche 2 ou « T2 » : tranche de salaire comprise entre une fois et huit fois le plafond annuel de la Sécurité sociale ; dont une première tranche de salaire plafonnée à 4 PASS et une seconde tranche de salaire comprise entre 4 et 8 PASS.

I. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 1. Objet du règlement

La Caisse Réunionnaise de Prévoyance (CRP) est une 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 règlement de la CRP, dénommée ci-après l'Institution, a pour objet de fixer les conditions générales dans lesquelles sont accordées les garanties de prévoyance aux salariés, anciens salariés et ayants droit de salariés des entreprises adhérant à l'Institution.

1.1. OPÉRATIONS COLLECTIVES

L'adhésion au présent règlement permet la mise en place d'une couverture collective à adhésion obligatoire ou facultative par une entreprise.

Dans ce cas, conformément à l'article L.911-1 du Code de la Sécurité sociale, les garanties sont déterminées et instaurées soit :

- par voie de conventions ou d'accords collectifs,

- par référendum, à la suite de la ratification à la majorité des salariés intéressés d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise,

- par une décision unilatérale du chef d'entreprise constatée dans un écrit remis par celui-ci à chaque intéressé.

1.2. OPÉRATIONS INDIVIDUELLES

L'adhésion au présent règlement permet une couverture individuelle.

Dans ce cas, les garanties sont déterminées par l'adhésion à un règlement de la CRP par le salarié ou l'ancien salarié d'une entreprise adhérente ou l'un de ses ayants droit, conformément au 3e alinéa de l'article L.932-14 du Code de la Sécurité sociale.

Article 2. Adhésion

2.1. FORMALITÉS D'ADHÉSION

L'engagement réciproque de l'entreprise adhérente ou du membre participant et de la CRP résulte de la signature du bulletin ou contrat d'adhésion au Règlement.

Avant cette signature, l'Institution de Prévoyance remet obligatoirement à l'Adhérent le règlement et la proposition de bulletin d'adhésion (ou contrat d'adhésion) à celui-ci ainsi que les annexes respectives.
L'adhésion est susceptible d'être complétée ou modifiée par voie d'avenant.

2.2. DANS LE CADRE D'OPÉRATIONS COLLECTIVES

2.2.1. Les conditions d'adhésion

Les entreprises qui souhaitent adhérer à l'Institution, ou modifier le ou les régimes de prévoyance souscrit(s) auprès de cette Institution, doivent fournir :

- la « proposition de bulletin d'adhésion » ou « la proposition d'avenant au bulletin d'adhésion » par laquelle l'entreprise déclare vouloir adhérer aux statuts et au règlement 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, les entreprises doivent 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 ;

- et si nécessaire,
  - une liste faisant apparaitre le nom, prénom(s), numéro d'immatriculation à la Sécurité sociale, date de naissance, situation de famille, ainsi que 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) 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) ainsi que les conditions de leur attribution et de leur versement et 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 protection sociale complémentaire, certaines dispenses d'affiliation sont prévues par l'article R.242-1-6 du Code de la Sécurité sociale.

2.2.2. L'affiliation des participants

- *Dans le cadre des opérations collectives à adhésion obligatoire*, l'Adhérent s'engage à affilier 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.**

- *Dans le cadre des opérations collectives à adhésion facultative,* l'Adhérent 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.**

A cette fin, l'Adhérent doit adresser à l'Institution les documents suivants complétés et signés par chaque salarié :
- 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.

L'Institution doit être informée des modifications de situation professionnelle des participants, notamment de la suspension ou de la rupture du contrat de travail, dans un délai de quinze jours précédant la date d'échéance des cotisations.

Dans ce cas, **la radiation du participant sera effective à la fin du mois au cours duquel l'Institution a reçu l'information.**

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.

2.3. DANS LE CADRE D'OPÉRATIONS INDIVIDUELLES DE PORTAGE

Dans le cas particulier de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, **le terme du délai de six mois est reporté à la date à laquelle le bénéfice du maintien des garanties prend fin.**

Il peut être proposé aux salariés membres participants, en cas de résiliation de l'adhésion de leur entreprise au présent règlement, l'adhésion au présent règlement à titre individuel, sans formalités

médicales et sans période probatoire, s'ils en font la demande dans les deux mois avant la date d'effet de la résiliation.

2.4. ACCEPTATION DE L'ADHÉSION

L'acceptation de l'adhésion est soumise à l'accomplissement des formalités administratives et médicales, mentionnées aux articles 2.2.1 et 2.2.2 du présent règlement, tant par les entreprises adhérentes que par les salariés dont l'affiliation est demandée.

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 4.7.1 du présent règlement.

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'adhésion à titre individuel n'est soumise à aucune période probatoire ni à aucun examen ou questionnaire médical.

2.5. PRISE D'EFFET ET LE RENOUVELLEMENT DE L'ADHÉSION

L'adhésion prend effet à la date indiquée sur le Bulletin d'adhésion ou Contrat d'adhésion et expire au 31 décembre de l'année en cours.

2.5.1. Opérations collectives

Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année, sauf résiliation à l'initiative de l'une ou l'autre partie, signifiée au moins deux mois avant l'échéance de l'adhésion au présent règlement, sauf résiliation exceptionnelle pouvant intervenir en cours d'année, conformément aux dispositions précisées à l'article 4.7.1.

L'adhérent peut adresser sa demande de résiliation :

- 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 ou l'adhésion au règlement 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.

2.5.2. Opérations individuelles

Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année, sauf résiliation à l'initiative du participant, signifiée au moins deux mois avant l'échéance de l'adhésion au présent règlement. Le participant peut adresser sa demande de résiliation :

- 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 ou l'adhésion au règlement s'est faite à distance, par ce mode de communication.

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

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

Conformément à l'article L.932-21-1 du Code de la Sécurité sociale, la date limite d'exercice par le participant du droit de résiliation de l'affiliation est rappelée avec chaque avis d'échéance annuelle de cotisation.

Lorsque cet avis lui est adressé moins de 15 jours avant cette date, ou après cette date, le participant est informé avec cet avis qu'il dispose d'un délai de 20 jours suivant la date d'envoi de l'avis (cachet de la poste faisant foi) pour dénoncer la reconduction.

L'Institution ne peut procéder à la résiliation sauf résiliation exceptionnelle pouvant intervenir en cours d'année, en cas de non- paiement.

2.6. FACULTÉ DE RENONCIATION

Dans l'hypothèse d'une adhésion facultative ou individuelle, le membre participant peut renoncer à l'adhésion par lettre recommandée avec accusé de réception pendant un délai de trente jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé que l'adhésion a pris effet, selon les modalités prévues à l'article L.932-15 du Code de la Sécurité sociale.

Lorsque le participant fait usage de ce droit de renonciation, l'Institution lui rembourse dans un délai de trente jours les cotisations qu'elle a perçues.

2.7. FAUSSE DÉCLARATION

L'assurance est nulle en cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part du participant ou de l'Adhérent 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.

Article 3. Obligations d'informations de l'Adhérent (Opérations collectives)

3.1. Obligations déclaratives

L'Adhérent fait 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'Adhérent 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, prénoms, date de naissance, numéro d'immatriculation à la Sécurité sociale, , date d'entrée, date de sortie dans le mois, la base de calcul des cotisations.

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

L'Adhérent doit 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.

3.2. Changement de situation juridique et économique

L'Adhérent s'engage à signaler immédiatement tout changement de sa situation juridique et économique par lettre recommandée avec avis de réception à l'Institution afin de lui permettre :

- de maintenir ou d'adapter les garanties des participants,

- ou de procéder à la résiliation de l'adhésion par lettre recommandée avec avis de réception 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.

3.3. NOTICE D'INFORMATION À DESTINATION DES PARTICIPANTS

Une Notice d'information établie par l'Institution, doit être remise aux participants par l'Adhérent.

Celle-ci définit 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 conformément à l'article L.932-6 du Code de la Sécurité sociale.

La preuve de la remise de la Notice d'information au participant et de l'information relative aux modifications contractuelles incombe à l'Adhérent.

Article 4. Durée des garanties

4.1. PRISE D'EFFET DES GARANTIES

4.1.1. Opérations collectives

Les garanties prennent effet, pour l'Adhérent à la date de prise d'effet de son adhésion, ou de l'avenant à son adhésion, à l'Institution, puis pour chacun des participants, à la date de prise d'effet de leur affiliation. L'adhésion de l'Adhérent est effective à compter de la date figurant sur le Bulletin d'adhésion ou Contrat d'adhésion dûment complété et signé par l'entreprise.

➢ 4.1.1.1- 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,
- les questionnaires médicaux, sous pli confidentiel au médecin conseil de l'Institution, lorsqu'ils s'avèrent nécessaires.

➢ 4.1.1.2- Salariés en arrêt de travail à la date d'effet de l'adhésion

- *Garanties décès (Opérations collectives 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 règlement dès lors qu'il a été déclaré et relève des conditions d'adhésion.

Si le présent règlement 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 dans le Bulletin d'adhésion ou Contrat d'adhésion, 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 au Bulletin d'adhésion ou Contrat d'adhésion.

➢ 4.1.1.3- Anciens salariés bénéficiant du maintien des garanties au titre de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale (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 au Bulletin d'adhésion ou Contrat d'adhésion s'ils remplissent les conditions pour en être bénéficiaires, et sous réserve du versement du financement de ce maintien.

➢ 4.1.1.4-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, 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.

4.1.2. Opérations individuelles

Sauf mentions particulières précisées dans le Bulletin d'adhésion ou Contrat d'adhésion, les garanties prennent effet à la date de prise d'effet de l'adhésion du participant au présent règlement.

4.2. PRISE D'EFFET ET ETENDUE DES MODIFICATIONS DE GARANTIES (OPÉRATIONS COLLECTIVES)

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

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 qui sera, en pareil cas, fondée à apporter à l'expression de ses garanties, les aménagements nécessaires.

Ces aménagements seront notifiés par l'Institution, 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, 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 dans les conditions prévues à l'article 4.7.1 du présent Règlement.

4.3. CESSATION DES GARANTIES

4.3.1. Opérations collectives

Les garanties cessent pour le participant (sous réserve des dispositions applicables aux salariés en arrêt de travail indemnisés par la Sécurité sociale) :

- à la date de prise d'effet de la résiliation de l'adhésion au présent règlement, sauf dans les cas prévus aux articles 4.4 et suivants définis ci-dessous,
- 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,
- 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 (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.

4.3.2. Opérations individuelles

Les garanties cessent pour le participant :
- à la date de prise d'effet de la résiliation de l'adhésion au présent règlement,
- à la date du décès du participant.

4.3.3. 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 liées à la garantie double effet.

4.4. MAINTIEN DES GARANTIES DÉCÈS EN CAS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE OU D'INVALIDITÉ (OPÉRATIONS COLLECTIVES)

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.

4.5. MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL (OPÉRATIONS COLLECTIVES À ADHÉSION OBLIGATOIRE)

Pendant les périodes de suspension de contrat de travail des salariés, ces derniers bénéficient des garanties prévues au présent règlement dans les cas énumérés ci-dessous.

4.5.1 Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail indemnisé

A compter du 01/01/2022, les salariés bénéficient des garanties prévues au présent règlement et de leurs évolutions, pendant les périodes de suspension de contrat de travail, s'ils sont bénéficiaires :

- 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 ;

- bénéficiaires d'un revenu de remplacement versé par l'employeur (Adhérent). Ce cas concerne notamment les 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 Pôle emploi ;
- 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.

L'employeur et les salariés doivent acquitter la part de cotisations mise à leur charge par l'acte juridique mis en place au sein de l'entreprise.

Pour les salariés en suspension du contrat de travail 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 dans l'acte juridique mis en place au sein de l'entreprise.
En l'absence de stipulations particulières dans l'acte juridique instituant les garanties, l'assiette à retenir pour le calcul des contributions et des prestations est celle du montant de l'indemnisation versée dans le cadre de la suspension du contrat (indemnisation légale versée par la sécurité sociale, le cas échéant complétée d'une indemnisation complémentaire ou conventionnelle versée par l'employeur).

4.5.2 Maintien des garanties 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 des 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 bénéficier des garanties prévues au présent règlement et de leurs évolutions, pendant les périodes de suspension de contrat de travail non indemnisé à condition que :
- L'employeur organise la contribution au maintien des garanties dans son acte juridique :
    - 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.

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

4.5.3 Cas particulier du maintien des garanties en cas de suspension « sanitaire » du contrat de travail non indemnisé

L'article 14 de la loi n°2021-1040 du 5 août 2021 relative à la gestion de la crise sanitaire a créé une faculté pour l'employeur de suspendre le contrat de travail des salariés dans l'incapacité de poursuivre leur activité professionnelle faute d'être vaccinés contre la Covid-19.

Pendant la période de suspension de leur contrat de travail non indemnisé, les salariés concernés par l'obligation vaccinale conservent le bénéfice des garanties prévues au présent règlement et de leurs évolutions.

L'employeur a la possibilité d'organiser la contribution au maintien des garanties en respectant le principe que cela doit bénéficier à tous les salariés qui seraient placés dans une situation identique.

4.6. MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE PORTABILITÉ (OPERATIONS COLLECTIVES)

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 douze (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 auprès de son organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties.
L'Adhérent 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 règlement,
- 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.

4.7. RÉSILIATION DE L'ADHÉSION

4.7.1. Cas de résiliation

➢ *Opérations collectives*

Outre l'hypothèse de résiliation à l'échéance annuelle de l'adhésion au présent règlement, à l'initiative de l'Adhérent ou de l'Institution, comme précisé à l'article 2.5., 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 5.3.,

- refus d'un salarié d'accomplir les formalités médicales requises lors de son affiliation, dans les conditions précisées à l'article 2.2., et ce au terme d'un délai de deux mois suivant la notification de ce refus, par lettre recommandée adressée à l'Adhérent,

- non-acceptation par l'Adhérent des nouvelles conditions contractuelles résultant d'une modification du cadre législatif et/ou réglementaire du règlement,

- non-acceptation par l'Adhérent 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'Adhérent,

- non-acceptation par l'Adhérent d'une nouvelle tarification, ou d'un aménagement des garanties, à la suite d'un risque aggravé, en application de l'article « 5.1.2. La révision des taux de cotisation » (OPÉRATIONS COLLECTIVES), 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.621-1 et 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.

- résiliation 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 de résilier l'adhésion par lettre recommandée avec accusé réception.

En cas de résiliation, quelle qu'en soit la cause, l'Adhérent 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.

➢ *Opérations individuelles*

Outre l'hypothèse de résiliation à l'échéance annuelle de l'adhésion au présent règlement, à l'initiative de l'Adhérent, comme précisé à l'article 2.5.2., l'adhésion peut être résiliée sans attendre l'échéance annuelle en cas de non-paiement des cotisations, dans les conditions précisées à l'article 5.3.

4.7.2. Effets de la résiliation sur les participants actifs et les participants bénéficiant de la portabilité (maintien des garanties au titre de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale) (Opérations collectives)

La résiliation entraîne à sa date d'effet la cessation des garanties, sauf en cas de paiement de la cotisation exceptionnelle pour les participants bénéficiant du maintien de garanties au titre de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, concernant les entreprises en difficultés ou en cessation d'activité, en application des dispositions prévues à l'article « 5.1.2. La révision des taux de cotisation » (OPÉRATIONS COLLECTIVES). L'Adhérent est débiteur de l'ensemble des cotisations dues avant la date d'effet de la résiliation.

Le participant peut adhérer au règlement, à titre individuel, aux garanties proposées par l'Institution, 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.

4.7.3. Effets de la résiliation sur les participants en arrêt de travail ou invalides (Opérations collectives)

Pour les participants en incapacité temporaire ou en invalidité, la garantie en cas de décès est maintenue dans les conditions prévues à l'article 4.4.

La prestation versée au titre de la garantie incapacité temporaire - invalidité qui s'applique est celle en vigueur à la date de résiliation de l'adhésion ou celle en vigueur à la date de radiation des effectifs

quand cette radiation intervient avant la résiliation de l'adhésion. La base de calcul des prestations est figée à la date de résiliation.

Les prestations incapacité temporaire - invalidité ainsi que les rentes de conjoint ou d'éducation en cours de service cesseront d'être revalorisées. Elles continueront à être servies à leur niveau atteint lors de la résiliation, et suivant les dispositions prévues par le présent règlement.

Dans le cas où les participants en incapacité temporaire 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 est diminuée du salaire perçu au titre de cette activité pour le versement des prestations.

La garantie « double effet » en cas de décès et les majorations de la rente d'éducation en cas de décès du deuxième parent cessent à la date de résiliation.

4.7.4. Les obligations de l'Adhérent (Opérations collectives)

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

- continuera de revaloriser les prestations d'incapacité de travail ou d'invalidité ainsi que les rentes de conjoint ou d'éducation 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 (Portabilité).

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

Article 5. Cotisations

5.1. Montant et révision des cotisations

5.1.1. La base de calcul des cotisations

➢ *Opérations collectives*

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

Les cotisations sont calculées, par l'Adhérent, sur la rémunération brute 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 placés en activité partielle, en application de l'article L.5122-1 du Code du Travail, la base de calcul des cotisations, inclut le montant de l'indemnité brute due au titre de ce dispositif.

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.

La base de calcul des cotisations se décompose en une ou plusieurs tranches du salaire ainsi défini :

- Tranche 1 ou « T1 » : tranche de salaire limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale (0 à 1 PASS.

- Tranche 2 ou « T2 » : tranche de salaire comprise entre une fois et huit fois le plafond annuel de la Sécurité sociale ; dont une première tranche de salaire plafonnée à 4 PASS et une seconde tranche de salaire comprise entre 4 et 8 PASS.

Les taux de cotisation sont fixés au Bulletin d'adhésion ou Contrat d'adhésion en pourcentage de la base de calcul des cotisations.

Pour certaines catégories de participants ou de risques, les cotisations, au lieu d'être calculées sur la rémunération, peuvent être forfaitaires.

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.

➢ *Opérations individuelles*

Les cotisations versées par le participant à l'Institution sont fixées au Bulletin d'adhésion ou Contrat d'adhésion sur une base forfaitaire.

L'Institution est tenue d'informer le participant de l'évolution éventuelle des niveaux de cotisation deux mois avant l'échéance annuelle de l'adhésion au présent règlement, soit avant le 31 octobre.

En tout état de cause, une notice d'information sur les modifications intervenue doit être remise au participant qui dispose alors d'un délai de trente jours à compter de la remise de cette notice pour renoncer à son adhésion.

5.1.2. La révision des taux de cotisation

Les montants ou taux de cotisations sont susceptibles de révision en fonction des résultats techniques ou de leurs perspectives d'évolution, sur décision du conseil d'Administration.

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

En cas d'instauration ou de modification par les Pouvoirs publics de taxes, contributions ou charges de toute nature, assises sur les cotisations, la Caisse Réunionnaise de Prévoyance est fondée à majorer à due concurrence les cotisations appelées.

Ces majorations seront notifiées, par lettre avenant, à l'entreprise adhérente qui disposera d'un délai de deux (2) 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, dans le délai de deux (2) mois précité, la Caisse Réunionnaise de Prévoyance sera fondée à prononcer la résiliation du contrat collectif de l'entreprise dans les conditions prévues à l'article 4.7.1 du présent Règlement.

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. Le paiement de cette cotisation exceptionnelle permettra notamment d'assurer le maintien des garanties en cas de cessation d'activité de l'entreprise. Cette cotisation exceptionnelle est déterminée notamment, 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.

L'entreprise adhérente peut toujours refuser la proposition de l'Institution dans les trente (30) jours qui suivent la réception dudit courrier en envoyant sa demande de résiliation par lettre recommandée avec avis de réception. L'adhésion est alors résiliée dans les dix (10) jours suivants.

En cas d'absence de réponse dans les trente (30) jours de l'envoi de la notification par lettre recommandée de l'Institution, l'Institution considèrera que l'entreprise adhérente a accepté les nouvelles conditions. Elles prendront effet à la date de modification mentionnée sur le courrier.

Jusqu'à la date d'effet de la modification de l'adhésion, les dispositions antérieures continuent à s'appliquer au contrat.

5.2. PAIEMENT DES COTISATIONS

5.2.1. Opérations collectives

Les cotisations sont payables par l'Adhérent, 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.

Sous réserve de dispositions particulières prévues au bulletin d'adhésion ou Contrat d'adhésion, l'Adhérent est le seul responsable du paiement des cotisations, tant pour la part patronale que pour la part salariale. A ce titre, il procède lui-même à leur calcul et à leur versement aux échéances prévues sur appel de l'Institution.

Les mêmes dispositions sont applicables pour le paiement de la cotisation exceptionnelle résultant de l'aggravation du risque (cf. article 5.1.2).

5.2.2 Opérations individuelles

Sauf dispositions différentes prévues au Bulletin d'adhésion ou Contrat d'adhésion, les cotisations sont payables par le participant, trimestriellement ou mensuellement à terme à échoir dans les quinze premiers jours de l'échéance choisie.

Le participant est le seul responsable du paiement des cotisations. A ce titre, il remet un relevé d'identité bancaire et une autorisation de prélèvement de la cotisation.

5.3. RECOUVREMENT DES COTISATIONS

5.3.1. Opérations collectives à adhésion obligatoire

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 au Bulletin d'adhésion ou Contrat d'adhésion, des majorations à la charge exclusive de l'Adhérent.

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'Adhérent 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'Adhérent.

Ces dispositions sont applicables aux opérations collectives à adhésion facultative lorsque l'Adhérent 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.

5.3.2. Opérations collectives à adhésion facultative

Lorsque l'Adhérent 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.

5.3.3. Opérations individuelles

Les cotisations dues à leur échéance par un participant qui adhère au règlement auprès de l'Institution, à titre individuel, doivent être acquittées dans les dix jours suivant la date d'exigibilité de celles-ci.

En cas de non-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.

Les cotisations antérieures à la résiliation restent dues.

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

Article 6. Prestations

6.1. 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.

Elle correspond à la base de calcul des cotisations relatives aux douze (12) mois civils ayant précédé l'évènement donnant lieu à la prestation.

Lorsque le participant dispose d'un contrat de travail de moins de douze (12) mois, la base de calcul des prestations est établie sur une base annuelle.
Lorsque les salaires pris en considération dans la base de calcul ne sont pas ceux des douze (12) mois civils précédant immédiatement le point de départ de l'incapacité temporaire de travail ou de l'invalidité ou du décès, ces salaires sont actualisés selon les dispositions de l'article 6.2 « 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 où il a quitté l'entreprise.

6.2. REVALORISATION DES PRESTATIONS

Le Conseil d'administration de l'Institution peut décider chaque année de revaloriser les prestations périodiques en cours de service (garanties rente d'éducation, rente de conjoint, incapacité temporaire - invalidité).

En cas de **résiliation de l'adhésion auprès de l'Institution et de changement d'organisme assureur**, les prestations continueront d'être servies à leur niveau atteint à cette date et ne seront plus revalorisées à l'avenir par l'Institution.

Les prestations incapacité temporaire de travail, invalidité permanente, rente de conjoint et rente éducation, **en cours de service**, continuent à être versées à leur niveau atteint à la date de la résiliation dans les conditions prévues au présent règlement.
On entend par prestations au niveau atteint, le cumul de la prestation de base et des revalorisations intervenues jusqu'à la date de résiliation du contrat.

En application de l'article L.912-3 du Code de la sécurité sociale, il incombe au souscripteur de s'assurer que le nouvel organisme assureur :

- Prendra en charge la revalorisation des prestations en cours de service au titre de l'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité permanente ainsi que les rentes de conjoint ou d'éducation,
- Revalorisera les bases de calcul des différentes prestations relatives à la couverture du risque décès.

En l'absence d'un nouvel organisme assureur à la résiliation de l'adhésion auprès de l'Institution et en cas de décès, la revalorisation des prestations en cours de service continue d'être effectuée dans les conditions et modalités prévues à l'article 8.10 des présentes.

6.3. DÉCLARATION DE SINISTRES ET PAIEMENT DES PRESTATIONS

Tout sinistre doit être déclaré à l'Institution grâce aux formulaires prévus à cet effet directement en ligne via l'Espace RH ainsi que la transmission de toute pièce justificative complémentaire.

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.
Ainsi les cotisations demeurent acquises à l'Institution qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

6.4. EXCLUSIONS

6.4.1 Exclusions concernant les garanties Incapacité temporaire – invalidité

Les faits intentionnellement et volontairement provoqués par le participant ne sont pas couverts.

6.4.2 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,**
- **du risque de navigation aérienne, lorsque le participant 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 le participant lui-même,**
- **directement ou indirectement, du fait de guerres civiles ou étrangères, quels que soit le lieu où se déroulent ces évènements et quels qu'en soient les protagonistes,**
- **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.**

6.4.3 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.**

6.5. DÉCHÉANCE

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

6.6. 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.**

6.7. MOBILITÉ 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.

Article 7. Généralités du règlement

7.1. MODIFICATION DU RÈGLEMENT

7.1.1. Approbation de l'Assemblée Générale

Il ne peut être apporté de modifications aux dispositions du présent règlement qu'après décision de l'Assemblée Générale prévue à l'article 26 des statuts de l'Institution.

Les modifications apportées sont notifiées, par lettre avenant, à l'entreprise adhérente qui dispose d'un délai de deux mois, à compter de la date d'envoi de la lettre avenant pour refuser ces modifications.

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

En cas de non-acceptation de cet aménagement des garanties, notifiée par lettre recommandée avec avis de réception, dans le délai de deux mois précité, la Caisse Réunionnaise de Prévoyance sera fondée à procéder à la radiation de l'entreprise dans les conditions et modalités prévues à l'article 4.7 du présent Règlement.

7.1.2. Modalités des échanges entre l'Institution et l'entreprise adhérente

L'Institution et l'entreprise adhérente pourront convenir d'échanger par voie électronique, notamment s'agissant de l'envoi de lettres avenant, des notices d'informations, de l'évolution de ces documents, des déclarations que doit adresser l'entreprise et plus généralement de tous documents à échanger entre eux.

Au préalable, l'Institution et l'entreprise devront convenir, par convention, des modalités techniques d'échanges et d'archivage électronique dont elles décideront de conférer une valeur probante entre elles.

7.2. CLAUSE ATTRIBUTIVE

Tout différend entre l'Institution et l'Adhérent est de la compétence des Tribunaux du ressort du siège social de l'Institution.

7.3. CONTRÔLE DE L'INSTITUTION

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).

7.4. SUBROGATION

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

7.5. PRESCRIPTION

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

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

Elle est portée à dix ans pour les garanties liées à la vie humaine lorsque le bénéficiaire n'est pas le participant et pour la couverture du risque accident, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du participant décédé.

7.6. RÉCLAMATIONS

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
2bis Ruelle Pavée
BP 60766
97475 Saint-Denis cedex

7.7. MÉDIATION AUPRÈS DE LA FÉDÉRATION DES INSTITUTIONS PARITAIRES DE PROTECTION SOCIALE (FIPS)

Si vous n'êtes pas satisfait de la réponse apportée par nos services ou si aucune réponse ne vous a été apportée dans les 2 mois à compter de l'envoi de votre première réclamation écrite, vous avez la possibilité de saisir gratuitement le Médiateur de la protection sociale (FIPS). Cette saisine doit intervenir dans un délai d'un an à compter de votre réclamation écrite initiale.

La Charte de médiation mise en œuvre par l'Institution est communiquée sur simple demande.
Le recours au médiateur de la protection sociale (FIPS) s'adresse aux participants, aux bénéficiaires ou aux ayants droit ainsi qu'aux entreprises adhérentes de l'Institution.
La médiation est une procédure écrite. Les saisines sont rédigées en langue française.

Afin de faciliter le dépôt et le traitement de votre demande, nous vous invitons à privilégier la saisine du Médiateur via la plateforme en ligne :

https://www.fips-paritaire.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-fips/.

À défaut, vous pouvez adresser votre demande par voie postale, idéalement accompagnée du formulaire papier téléchargeable sur le site mentionné ci-dessus, à l'adresse suivante :

Médiation de la protection sociale (FIPS)
10 Rue Cambacérès
75008 PARIS

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 de la protection sociale (FIPS), le recours à la justice reste possible.

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

7.8. PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE 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)	
▪ 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	Consentement

Concernée ne s'y soit pas préalablement opposée ; ces communications pourront être personnalisées sur la base d'un profilage analytique (cf. Profilage, ci-après)	
▪ 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 (FIPS) 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	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

capitaux et le financement du terrorisme	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.

II. LES DISPOSITIONS RELATIVES AUX GARANTIES

ARTICLE 8. GARANTIE CAPITAL DÉCÈS

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

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.

8.1 CONDITIONS RELATIVES AU PARTICIPANT DECEDE

Pour que le capital décès puisse être versé, le participant devait être au jour de son décès, dans l'une des situations suivantes :

- Exercer une activité salariée ;
- Percevoir une indemnisation par Pôle Emploi ;
- Être bénéficiaire d'une pension invalidité ou percevoir des indemnités journalières de la Sécurité sociale (cf. article 4.1.1.2) ;
- Être bénéficiaire d'une rente d'accident du travail ou de maladie professionnelle (taux d'incapacité physique permanente supérieur ou égal à 66,66 %) ;
- Être en situation de maintien des droits ;
- Ne pas être dans une des situations d'exclusion définies aux articles 6.4.2 et 6.4.3 du présent Règlement Général.

Les anciens salariés qui viennent de quitter l'entreprise conservent, pendant un an maximum le bénéfice de leur couverture décès, dans le cadre de la portabilité.
La garantie capital décès prend fin dès l'entrée du participant à la retraite (cf. article 4.3.1).Ainsi les bénéficiaires d'un capital décès d'un participant ayant ouvert ses droits à la retraite, ne peuvent prétendre au versement d'un capital décès.

8.2 SITUATION DE FAMILLE DU PARTICIPANT

Lorsque les prestations sont liées à la situation de famille du participant, sont retenus pour le calcul de prestations :

Le conjoint : l'époux ou l'épouse du participant, non-séparé(e) judiciairement, ni divorcé(e), ou :

- le partenaire pacsé : la personne, quel que soit son sexe, ayant conclu avec l'assuré un pacte civil de solidarité 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,

Les enfants à charge au jour du décès sont 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.

8.3 Capital Décès toutes causes

Ce capital est exprimé en pourcentage de la base de calcul 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, et comporter des majorations pour enfants à charge.

La situation d'un participant lié par un Pacte civil de solidarité (PACS) est assimilée à celle d'un participant marié.

Le montant du capital est déterminé au Bulletin d'adhésion ou Contrat d'adhésion.

8.4 Perte totale et irréversible d'autonomie

La perte totale et irréversible d'autonomie est l'incapacité définitive et totale du participant d'exercer une activité professionnelle quelconque avec l'obligation de recourir à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie du participant, celui-ci peut recevoir par anticipation, et à sa demande, le capital prévu en cas de décès toutes causes, sous les conditions cumulatives suivantes :

- être classé avant son départ à la retraite en 3ème catégorie d'invalidité ou de bénéficier d'un taux d'incapacité permanente de 100% au titre de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles,

- et bénéficier de la majoration pour l'assistance d'une tierce personne de la Sécurité sociale.

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.

8.5 Capital supplémentaire en cas de Décès accidentel ou de perte totale et irréversible d'autonomie accidentelle

Un capital supplémentaire peut être versé 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 supplémentaire « 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 au Bulletin d'adhésion ou Contrat d'adhésion.

8.6 DÉSIGNATION PARTICULIÈRE DE BÉNÉFICIAIRES LIÉE À LA GARANTIE CAPITAL DÉCÈS

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

- au conjoint du participant non séparé judiciairement,
- à défaut au partenaire lié au participant par un pacte civil de solidarité.

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

Etant 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.

Les personnes vivant en concubinage ne sont pas considérées comme conjoint. Si 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 des outils digitaux de traitement de l'Institution ou en cas de délégation de gestion du présent contrat.

Lorsque le(s) bénéficiaire(s) est(sont) 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).

En tout état de cause, la part de capital correspondant aux majorations pour enfants est attribuée par parts égales à ceux-ci ou à leur représentant légal.

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

8.7 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 au Bulletin d'Adhésion ou Contrat d'adhésion.

8.8 GARANTIE FRAIS D'OBSÈQUES

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

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

8.9 PIÈCES JUSTIFICATIVES

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'Adhérent comprenant, notamment :

- une demande de prestations comportant l'attestation par l'Adhérent 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 bien 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.

8.10 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) A 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'Etat 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.

8.11 MAJORATION DES INTERETS LEGAUX EN CAS DE VERSEMENT TARDIF DES CAPITAUX

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.

A 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 ci-dessus, 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 ci-dessus, 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 premier 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.

ARTICLE 9. GARANTIE RENTE DE CONJOINT

Cette garantie 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 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. 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).**

Le maintien du versement de la rente est conditionné, chaque année, par la déclaration sur l'honneur du bénéficiaire que sa situation de famille n'a pas évolué, accompagnée d'un extrait d'acte de naissance datant de moins de 3 mois ou d'une copie d'avis d'imposition.

Faute de renvoi de cette déclaration dans les 30 jours suivant la date de la demande de l'Institution, le versement de la rente peut être suspendu jusqu'à réception de la déclaration par les services compétents. A 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.

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 l'assuré un pacte civil de solidarité 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.

9.1. RENTE VIAGÈRE

La rente viagère est versée tant que le conjoint ou partenaire pacsé est en vie.

Le montant de la rente viagère est égal au produit d'un pourcentage de la base tel que fixé au Bulletin d'adhésion ou Contrat d'adhésion et de la différence entre 65 ans (pour les cadres) ou 60 ans (pour les non cadres) et l'âge du participant à son décès, selon les dispositions prévues au Bulletin d'adhésion ou Contrat d'adhésion, soit la formule :

$$(65 - a) \times \% BC$$

ou

$$(60 - a) \times \% BC$$

Les valeurs utilisées représentant :

- % BC : un pourcentage de la base de calcul des prestations.
- a : l'âge du participant à son décès, calculé par différence entre l'année du décès et l'année de naissance.

Le différentiel entre l'année du 65ème ou du 60ème anniversaire et l'âge au décès est au minimum égal à 1.

9.2. RENTE TEMPORAIRE

La rente temporaire est versée jusqu'à ce que le conjoint puisse bénéficier de la pension de réversion du régime de retraite complémentaire obligatoire.

Le partenaire pacsé est assimilé au conjoint pour l'application de ces dispositions. Ses droits sont examinés par référence aux conditions d'attribution de la pension de réversion au conjoint par le régime de retraite complémentaire obligatoire.

Le montant de la rente temporaire est égal au produit d'un pourcentage de la base de calcul des prestations et du nombre d'années qui se sont écoulées entre l'année des 25 ans ou des 20 ans du participant, selon les dispositions prévues au bulletin ou contrat d'adhésion, et de celle de son décès, soit la formule :

$$(a-25) \times \% BC$$

ou

$$(a-20) \times \% BC$$

Les valeurs utilisées représentant :

- % BC : un pourcentage de la base de calcul des prestations.
- a : l'âge du participant à son décès, calculé par différence entre l'année du décès et l'année de naissance.

Le différentiel entre l'année du 25ème ou du 20ème anniversaire et l'âge au décès est au minimum égal à 1.

9.3. 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.

Ce capital est versé selon les clauses de la désignation particulière de bénéficiaire. À défaut, 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.

Le montant du capital est déterminé au Bulletin d'adhésion ou Contrat d'adhésion.

9.4. PAIEMENT ET DURÉE

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. 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.

9.5. PIÈCES 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'Adhérent comprenant, notamment :

- une demande de prestations comportant l'attestation par l'Adhérent 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,
  - une copie de la pièce d'identité du bénéficiaire des garanties,
  - 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 - Garantie rente de conjoint).

ARTICLE 10. RENTE D'ÉDUCATION

La garantie a pour objet d'assurer à chaque enfant à charge le service d'une rente d'éducation, en cas de décès du participant.

10.1 MONTANT DE LA RENTE D'ÉDUCATION

Le montant annuel de la rente temporaire, en pourcentage de la base de calcul des prestations, est fixé au bulletin d'adhésion ou contrat d'adhésion. Il peut être constant ou progressif selon l'âge de l'enfant.

L'Institution verse une rente temporaire à chaque enfant bénéficiaire, pour autant que les conditions d'attribution continuent d'être remplies.

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 au bulletin ou contrat d'adhésion.

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 handicapés.

10.2 DÉFINITION DES BÉNÉFICIAIRES

Sont considérés comme enfants à charge, les enfants du participant ou de son conjoint, de son partenaire pacsé, qui remplissent cumulativement les conditions suivantes :

D'une part :

4) être âgés de moins de 18 ans ;

5) être âgés de plus de 18 ans et de moins de 26 ans s'ils suivent des études secondaires ou supérieures, ou une formation en alternance ;

6) quel que soit leur âge, percevoir une allocation d'éducation pour enfant handicapé prévue à l'article L.541-1 du Code de la Sécurité sociale ou percevant l'allocation aux adultes handicapés prévue à l'article L.821-1 de ce code, sous réserve que leur incapacité ait été reconnue avant

leur 18ème anniversaire (ou avant leur 26ème anniversaire pour ceux qui respectaient les conditions du paragraphe précédent).

D'autre part :

- être fiscalement à la charge du participant, ou percevoir du participant une pension alimentaire déductible de son revenu imposable.

Enfin :

- ne pas exercer d'activité professionnelle ou n'exercer qu'une activité professionnelle procurant des revenus inférieurs à 55 % du SMIC.

10.3 PAIEMENTS ET DURÉE

La date d'effet de la rente d'éducation est fixée au premier jour du mois qui suit celui au cours duquel est survenu le décès du participant.

En cas de rente progressive, la majoration intervient au premier jour du trimestre civil suivant l'anniversaire de l'enfant. Les rentes sont payables par trimestre civil, à terme échu.

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

Toute modification de la situation de l'enfant à charge, autre que la limite d'âge prévue au règlement, doit être signalée sans délai à l'Institution.

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, le bulletin ou contrat d'adhésion peut prévoir que la rente sera majorée au premier jour du mois qui suit le décès du dernier parent.

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.

L'Institution demande annuellement de justifier que les enfants à charge continuent de remplir les conditions requises pour la poursuite du versement des prestations.

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.

10.4 PIÈCES JUSTIFICATIVES

Le règlement des prestations relatives aux rentes d'éducation est effectué après réception par l'Institution de l'ensemble des pièces justificatives transmises par l'Adhérent comprenant, notamment :

- une demande de prestations comportant l'attestation par l'Adhérent 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.

ARTICLE 11. GARANTIES INCAPACITÉ TEMPORAIRE - INVALIDITÉ

11.1. DÉFINITION DES GARANTIES

Les garanties incapacité temporaire et invalidité ont pour objet d'indemniser les participants, contraints par suite de maladie ou d'accident, d'interrompre partiellement ou totalement leur activité.

Ces garanties ne s'appliquent qu'aux seuls arrêts de travail ouvrant droit aux prestations en espèces de la Sécurité sociale, au titre de l'assurance maladie ou au titre de l'assurance des accidents du travail et maladies professionnelles.

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.

11.2. DEVOIR D'INFORMATION DU PARTICIPANT ET DE L'ENTREPRISE ADHERENTE EN CAS DE SINISTRE CAUSE PAR UN TIERS

Conformément à l'article 29-5 de la loi n°85-677 du 5 juillet 1985 dite Loi Badinter 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 est, pour le paiement des indemnités journalières et rentes d'invalidité, subrogée dans les droits et actions du participant, 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.

11.3. CONTROLE MEDICAL

L'Institution se réserve le droit, lors d'une demande de prestations et en cours de service, en matière d'incapacité et/ou d'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 peut également effectuer, elle-même, tous les contrôles et enquêtes administratifs 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 salarié 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 délai.

À 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 de l'assuré sur le contrôle médical, ou de refus avéré de l'intéressé de se soumettre aux visites et enquêtes jugées nécessaires par l'Institution, l'assuré 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.

11.4. GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE

11.4.1 Définition

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

Le versement des indemnités journalières complémentaires débute à l'issue d'une période d'incapacité de travail dénommée franchise continue, correspondant au nombre de jours consécutifs d'arrêt de travail fixée au bulletin d'adhésion ou contrat d'adhésion.

Le bulletin d'adhésion ou contrat d'adhésion peut 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 cet organisme, les indemnités de la Sécurité sociale sont :

- **réduites, les indemnités journalières complémentaires versées par l'Institution ne compenseront pas cette minoration,**

- **supprimées, le versement des indemnités journalières complémentaires sera suspendu.**

Pour les 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.

11.4.2 Rechute

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.

11.4.3 Paiement et durée des prestations

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 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 service des indemnités journalières cesse :

- à la date à laquelle prennent fin les 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 AGIRC-ARRCO, sauf en cas de cumul emploi-retraite ;

- au jour du décès du participant.

11.5. GARANTIE INVALIDITÉ

11.5.1. Définition

➢ *Invalidité d'origine non professionnelle*

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

▪ soit en invalidité permanente totale 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 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, au bulletin d'adhésion ou contrat d'adhésion.

➢ *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.

11.5.2 Paiement et durée 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 au sens du présent règlement, 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 AGIRC-ARRCO, ou la date à laquelle le participant atteint l'âge lui permettant de bénéficier de la retraite à taux plein ;

▪ en tout état de cause au décès du participant.

11.5.3 Fait générateur et salaire de référence

➢ *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.

- *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.

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.

11.6. REPRISE D'ACTIVITÉ

En cas de reprise d'activité, si le participant continue de bénéficier d'indemnités journalières ou d'une rente d'invalidité, l'Institution accorde des prestations complémentaires réduites dans la limite fixée par la règle de cumul définies au paragraphe 11.7 ci-dessous.

11.7. RÈGLE DU CUMUL

L'ensemble des prestations perçues par le participant au titre d'une incapacité temporaire de travail ou d'une invalidité permanente ne pourra être supérieur au salaire net du participant déterminé à la date d'arrêt de travail ou perçu avant l'invalidité.

L'ensemble des prestations est constitué par la rémunération versée par l'employeur ou un autre employeur en cas de reprise d'une activité rémunérée, les prestations versées en application du présent règlement, celles servies par la Sécurité sociale et tout autre organisme de prévoyance collective obligatoire ou celles versées par l'assurance chômage obligatoire.

Dans le cas où le participant reprend une activité partielle, le salaire sera reconstitué par application du taux d'activité à temps partiel au salaire de référence défini à l'article 11.5.3, revalorisé s'il y a lieu en application de l'article 6.2 du présent Règlement Général.

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

Le montant du salaire net doit être communiqué à l'Institution en même temps que la déclaration d'arrêt de travail.

Dans le cas où le participant 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.

Dans le cadre de cette règle de cumul, les éléments précités sont retenus pour leur montant net quel que soit le destinataire du paiement.

Le bénéficiaire d'une pension d'invalidité versée par la Sécurité sociale peut reprendre une activité professionnelle, rémunérée ou non, à temps plein ou partiel.

Cependant en cas de reprise d'activité et d'une rémunération à temps partiel, la rente d'invalidité versée par l'Institution est diminuée à due concurrence du montant versé par la Sécurité sociale au titre de la pension d'invalidité, dans la limite de la règle du cumul définie ci-dessus.

Par ailleurs, le montant des prestations versées au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ne peut excéder celui qui serait versé en cas de maladie ou d'accident de la vie privée.

11.8. PIÈCES JUSTIFICATIVES

Tout accident ou maladie entraînant un arrêt de travail pouvant donner lieu à prestations complémentaires d'incapacité temporaire ou d'invalidité doit être déclaré par courrier à l'Institution, accompagné 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,
- La notification d'attribution d'une pension d'invalidité,
- La notification d'attribution d'une rente pour accident du travail ou maladie professionnelle,
- La déclaration sur l'honneur du participant sur ses rémunérations,
- Les bulletins de paie ou un état des salaires des douze mois civils précédant l'évènement donnant lieu à prestation,
- Le relevé d'identité bancaire de l'Adhérent ou du participant,
- L'avis d'imposition (à fournir tous les ans pour les invalides),
- La déclaration sur l'honneur des personnes à charge du participant (à fournir tous les ans pour les invalides).

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.

Fait à Saint-Denis, le 11 juin 2026

Le président du conseil d'administration
Gérard D'ABBADIE



CRP/RGP/AGE11062026