

Accord professionnel
ENSEIGNEMENT PRIVÉ SOUS CONTRAT

ACCORD DU 4 MAI 2011
RELATIF À LA PRÉVOYANCE DES PERSONNELS NON CADRES
NOR : ASET1350464M

PRÉAMBULE

Un régime de prévoyance obligatoire au niveau national garantissant les risques incapacité, invalidité et décès a été instauré par l'accord du 28 novembre 2005.

Les partenaires sociaux ont décidé, d'une part, d'améliorer le niveau des garanties en harmonisant les prestations entre les salariés cadres et assimilés et non cadres et, d'autre part, de renforcer l'efficacité du dispositif de mutualisation professionnelle des risques notamment par un contrôle accru du régime.

A cet effet, les dispositions du présent accord révisent les dispositions de l'accord de prévoyance des personnels non cadres du 28 novembre 2005 et s'y substituent.

Article 1^{er}

Objet

Le présent accord a pour objet l'organisation au niveau national d'un régime de prévoyance obligatoire « incapacité-invalidité-décès » déterminant un ensemble de garanties identiques, au bénéfice de l'ensemble des salariés ayant le statut d'employés (appelés non-cadres dans le présent accord) en contrepartie de cotisations identiques dans leur taux et dans la répartition employeur-salarié.

L'efficacité du régime de prévoyance national des non-cadres est assurée par l'instauration d'un mécanisme de mutualisation des risques. Les partenaires sociaux s'inscrivent dans une démarche globale visant à maîtriser tous les aspects de cette mutualisation, notamment en veillant à une totale transparence des relations avec les organismes assureurs.

Cette mutualisation est organisée à travers l'adhésion obligatoire des établissements relevant du champ d'application de l'accord à un contrat de garanties collectives identiques pour tous les bénéficiaires visés à l'article 3, appelé « contrat d'assurance national des non-cadres », souscrit dans le cadre de la commission paritaire nationale de prévoyance des non-cadres auprès de l'un des organismes assureurs désignés à l'article 6, sur la base d'une formule contractuelle unique.

La mutualisation du risque est opérée par le biais d'un système de réassurance organisé avec les organismes assureurs désignés, en accord avec les parties au présent accord.

Les prestations supplémentaires ou de niveau supérieur qui pourraient être prévues par accord (local ou d'entreprise) ou par engagement unilatéral ne relèvent ni du présent accord ni de la mutualisation qu'il organise.

Le contrat d'assurance national des non-cadres, définissant notamment les prestations et leurs modalités d'application, est joint au présent accord (pièce n° 1).

Conformément aux dispositions légales, les organismes assureurs rédigent une notice d'information unique (pièce n° 2) résumant les prestations et expliquant les droits et obligations des bénéficiaires et des établissements. La notice d'information et toute version modifiée sera remise aux établissements par l'organisme assureur pour diffusion obligatoire aux salariés.

Le contrat d'assurance national est susceptible d'évoluer via la souscription d'avenants à ce contrat dans le cadre de la commission paritaire nationale de prévoyance des non-cadres selon les modalités prévues à l'article 7.1.2.

Les modifications portant sur les prestations et/ou les droits et obligations des bénéficiaires et des établissements donneront lieu à l'élaboration d'une nouvelle notice d'information unique par les organismes assureurs.

Article 2

Champ d'application

Cet accord s'applique aux établissements d'enseignement privé adhérant à l'un des organismes employeurs signataires et ayant passé un contrat avec l'Etat pour une ou plusieurs classes dans le cadre de l'article L. 442-1 du code de l'éducation.

Sous réserve d'une autorisation expresse, dans les conditions précisées à l'article 7.1.1 de la commission paritaire nationale de prévoyance des non-cadres, les organismes contribuant au fonctionnement des établissements désignés ci-dessus pourront adhérer, au profit de leurs salariés employés, au contrat d'assurance national des non-cadres.

Article 3

Bénéficiaires du régime

3.1. Définition des bénéficiaires

Le présent régime de prévoyance « Incapacité-invalidité-décès » bénéficie à l'ensemble des salariés non cadres rémunérés par les établissements et titulaires d'un contrat de travail quelle qu'en soit la nature, y compris les enseignants hors contrat.

3.2. Conditions de travail effectif et d'ancienneté

Pour bénéficier des garanties incapacité et invalidité, le salarié doit, à la date d'arrêt de travail, justifier de 1 mois au moins de travail effectif au cours des 18 derniers mois dans un ou plusieurs établissements relevant du champ d'application de l'accord.

Sont assimilées à des périodes de travail effectif les périodes ayant donné lieu au versement de prestations au titre du présent accord ainsi que toutes les périodes assimilées à du temps de travail effectif par la loi.

Cette condition ne s'applique pas :

- pour l'ouverture du droit à la garantie « décès et IAD » ;
- si l'état d'incapacité ou d'invalidité résulte d'un accident de travail survenu après l'embauche dans l'établissement ou d'une maladie professionnelle contractée dans l'établissement ;
- si le salarié justifie d'au moins 1 an d'ancienneté dans un ou plusieurs établissements relevant du champ d'application de l'accord.

Les dispositions du présent article s'appliquent sans préjudice de la mise en œuvre des dispositions légales ou conventionnelles par les employeurs relatives au « maintien de salaire » total ou partiel en cas de maladie ou d'accident.

3.3. Franchise

Pour les salariés dont l'ancienneté est inférieure à 1 an, le bénéfice des prestations « incapacité et invalidité » dues au titre du présent régime commence au 91^e jour d'arrêt de travail.

Pour les salariés dont l'ancienneté est d'au moins 1 an, les prestations « incapacité et invalidité » dues au titre du présent régime interviennent en complément et relais des dispositions légales ou conventionnelles imposant à l'employeur un « maintien de salaire » total ou partiel en cas de maladie ou d'accident.

L'ancienneté est appréciée au niveau d'un ou plusieurs établissements relevant du champ d'application de l'accord, quelles que soient les fonctions exercées.

Cette franchise ne s'applique pas pour l'ouverture du droit à la garantie « décès et IAD ».

3.4. Dispositions particulières s'agissant des salariés dont le contrat de travail est suspendu

3.4.1. Suspension rémunérée ou indemnisée

La couverture « incapacité-invalidité-décès » est maintenue, en cas de suspension du contrat de travail rémunérée ou indemnisée au titre du régime de sécurité sociale ou par le présent régime ou par l'employeur directement.

3.4.2. Congé parental d'éducation ou période d'activité à temps partiel pour élever un enfant

Les salariés en congé parental d'éducation bénéficient du maintien de la garantie « décès et IAD » sur la base du salaire brut antérieur, sans paiement d'une quelconque contribution, pendant une durée maximum de 2 mois de date à date à compter du jour de départ en congé.

De même, les salariés sollicitant une période d'activité à temps partiel pour élever un enfant bénéficient du maintien de la garantie « décès et IAD » sur la base du salaire brut antérieur, sans paiement d'une quelconque contribution sur la partie non travaillée, pendant une durée maximum de 2 mois de date à date à compter du début de la période.

À l'issue de cette période de 2 mois, le salarié peut contribuer volontairement aux garanties « décès et IAD » précitées pour la durée du congé parental d'éducation ou de la période d'activité à temps partiel pour élever un enfant, sur la base du salaire annuel brut correspondant aux 12 derniers mois d'activité. La demande de maintien de ces garanties au-delà des 2 mois de gratuité doit être faite par écrit simultanément à l'établissement employeur et à l'organisme assureur avant l'expiration du 2^e mois de gratuité.

Pour ce faire, il doit verser une cotisation ayant pour assiette, selon le cas :

- le salaire annuel brut de référence, pour le salarié en congé parental d'éducation total ;
- la différence entre le salaire brut de référence et le salaire brut perçu pendant la durée du temps partiel pour élever un enfant.

La cotisation afférente aux garanties précitées est réglée directement par le salarié auprès de l'organisme assureur.

Le taux de cotisation et les modalités de versement sont prévus dans le contrat d'assurance et rappelés dans la notice d'information.

3.4.3. Autres congés non rémunérés

Les salariés en congé non rémunéré bénéficient du maintien de la garantie « décès et IAD », sans paiement d'une quelconque contribution, pendant une durée maximum de 2 mois de date à date à compter du jour de départ en congé non rémunéré.

À l'issue de cette période de 2 mois, le salarié peut contribuer volontairement aux garanties « décès et IAD » précitées, dans la limite de 1 an à compter du jour du départ en congé, sur la base du salaire annuel brut correspondant aux 12 derniers mois d'activité. La demande de maintien de ces garanties au-delà des 2 mois de gratuité doit être faite par écrit simultanément à l'établissement employeur et à l'organisme assureur avant l'expiration du 2^e mois de gratuité.

La cotisation afférente aux garanties précitées est réglée directement par le salarié auprès de l'organisme assureur.

Le taux de cotisation et les modalités de versement sont prévus dans le contrat d'assurance et rappelés dans la notice d'information.

3.5. Dispositions particulières s'agissant des salariés bénéficiant d'un régime de préretraite progressive

En application des accords conclus avant la suppression du dispositif par la loi n° 2003-775 du 21 août 2003, et jusqu'à extinction :

- les garanties « incapacité-invalidité-décès » sont maintenues sur la base du salaire brut perçu pendant la période de préretraite progressive ;
- la garantie « décès et IAD » est également maintenue sur la base du revenu de remplacement.

Le taux de cotisation et les modalités de versement sont prévus au contrat d'assurance et rappelés dans la notice d'information.

3.6. Dispositions particulières s'agissant des salariés dont le contrat de travail est rompu

3.6.1. Préretraite totale

La garantie « décès et IAD » du régime de prévoyance est maintenue au bénéficiaire d'une préretraite totale, sous réserve que le salarié en fasse la demande à l'employeur et à l'assureur dans le mois qui précède la date de rupture du contrat de travail et que la cotisation due pour ce risque soit acquittée.

La cotisation de prévoyance est assise sur le revenu de remplacement déterminé au moment de la signature de la convention. Elle fait l'objet d'un versement unique au moment de la rupture du contrat de travail.

Le taux de cotisation et les modalités de versement sont prévus dans le contrat d'assurance et rappelés dans la notice d'information.

La cotisation est prise en charge pour partie par l'employeur selon une répartition à négocier dans l'établissement.

3.6.2. Chômage

La garantie « décès et IAD » est maintenue pendant 12 mois à compter de la fin du contrat de travail, pour tout salarié en chômage total bénéficiant d'une allocation à ce titre suite à un licenciement pour inaptitude à l'emploi sans possibilité de reclassement ou licenciement pour motif économique.

3.7. Cas des salariés ne remplissant pas les conditions de durée de travail ou d'affiliation suffisantes

Les salariés qui ne rempliraient pas, en cas d'arrêt de travail pour cause de maladie ou d'accident, les conditions de cotisation et de durée d'activité nécessaires à l'ouverture du droit aux prestations en espèces de la sécurité sociale en application des dispositions de l'article R. 313-3 du code de la sécurité sociale, tout en remplissant les conditions requises aux articles 3.2 et 3.3 du présent accord, percevront néanmoins les prestations incapacité et invalidité prévues par le présent régime.

Celles-ci seront calculées comme si l'intéressé était prestataire de la sécurité sociale.

Article 4

Prestations

Les prestations faisant l'objet du présent accord sont celles prévues par le contrat d'assurance national des non-cadres (pièce n° 1).

Il définit notamment l'assiette et les modalités de revalorisation des prestations.

Elles sont résumées dans la notice d'information (pièce n° 2) et regroupées dans les catégories suivantes :

- capital décès, majoration du capital ou rente éducation ;
- incapacité ;
- invalidité.

Le service des prestations résulte de la seule responsabilité des organismes assureurs, l'engagement de l'établissement ne portant que sur le paiement des cotisations.

Les prestations sont susceptibles d'évoluer dans les conditions prévues à l'article 7.1.2.

Article 5

Financement

5.1. Assiette

Les cotisations sont calculées sur le salaire brut servant de base à la déclaration annuelle des salaires transmise à l'administration fiscale.

Aucune cotisation de prévoyance n'est due à l'organisme assureur sur les prestations du régime liquidées et versées par ses soins pendant toute la période de versement des dites prestations aux salariés ou anciens salariés bénéficiaires.

5.2. Taux et répartition de la cotisation

La cotisation servant au financement du régime de prévoyance « incapacité-invalidité-décès » s'élève à un montant correspondant à 1,95 % du salaire brut visé à l'article 5.1.

Cette cotisation est prise en charge par les établissements et par les salariés dans les proportions suivantes :

(En pourcentage.)

GARANTIE	PART EMPLOYEUR	PART SALARIÉ
Incapacité		0,60
Invalidité	0,80	
Décès et IAD	0,55	

Le taux et la répartition de la cotisation sont identiques pour tous et ouvrent droit à des prestations identiques. Ils sont susceptibles d'évoluer dans les conditions prévues à l'article 7.1.2.

Article 6

Organismes assureurs

Les organismes désignés pour assurer la couverture des risques incapacité-invalidité-décès sont :

- AG2R Prévoyance ;
- APICIL Prévoyance ;
- Arpège Prévoyance ;
- Uniprévoyance ;
- CARCEL Prévoyance ;
- SERVIR Mutuelle.

Conformément à l'article L. 912-2 du code de la sécurité sociale, les parties signataires du présent accord devront, dans un délai qui ne pourra excéder 5 ans à compter de la date d'effet du présent accord, réexaminer le choix des organismes assureurs désignés ci-dessus. A cet effet, elles se réuniront 6 mois avant l'échéance à l'initiative de la partie la plus diligente.

Les présentes dispositions n'interdisent pas aux parties, avant l'expiration de cette période quinquennale, de modifier la désignation des organismes assureurs.

En cas de changement d'organisme assureur, les rentes en cours de service seront revalorisées selon le même mode que le contrat précédent, conformément aux exigences de l'article L. 912-3 du code de la sécurité sociale.

Les garanties décès seront également maintenues au profit des personnes bénéficiant des prestations incapacité ou invalidité à la date d'effet de la résiliation du contrat d'assurance.

Enfin, les bases de calcul des différentes prestations relatives à la couverture du risque décès, seront, dans ce cas, au moins égales à celles déterminées par le contrat de l'organisme assureur qui a fait l'objet de la résiliation, et les prestations décès continueront à être revalorisées après la résiliation du contrat d'assurance, lorsqu'elles prennent la forme de rente.

Article 7

Commissions paritaires

7. 1. Commission paritaire nationale de prévoyance des non-cadres (CPNPNC)

7.1.1. Composition et missions générales

La commission paritaire nationale de prévoyance des non-cadres est composée de représentants des organisations signataires du présent accord, à raison de deux représentants de chacune des organisations syndicales de salariés représentatives dans la profession et d'un nombre égal de représentants des organismes employeurs.

Un président et un secrétaire appartenant, l'un au collège des employeurs, l'autre au collège des salariés, sont désignés pour 1 an et en alternance de collège. Ces désignations prennent effet au 1^{er} janvier suivant.

La commission paritaire nationale de prévoyance des non-cadres :

- examine et contrôle les résultats de la gestion administrative et financière du régime institué par le présent accord ;
- suit l'évolution du régime et étudie toute mesure utile ;
- fait évoluer, dans les conditions fixées à l'article 7.1.2, les prestations et les cotisations ;
- a la compétence exclusive d'interprétation des dispositions du présent accord ;
- statue sur toute difficulté pouvant se présenter dans l'application de l'accord national ;
- définit les orientations d'utilisation du fonds social ;
- se prononce sur la demande d'adhésion volontaire des structures ou établissements visés à l'article 2, alinéa 2, du présent accord. Dans ce cas, la CPNPNC prend sa délibération à l'unanimité des deux collèges. Chaque collège s'exprime à la majorité absolue des organismes le composant, présents ou représentés.

Pour ce faire, la commission paritaire nationale de prévoyance des non-cadres se réunit au moins une fois par an.

La commission peut être convoquée à la demande de l'une des parties signataires.

Elle peut également être saisie par les commissions paritaires (inter)régionales, (inter)départementales ou (inter)diocésaines.

7.1.2. Evolution du régime

Toute demande de modification du contrat d'assurance national émanant soit de l'une des parties signataires, soit de l'un des organismes assureurs désignés sera adressée à la commission paritaire nationale de prévoyance des non-cadres.

Après examen, la commission peut autoriser la conclusion d'un avenant au contrat national d'assurance, pouvant notamment porter sur le montant des prestations, le taux ou la répartition des cotisations.

Elle prend sa délibération à l'unanimité des deux collèges. Chaque collège s'exprime à la majorité absolue des organismes le composant présents ou représentés.

Les organismes assureurs devront rédiger une nouvelle notice d'information qui sera remise aux salariés.

La commission peut, selon les mêmes modalités, décider de l'application d'un taux d'appel inférieur ou supérieur aux taux mentionnés à l'article 5.2 pour une durée maximale de 1 an.

7.2. Commission paritaire (inter)régionale, (inter)départementale ou inter(diocésaine) de prévoyance des non-cadres

Les commissions paritaires régionales et départementales ci-dessous désignées CPRPNC/CPDPNC sont constituées à l'image de la commission paritaire nationale de prévoyance des non-cadres.

Par délégation de la commission paritaire nationale de prévoyance des non-cadres, la CPRPNC/CPDPNC assure le relais au niveau local.

A ce titre :

- elle émet un avis sur les difficultés pouvant survenir localement dans l'application de l'accord national ou le traitement des dossiers des bénéficiaires ;
- elle peut être saisie en cas de litiges dans l'application du présent accord ou du contrat d'assurance national.

En cas de désaccord persistant ou de nécessité d'une interprétation du texte national, le litige sera porté devant la commission paritaire nationale de prévoyance des non-cadres ;

- dans le cadre des grandes orientations définies par la commission paritaire nationale de prévoyance des non-cadres pour les fonds sociaux, elle assure la liaison entre le participant et l'organisme assureur et elle émet un avis sur les dossiers de demandes. Elle rend compte annuellement à la CPNPNC ;
- la CPRPNC/CPDPNC veille à garantir localement un lien avec les organismes assureurs dans le présent accord ; à cet effet, elle assure un service d'assistance technique au profit des établissements et des bénéficiaires.

La CPRPNC/CPDPNC peut, de façon distincte, conclure et suivre des accords spécifiques prévoyant des garanties supplémentaires et les cotisations afférentes. Ces garanties supplémentaires n'entrent ni dans la solidarité nationale ni dans la gestion du suivi prévues par le présent accord.

Article 8

Fonds social

Les bénéficiaires du régime auront accès au fonds social constitué au niveau du régime.

Le fonds social aura vocation à connaître des situations exceptionnelles et individuelles rencontrées par les bénéficiaires qui justifieraient l'attribution d'une aide spécifique du régime.

Le fonds social du régime n'intervient qu'après la sollicitation du fonds social de l'organisme assureur auquel adhère l'établissement ou à défaut de l'aide de cet organisme.

La commission paritaire nationale de prévoyance des non-cadres décidera des orientations de l'utilisation du fonds social et de sa gestion pour l'octroi des aides accordées par le fonds dans le cadre du financement fixé par le présent accord.

La CPNPPCA suivra annuellement l'application des orientations décidées et les montants ou les aides alloués à ce titre.

Le règlement intérieur de la CPNPPCA détermine les modalités d'application du présent article.

Article 9

Information des salariés

La notice d'information est rédigée par les organismes assureurs et remise aux établissements pour diffusion obligatoire aux salariés.

Toute modification des droits et obligations des bénéficiaires donnera lieu à la rédaction, par les organismes assureurs, d'une nouvelle notice d'information qui sera remise par les établissements aux salariés.

Les établissements remettent à chaque salarié et à tout nouvel embauché la notice d'information détaillée.

Article 10

Durée et entrée en vigueur de l'accord

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée. Il entre en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2011.

Article 11

Révision et dénonciation

11.1. Révision

Les parties signataires du présent accord ont la faculté de le modifier.

La demande de révision, qui peut intervenir à tout moment à l'initiative de l'une des parties signataires, doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception aux autres signataires et au président de la commission paritaire nationale de prévoyance des non-cadres, accompagnée du projet de révision envisagé.

En accord avec le secrétaire, le président convoque la commission paritaire nationale de prévoyance des non-cadres pour examiner cette proposition dans un délai de 3 mois à compter de la réception de la demande.

Après avis de la CPNPNC, son président convoque les partenaires sociaux en vue d'une négociation.

L'éventuel avenant de révision est négocié et conclu dans les formes prévues par le code du travail.

11.2. Dénonciation

Les parties signataires du présent accord ont également la possibilité de le dénoncer, dans les conditions prévues par le code du travail, moyennant un préavis de 3 mois. Cette dénonciation par l'une des parties signataires doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception aux autres signataires et au président de la commission paritaire nationale de prévoyance des non-cadres.

En accord avec le secrétaire, le président de la commission convoque les partenaires sociaux dans un délai de 3 mois à compter de la réception de la notification afin d'envisager l'éventuelle conclusion d'un accord de substitution à l'issue du délai de préavis de 3 mois.

L'accord dénoncé continue à produire effet jusqu'à l'entrée en vigueur du nouvel accord qui lui est substitué ou, à défaut, pendant une durée de 1 an à compter de l'expiration du préavis de 3 mois.

Article 12

Dépôt et publicité

Le présent accord fera l'objet, à la diligence des parties, des formalités de dépôt et de publicité dans les conditions prévues par le code du travail.

Fait à Paris, le 4 mai 2011.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisations patronales :

FNOGEC ;
SNCEEL ;
UNETP ;
SYNADIC ;
SYNADEC.

Syndicats de salariés :

SPELC ;
FEP CFDT ;
SNEC CFTC ;
SNPEFP CGT ;
SYNEP CFE-CGC ;
FNEC FP FO.

ANNEXE I

PIÈCE N° 1 : CONTRAT D'ASSURANCE NATIONAL DES PERSONNELS NON CADRES

TITRE I^{ER}

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article I.1

Objet du contrat

Le présent contrat d'assurance national a pour objet la mise en œuvre des garanties de prévoyance du personnel non cadre des établissements d'enseignement privé entrant dans le champ d'application de l'accord de prévoyance du 4 mai 2011, ci-après annexé, à savoir l'ensemble des salariés non cadres sous contrat de travail à la date d'effet de l'adhésion ainsi que ceux embauchés ultérieurement dans la catégorie.

Ce contrat prend place dans le cadre d'un dispositif global composé :

- de l'accord de prévoyance des personnels non cadres du 4 mai 2011 régissant les rapports employeurs/salariés, signé par les partenaires sociaux ;
- du présent contrat d'assurance national, souscrit auprès de chacun des organismes assureurs désignés dans l'accord de prévoyance des personnels non cadres du 4 mai 2011, par les signataires dudit accord ;
- du bulletin d'adhésion signé par l'adhérent et l'organisme assureur ;
- d'un système, mis en place avec l'accord et sous le contrôle des partenaires sociaux, de réassurance, de rétrocession de réassurance et de conventions de gestion techniques et administratives, organisant la mutualisation professionnelle de la couverture et la gestion du régime entre l'ensemble des organismes désignés dans l'accord de prévoyance du 4 mai 2011.

Les organismes assureurs désignés se sont engagés à proposer l'adhésion à ce contrat à l'ensemble des établissements entrant dans le champ d'application de l'accord sur la base d'un modèle unique, à l'exception des nécessaires adaptations résultant des différences entre les codes de la mutualité et de la sécurité sociale. Il en ira de même des procédures d'adhésion et des différents documents contractuels.

Les établissements relevant de l'accord de prévoyance des personnels non cadres du 4 mai 2011 doivent obligatoirement adhérer à effet du 1^{er} janvier 2011 à ce contrat d'assurance national proposé par un des organismes désignés.

Il fait suite et se substitue à celui précédemment souscrit par l'établissement pour l'application de l'accord du 28 novembre 2005 auprès du même assureur. La signature du bulletin d'adhésion au présent contrat par chaque établissement vaut, d'un commun accord des parties, résiliation du contrat précédent.

Le maintien des garanties aux salariés en incapacité ou en invalidité dont le contrat de travail n'est pas rompu et des prestations dues au titre du contrat précédent sera organisé dans le cadre du présent contrat comme il est dit à l'article I.4 du présent contrat.

Le présent contrat ne pourra être modifié sans l'accord préalable de la commission paritaire nationale de prévoyance.

Dans l'hypothèse où l'adhérent souhaiterait souscrire des garanties supérieures à celles prévues par le régime professionnel, ce régime supplémentaire ne pourrait être pris en compte au titre des résultats du présent contrat et devrait faire l'objet d'un acte séparé.

Il en sera de même pour tout accord paritaire local.

Pour l'application du présent contrat :

- le mot « organisme assureur » désigne la mutuelle ou l'institution de prévoyance garantissant les prestations ;
- le mot « adhérent » désigne l'employeur, personne physique ou personne morale, adhérente au présent contrat ;
- le mot « souscripteur » désigne les partenaires sociaux signataires de l'accord de prévoyance du 4 mai 2011 et du présent contrat ;
- le mot « participant » désigne le salarié assuré ;
- le mot « bénéficiaire » désigne la personne qui perçoit les prestations détaillées dans le présent contrat.

Il s'agit d'un contrat collectif obligatoire, au sens du code de la sécurité sociale ou du code de la mutualité.

Celui-ci est régi par la loi française. Tout document en découlant est établi en langue française.

La commission paritaire nationale de prévoyance des non-cadres peut autoriser l'adhésion des organismes contribuant au fonctionnement des établissements d'enseignement privé adhérent à l'un des organismes employeurs signataires de l'accord de prévoyance des personnels non cadres du 4 mai 2011 dans les conditions prévues à l'article I.2, alinéa 2, dudit accord.

Article I.2

Adhésion de l'établissement au présent contrat

Pour adhérer au présent contrat, l'établissement remplit et signe un bulletin d'adhésion, établi selon un modèle national.

L'engagement réciproque de l'adhérent et de l'organisme assureur résulte de la signature du bulletin d'adhésion par les deux parties.

La signature du bulletin d'adhésion par l'organisme assureur vaut acceptation du risque, sous réserve que le bulletin d'adhésion soit retourné signé par l'adhérent dans les 30 jours suivant la date de réception du bulletin d'adhésion.

L'organisme assureur met à disposition de l'adhérent ses statuts afin notamment de l'informer des modalités de la participation de l'adhérent et des participants à la gouvernance de l'organisme assureur. Si l'organisme assureur est mutualiste, il transmet ses statuts à l'adhérent pour diffusion auprès des participants.

Les éventuelles modifications apportées au contrat dans les conditions de l'article I.3.2 ou sa résiliation seront portées à la connaissance de l'adhérent par l'organisme assureur.

Article I.3

Durée, révision et résiliation

I.3.1. Durée

Ce contrat est conclu pour une durée déterminée de 1 an à compter du 1^{er} janvier 2011 et se termine le 31 décembre de la même année. Il se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année civile.

I.3.2. Révision

Conformément aux dispositions de l'accord de prévoyance du 4 mai 2011, le contrat d'assurance national est susceptible d'évoluer via la rédaction d'avenants dans le cadre de la commission paritaire nationale de prévoyance.

Si une décision législative ou réglementaire ou bien une modification de l'accord de prévoyance venait à modifier les conditions préexistantes de l'assurance ou la portée des engagements de l'organisme assureur, les parties réviseront, à la date d'effet des modifications en cause, le présent contrat.

I.3.3. Résiliation du contrat d'assurance national

Les parties au présent contrat peuvent le résilier.

La résiliation est notifiée à l'autre partie par lettre recommandée avec avis de réception au moins 2 mois avant l'échéance annuelle du contrat, soit le 31 octobre de l'année en cours.

L'organisme assureur adressera la lettre recommandée avec avis de réception au président de la commission paritaire nationale de prévoyance, qui en communiquera la teneur aux autres parties signataires de l'accord de prévoyance des personnels non cadres du 4 mai 2011.

Les signataires de l'accord de prévoyance des personnels non cadres du 4 mai 2011 notifieront cette résiliation par lettre recommandée avec avis de réception auprès de l'organisme assureur via un mandat donné à deux d'entre eux appartenant chacun à un collège.

La résiliation entraîne à sa date d'effet la cessation des garanties, sous réserve des dispositions concernant le maintien des garanties des participants en incapacité ou en invalidité à la date de résiliation. En tout état de cause, l'adhésion cesse à la date d'effet de la dénonciation de l'accord national fondant le présent contrat ou à la date d'effet à laquelle l'organisme assureur n'est plus désigné.

En cas de résiliation du présent contrat, les rentes et prestations périodiques en cours sont maintenues jusqu'à leur échéance normale au niveau atteint à la date de résiliation et sans revalorisation ultérieure.

Les partenaires sociaux signataires de l'accord de prévoyance des personnels non cadres du 4 mai 2011 pourront demander le transfert des provisions mathématiques des rentes et prestations périodiques en cours de service et dont le fait générateur s'est produit pendant l'application du présent contrat auprès de l'un ou de plusieurs organismes assureurs désignés, sur la base des prestations au niveau atteint à la date de résiliation et des paramètres techniques réglementaires en vigueur à cette date.

I.3.4. Résiliation de l'adhésion

L'adhérent peut dénoncer son adhésion au présent contrat par lettre recommandée avec avis de réception, au moins 2 mois avant l'échéance du contrat, soit le 31 octobre de l'année en cours, sous réserve d'adhérer à l'un des autres organismes assureurs désignés par l'accord du 4 mai 2011.

L'adhésion prend fin lorsqu'il n'y a plus de participant entrant dans le champ d'application du présent contrat. La résiliation entraîne à sa date d'effet la cessation des garanties, sauf maintien des prestations dans les conditions de l'article I.4 « Prise en charge des risques en cours ».

L'adhésion au présent contrat est remise en vigueur dans les mêmes conditions que celles de l'article I.2 du présent contrat, dès lors qu'un participant cotise au régime.

Article I.4

Prise en charge des risques en cours

Sont considérés comme sinistres en cours les sinistres concernant les personnes se trouvant dans l'une des situations suivantes à la prise d'effet du contrat :

- les salariés et anciens salariés se trouvant en incapacité temporaire de travail, en temps partiel thérapeutique, en invalidité ou incapacité permanente et étant indemnisés à ce titre au 31 décembre 2010 ;
- les bénéficiaires de rentes éducation percevant une prestation au 31 décembre 2010.

Les parties conviennent d'organiser, en application de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (dite loi Evén), de la loi n° 94-678 du 8 août 1994 relative à la protection complémentaire et de

la loi n° 2001-624 du 21 juillet 2001, la prise en charge des sinistres en cours par les organismes assureurs désignés à l'article 6 de l'accord du 4 mai 2011, dans les conditions suivantes.

Pour les établissements précédemment assurés au titre de l'accord du 28 novembre 2005 auprès d'un des organismes assureurs désignés à l'article 6 de l'accord du 4 mai 2011 :

- les organismes assureurs désignés garantissent le maintien des garanties décès aux assurés en arrêt de travail pour incapacité ou invalidité dont les droits à prestations sont nés antérieurement au 31 décembre 2010, et ce pendant toute la durée de leur indemnisation ainsi que les revalorisations annuelles futures de l'assiette de calcul des prestations en cas de décès ;
- les organismes assureurs désignés garantissent aussi le maintien et la revalorisation annuelle des prestations périodiques en cours de service au 31 décembre 2010 ;
- les organismes assureurs désignés prennent en charge également le différentiel des garanties décès pour les salariés définis ci-dessus dont le contrat de travail n'est pas rompu au 1^{er} janvier 2011.

Pour les établissements précédemment assurés auprès d'un organisme assureur non désigné à l'article 6 de l'accord du 4 mai 2011 :

- les organismes assureurs désignés garantissent la revalorisation annuelle future des prestations périodiques en cours de service à la date d'adhésion au présent contrat ;
- les organismes assureurs désignés prennent en charge également le différentiel des garanties décès pour les salariés définis ci-dessus dont le contrat de travail n'est pas rompu à la date d'adhésion au présent contrat ;
- les organismes assureurs désignés prennent en charge, le cas échéant, le différentiel de 1/10 des provisions décès pour les salariés dont le contrat de travail n'est pas rompu à la date d'adhésion au présent contrat et qui sont en arrêt de travail à cette date avec une origine d'arrêt antérieure au 1^{er} janvier 2002.

Pour les établissements non précédemment assurés qui viendraient à appliquer l'accord du 4 mai 2011 et à souscrire le présent contrat :

- les organismes assureurs désignés garantissent la prise en charge et la revalorisation annuelle des prestations périodiques des personnes en arrêt de travail inscrites aux effectifs à la date d'adhésion au présent contrat.

Article I.5

Redressement, sauvegarde, liquidation judiciaire

La garantie subsiste en cas de redressement, sauvegarde ou de liquidation judiciaire de l'adhérent. L'administrateur ou le débiteur autorisé par le juge-commissaire ou le liquidateur, selon le cas, et l'organisme assureur conservent le droit de résilier l'adhésion pendant un délai de 3 mois à compter de la date du jugement de redressement, de sauvegarde ou de liquidation judiciaire. Le liquidateur s'engage à payer les cotisations relatives au maintien des garanties prévu pendant cette période de 3 mois, la portion de cotisation afférente au temps pendant lequel l'organisme assureur ne couvre plus le risque étant restituée au débiteur.

Article I.6

Cessation et suspension des garanties

I.6.1. Cessation des garanties

Les participants cessent d'être garantis lors de la survenance de l'un des événements suivants :

- résiliation du présent contrat national d'assurance ou de l'adhésion ;
- rupture du contrat de travail du participant sous réserve des dispositions du présent contrat en cas de préretraite progressive, de préretraite totale, de licenciement économique ou pour inaptitude avec impossibilité de reclassement ;
- sortie du participant du champ d'application du présent contrat ;

- liquidation de la retraite de sécurité sociale, sauf cumul emploi-retraite dans les établissements et organismes visés dans l'accord de prévoyance des personnels non cadres du 4 mai 2011.

I.6.2. Suspension des garanties

Congé parental d'éducation. – Temps partiel d'éducation

Autres congés non rémunérés

Les participants bénéficiant d'un congé parental d'éducation ou d'un temps partiel d'éducation ou d'un congé non rémunéré peuvent demander le maintien des garanties prévues au titre II-I « Garantie décès et invalidité absolue et définitive (IAD) ».

Les modalités de ce maintien sont définies à l'annexe 3.

I.6.3. Maintien de garanties décès et invalidité absolue et définitive en cas de chômage total

En application de l'article 3.6.2 de l'accord de prévoyance des personnels non cadres du 4 mai 2011, la garantie « décès et IAD » est maintenue, sans contrepartie de cotisation, pendant 12 mois à compter de la fin du contrat de travail, pour tout salarié en chômage total bénéficiant d'une allocation de Pôle emploi suite à un licenciement pour inaptitude à l'emploi sans possibilité de reclassement ou licenciement pour motif économique.

La base des prestations est le salaire annuel brut tel que défini au présent contrat et correspondant aux 12 derniers mois d'activité.

La demande individuelle d'affiliation doit être adressée à l'organisme assureur dans les 2 mois suivant la rupture du contrat de travail du participant.

Le maintien de la garantie cesse en tout état de cause :

- à la date de fin d'indemnisation de Pôle emploi ;
- au terme d'une période maximum de 12 mois ;
- à la date de liquidation de la pension de retraite de la sécurité sociale ;
- en cas de résiliation du présent contrat, de la garantie maintenue ou du présent maintien.

Article I.7

Cotisations

Les taux et la répartition de la cotisation sont fixés dans l'accord de prévoyance des personnels non cadres du 4 mai 2011. Ils sont identiques et ouvrent droit à des prestations identiques.

Ils sont rappelés dans le bulletin d'adhésion.

Les parties au présent contrat peuvent s'accorder sur la création et la durée d'un taux d'appel dans les conditions prévues dans l'accord de prévoyance des personnels non cadres du 4 mai 2011.

Article I.8

Assiette des cotisations

En application de l'article 5.1 de l'accord de prévoyance des personnels non cadres du 4 mai 2011, l'assiette des cotisations est le salaire brut servant de base à la déclaration annuelle des salaires transmise à l'administration fiscale, sous réserve des dispositions prévues aux différentes annexes.

Article I.9

Païement des cotisations

Les cotisations sont payables trimestriellement à terme échu.

L'adhérent est seul responsable du paiement des cotisations. A ce titre, il procède lui-même à leur calcul et à leur versement.

Chaque adhérent est débiteur de l'ensemble des cotisations dues avant la date de la résiliation, y compris la part salariale éventuelle, et ce quelle que soit la cause de ladite résiliation.

Aucune cotisation de prévoyance n'est due à l'organisme assureur sur les prestations du régime liquidées et versées par ses soins pendant toute la période de versement desdites prestations aux participants.

Article I.10

Non-paiement des cotisations

A défaut de paiement des cotisations dans les 10 jours suivant leur échéance, l'adhérent défaillant est mis en demeure par lettre recommandée d'effectuer son règlement.

Celui-ci est toujours redevable de la cotisation auprès de l'organisme assureur ayant recueilli son adhésion.

Cette cotisation sera majorée d'une pénalité de 2 % par mois ou par fraction de mois de retard. Les frais de recouvrement sont mis à la charge de l'adhérent.

Lors de la présentation des comptes, l'organisme assureur informera la commission paritaire nationale de prévoyance des incidents de paiement.

Les participants restent affiliés au régime et continuent à bénéficier des garanties, lesquelles sont financées dans le cadre de la mutualisation.

Article I.11

Bordereau nominatif annuel, formalités

I.11.1. L'adhérent fait parvenir à l'organisme assureur, au plus tard au 31 janvier suivant la fin de chaque exercice, sa DADS.

Il peut être demandé chaque trimestre les renseignements concernant les nouveaux participants et les participants radiés, notamment les dates d'entrée et de sortie.

I.11.2. L'adhérent informera l'organisme assureur de toute transformation intervenant dans sa situation juridique ou économique dans les meilleurs délais.

L'adhérent tient ses états de salaire et de personnel à la disposition de l'organisme assureur pour consultation éventuelle.

Article I.12

Prestations

Le montant et les modalités de service des prestations sont définis au titre II « Garanties ».

Article I.13

Prescription

Toute action dérivant du présent contrat ou de l'adhésion se prescrit par 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

Lorsque l'action de l'adhérent ou du participant contre l'organisme assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'adhérent ou le participant ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à :

- 5 ans en ce qui concerne le risque incapacité de travail si l'organisme assureur est une institution de prévoyance ;
- 10 ans concernant le risque « décès et IAD » lorsque le bénéficiaire n'est pas le participant.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription. Celle-ci peut en outre résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception.

Article I.14

Assiette des prestations

I.14.1. Garantie décès-invalidité absolue et définitive

L'assiette de calcul des prestations est égale aux salaires bruts soumis à cotisation au titre du présent régime et perçus au cours des 12 mois civils précédant l'événement ouvrant droit à prestations et déclarés à l'administration fiscale.

Cette assiette est revalorisée en fonction de la valeur du point ARRCO entre la date d'arrêt de travail et la date du nouveau fait générateur (décès-invalidité absolue et définitive-double effet).

I.14.2. Garantie incapacité de travail-invalidité permanente

L'assiette de calcul des prestations est égale aux salaires nets perçus au cours des 12 mois civils précédant l'événement ouvrant droit à prestations, c'est-à-dire aux salaires bruts déclarés à l'administration fiscale déduction faite des cotisations sociales salariales.

Si le participant entrait dans le champ d'application du présent contrat depuis moins de 12 mois au moment de l'arrêt de travail, l'assiette de prestations est calculée comme si le participant était entré dans le champ depuis 12 mois.

Si le participant appartenait depuis moins de 12 mois à l'emploi dans lequel il est classé au moment de l'arrêt de travail, l'assiette des prestations est calculée comme si le participant était classé depuis 12 mois dans ce dernier.

Cette assiette est revalorisée en fonction de la valeur du point :

- de la fonction publique entre la date d'arrêt de travail et la date de passage en invalidité, si cette dernière est antérieure au 1^{er} janvier 2011 ;
- ARRCO entre la date d'arrêt de travail et la date de passage en invalidité, si cette dernière est postérieure au 31 décembre 2010.

I.14.3. Dispositions communes

Toutefois, l'assiette des prestations est reconstituée *pro rata temporis* à partir des salaires correspondant aux mois civils de présence à temps complet au sein de l'adhérent lorsque :

- la période d'assurance est inférieure à 12 mois ;
- le salaire a été réduit ou supprimé au cours de la période de référence, en cas d'arrêt de travail pour maladie ou accident.

Lors de la demande de prestations, l'adhérent atteste que le participant appartenait bien à la catégorie de personnel garantie à la date de l'événement ouvrant droit aux prestations, et déclare ses éléments de salaires bruts et nets perçus formant le traitement de base.

L'organisme assureur peut demander les justifications nécessaires et se réserve le droit de vérifier l'exactitude des déclarations de salaires sur pièces.

Article I.15

Exclusions, risques non garantis

Les garanties décès s'appliquent sans restriction territoriale, quelle qu'en soit la cause.

Toutefois, en cas de guerre ou de transmutation de l'atome, la garantie n'aura d'effet que dans les conditions qui seront déterminées par la législation à intervenir sur les assurances sur la vie en temps de guerre ou en cas de transmutation de l'atome.

Enfin, en cas de meurtre du participant par un bénéficiaire, celui-ci est déchu de ses droits.

Article I.16

Notice d'information

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

L'adhérent est tenu de remettre cette notice à chaque participant. L'organisme assureur remet à l'adhérent le nombre d'exemplaires correspondant au nombre de participants.

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

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

Chaque organisme assureur indiquera les modalités de ses actions sociales ou de ses aides accessibles aux participants en annexe de cette notice.

Article I.17

Election de domicile

Pour la souscription et l'exécution des adhésions établies en vue de l'application de l'accord de prévoyance des personnels non cadres du 4 mai 2011, les adhérents doivent faire obligatoirement élection de domicile en France ou dans un pays membre de l'Union européenne.

Si l'adhérent a son siège social en dehors du territoire français, il doit désigner dans ce territoire un correspondant qui se porte garant de l'exécution du contrat notamment en ce qui concerne le paiement des cotisations.

Article I.18

Législation relative au traitement des données à caractère personnel

L'adhérent s'engage à communiquer à l'organisme assureur les informations concernant les participants dans le strict respect de la législation relative au traitement des données à caractère personnel en vigueur. Ces informations pourront être communiquées au réassureur, aux organismes professionnels habilités, ainsi qu'à tous ceux intervenant dans la gestion et l'exécution de l'adhésion.

En retour, les participants ont un libre accès aux informations les concernant, conformément à la législation précitée en vigueur. Pour les consulter, s'y opposer, ou demander leur rectification, il leur suffit de prendre contact avec l'organisme assureur.

Article I.19

Recours contre tiers responsable

En cas d'accident, l'organisme assureur est subrogé de plein droit dans les actions à entreprendre contre le tiers responsable dans la limite des prestations à caractère indemnitaire qu'il a versées à un participant ou à un ayant droit.

Article I.20

Contrôle de l'organisme assureur

L'organisme assureur est soumis au contrôle de l'autorité de contrôle prudentiel (ACP) située au 61, rue Taitbout, 75009 Paris.

Article I.21

Fausse déclaration

Les déclarations faites tant par l'adhérent, et le cas échéant par une personne habilitée, que par le participant servent de base à la garantie. A ce titre, elles constituent un élément essentiel de l'adhésion, aussi l'organisme assureur se réserve la possibilité de vérifier les données communiquées.

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de l'adhérent, l'organisme assureur pourra demander l'annulation de l'adhésion. En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle du participant, la garantie accordée à celui-ci est nulle.

Dans ces deux cas, les cotisations payées demeurent acquises à l'organisme assureur.

Article I.22

Médiation

Toutes les réclamations d'un participant et d'un adhérent relatives à l'exécution du contrat devront être envoyées à l'organisme assureur.

Si un désaccord persistait après la réponse donnée par l'organisme assureur et après épuisement des procédures internes de réclamations, les entreprises adhérentes, les participants, bénéficiaires et ayants droit pourront s'adresser au médiateur du CTIP pour les organismes relevant du code de la sécurité sociale et au médiateur de la FNMF pour les organismes relevant du code de la mutualité, sans préjudice d'une action devant la commission paritaire régionale, la commission paritaire nationale ou le tribunal compétent.

Les conditions d'accès au médiateur du CTIP ou de la FNMF seront alors communiquées au demandeur sur simple demande à l'organisme assureur.

TITRE II

GARANTIES

CHAPITRE I^{ER}

GARANTIE DÉCÈS-INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE (IAD)

Article II.1

Objet de la garantie

La garantie décès a pour objet, si un participant décède ou est atteint, pendant la durée de l'assurance, d'une invalidité absolue et définitive, le paiement aux bénéficiaires désignés d'un capital, sous réserve des exclusions visées à l'article I.15 du présent contrat, à savoir :

- le versement d'un capital de base en cas de décès du participant ;
- le versement de majoration pour personne à charge en cas de décès du participant ;
- le versement anticipé du capital décès de base en cas d'invalidité absolue et définitive ;
- le versement d'un second capital au profit de chaque enfant à charge en cas de décès postérieur ou simultané du conjoint.

En cas d'enfant à charge, la majoration pour personne à charge pourra, sur demande de chaque enfant ou de son représentant légal, être substituée par le service d'une rente éducation.

Le choix est alors effectué, au moment du décès du participant, par tout enfant bénéficiaire de la majoration pour enfant à charge. Lorsque celui-ci ne bénéficie pas de la capacité juridique, le choix est effectué par son représentant légal.

Article II.2

Montant de la garantie

Décès du participant

Le montant du capital de base garanti est fixé à 300 % de l'assiette des prestations définie à l'article I.14 du présent contrat.

Ce capital est majoré de 150 % de l'assiette des prestations définie à l'article I.14 du présent contrat, par personne à charge.

En cas d'enfant à charge, la majoration pour personne à charge pourra, sur demande de chaque enfant ou de son représentant légal, être substituée par le service d'une rente éducation dont le montant est fixé en pourcentage de l'assiette des prestations définie à l'article I.14 du présent contrat, comme suit :

- de moins de 6 ans : 6 % ;
- de 6 ans à moins de 16 ans : 9 % ;
- de 16 ans jusqu'au 23^e anniversaire : 15 %.

Invalidité absolue et définitive (IAD)

En cas d'invalidité absolue et définitive d'un participant pendant la période d'assurance, le capital de base prévu ci-dessus est versé par anticipation au participant ou à son représentant légal. L'invalidité absolue et définitive est celle définie à l'article II.4 ci-après.

En cas de décès ultérieur du participant, il n'est alors plus versé de capital de base. Seules les éventuelles majorations pour personnes à charge sont calculées et versées au moment du décès du participant en fonction de la situation de famille à cette date et dans les conditions définies à l'article II.4 du présent chapitre.

Décès postérieur ou simultané du conjoint ou du pacsé

En cas de décès postérieur ou simultané du conjoint ou du partenaire avec lequel le participant était lié par un pacte civil de solidarité au moment du décès, chaque enfant bénéficiaire reçoit un second capital égal à la majoration pour enfant à charge versé au moment du décès du participant.

Le conjoint, le partenaire avec lequel le participant était lié par un pacte civil de solidarité et les enfants bénéficiaires sont ceux définis à l'article II.4 ci-après.

Article II.3

Bénéficiaires

Décès du participant

Désignation type :

En cas de décès d'un participant, et dans la mesure où il n'a fait aucune désignation particulière, le capital de base est versé par priorité :

- à son conjoint survivant non divorcé ni séparé judiciairement ;
- à défaut, à son partenaire survivant avec lequel il était lié par un pacte civil de solidarité au jour du décès ;
- à défaut, par parts égales, à ses enfants (légitimes, reconnus ou adoptifs) vivants ou représentés ;
- à défaut, à ses parents, par parts égales, et en cas de décès de l'un d'eux, au survivant pour la totalité ;
- à défaut, à ses autres ascendants vivants, par parts égales ;
- à défaut, à ses héritiers, selon la dévolution successorale.

En tout état de cause, la part de capital correspondant aux majorations pour conjoint ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou enfants à charge doit rester dévolue à ceux-ci pour la part qui leur revient.

Pour être bénéficiaire du capital décès, le concubin doit avoir fait l'objet d'une désignation particulière.

Désignation particulière :

Le participant peut désigner un ou plusieurs bénéficiaires de son choix.

Le participant doit informer l'organisme assureur de sa désignation particulière par écrit. Elle peut prendre la forme d'un acte sous seing privé ou d'un acte authentique. En tout état de cause, chaque désignation particulière devra avoir été reçue par l'organisme assureur avant le décès du participant.

Lorsque l'organisme assureur est informé du décès, il avise le bénéficiaire, si ses coordonnées ont été portées à sa connaissance lors de la désignation.

En tout état de cause, la désignation type des bénéficiaires s'applique dans les cas suivants :

- si tous les bénéficiaires désignés décèdent avant le participant ;
- ou si le participant et tous les bénéficiaires désignés décèdent ensemble au cours d'un même événement sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès. Dans ce cas, le participant est présumé avoir survécu.

En cas de prédécès d'un bénéficiaire, la part lui revenant sera versée à ses enfants vivants ou représentés par parts égales et à défaut à ses héritiers au sens de la dévolution successorale.

Décès postérieur ou simultané du conjoint ou pacsé

Le capital y afférent est versé à l'enfant bénéficiaire tel que défini à l'article II.4 ci-après s'il jouit de la capacité juridique ou à son représentant légal, dans le cas contraire.

Article II.4

Définitions

Personnes à charge

Sont considérés comme personnes à charge :

- le conjoint (époux ou épouse du participant non divorcé ni séparé judiciairement) à charge, reconnu comme tel par le code de la sécurité sociale ;
- le partenaire avec lequel le participant était lié par un pacte civil de solidarité au moment du décès (dans les conditions prévues aux articles L. 515-1 et suivants du code civil) à charge, reconnu comme tel par le code de la sécurité sociale ;
- les enfants du participant, qu'ils soient légitimes, reconnus, ou adoptifs, sous réserve de remplir les conditions cumulatives suivantes :
 - être âgés de moins de 23 ans ;
 - vivre au foyer ou entrer en ligne de compte pour la détermination du nombre de parts en vue du calcul de l'impôt sur le revenu ;
 - ne pas avoir commencé à exercer une activité professionnelle rémunérée continue à temps plein depuis plus de 3 mois (les enfants effectuant des stages de formation professionnelle ou sous contrat d'apprentissage ne sont pas considérés comme exerçant une activité rémunérée).

Toutefois, les enfants du participant, qu'ils soient légitimes, reconnus ou adoptifs, sont considérés comme à charge sans limitation de durée en cas d'invalidité avant le 21^e anniversaire, équivalente à l'invalidité de 2^e catégorie ou 3^e catégorie de la sécurité sociale justifiée par un avis médical du médecin-conseil de l'organisme assureur ou tant qu'ils bénéficient de l'allocation d'adulte handicapé et qu'ils sont titulaires de la carte d'invalidité civile.

La situation de famille à retenir est celle existant au moment du décès.

Toutefois, l'enfant né viable moins de 301 jours après le décès du participant entre en ligne de compte pour le calcul du capital. La majoration du capital correspondante est réglée sur présentation d'un extrait de l'acte de naissance.

Invalidité absolue et définitive

L'invalidité absolue et définitive est assimilée au décès si l'état du participant le conduit à remplir les conditions cumulatives suivantes :

- se produire au cours de la période des garanties ;
- donner lieu à reconnaissance par la sécurité sociale d'une invalidité de 3^e catégorie ou d'une pension d'incapacité permanente supérieure ou égale à 80 % au titre de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles l'obligeant à recourir sa vie durant à l'aide d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie.

Le capital est versé au participant lui-même ou à son représentant légal. Le versement du capital met fin à la garantie capital décès de base du participant.

Décès postérieur ou simultané du conjoint ou du pacsé

Cette garantie s'applique en complément de la garantie capital décès décrite à l'article II.2 du présent contrat, en cas de décès du conjoint non remarié ou du partenaire avec lequel le participant était lié par un pacte civil de solidarité, que le décès du conjoint ou du partenaire avec lequel le participant était lié par un pacte civil de solidarité soit simultané ou postérieur au décès du participant, et alors qu'il reste des enfants à charge.

Par décès simultané, il faut entendre le décès des deux conjoints au cours d'un même événement sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès.

Par décès postérieur, il faut entendre le décès du conjoint dans les 12 mois qui suivent le décès du participant.

Les bénéficiaires sont les enfants encore à charge du conjoint ou du partenaire avec lequel le participant était lié par un pacte civil de solidarité tels que définis ci-dessus, dans la mesure où ils étaient déjà à la charge du participant lors de son décès.

En cas de décès du participant et du ou des bénéficiaires au cours d'un même événement sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès, le participant est présumé avoir survécu. Cependant, cette clause ne fait pas échec à la liquidation des prestations prévues au présent paragraphe.

Cette garantie cesse pour l'ensemble des enfants en cas de résiliation de l'adhésion entre le décès du participant et celui du conjoint survivant.

Article II.5

Durée et paiement de la rente éducation

Le montant de la rente est progressif avec l'âge de l'enfant. L'augmentation du montant de la rente intervient le premier jour du mois civil qui suit l'anniversaire de l'enfant, selon les tranches d'âge définies à l'article II.2 ci-dessus.

La rente est payable trimestriellement, à terme échu, sous condition de vie.

La rente prend effet au jour du décès du participant. Elle cesse le jour précédant la date à laquelle l'enfant cesse d'être bénéficiaire.

Chaque rente est versée à l'enfant bénéficiaire s'il a la capacité juridique ou à son représentant légal dans le cas contraire.

La justification de l'existence et des droits des enfants bénéficiaires pourra être demandée par l'organisme assureur lors de chaque paiement.

Article II.6

Revalorisation des rentes éducation

Les rentes sont revalorisées en fonction de l'évolution de la valeur du point ARRCO entre la date du décès et la date d'échéance trimestrielle de la prestation correspondante.

Les conséquences de la résiliation d'adhésion sur la présente garantie sont précisées à l'article I.3 du présent contrat.

Article II.7

Pièces à fournir en cas de sinistre

L'adhérent constitue, pour chaque sinistre, un dossier de demande de prestations en utilisant l'imprimé mis à sa disposition par l'organisme assureur.

Ce dossier doit être accompagné des pièces justificatives suivantes :

1. En cas de décès

Dans tous les cas :

1. Extrait d'acte de décès original.
2. Copie intégrale du ou des livrets de famille.
3. Le cas échéant, le choix de l'option retenue par le(s) bénéficiaire(s) (majoration pour enfant à charge ou rente éducation).
4. Extrait d'acte de naissance, comportant les mentions marginales et datant de moins de 3 mois, du participant décédé et du ou des bénéficiaires.
5. Copie des bulletins de salaire correspondant au 12 mois précédant l'arrêt de travail ou le décès.

En complément :

6. Si le décès est précédé d'un arrêt de travail : bordereau de la sécurité sociale précisant les périodes indemnisées.
7. S'il existe des personnes à charge (au sens du contrat d'adhésion) : en tout état de cause, photocopie de la dernière feuille d'imposition ou une attestation du centre d'imposition.
8. En cas de versement d'une rente éducation, sera demandé chaque année soit un certificat de scolarité, soit une attestation d'inscription à Pôle emploi et, à défaut, une attestation sur l'honneur d'absence d'activité à temps plein rémunérée depuis 3 mois.
9. Si le bénéficiaire est mineur : ordonnance du juge des tutelles autorisant le règlement sous la responsabilité de l'administrateur légal.
10. Si le participant est célibataire, veuf ou divorcé : acte de notoriété ou certificat d'hérédité ou de propriété établi par le greffe du tribunal d'instance.
11. En cas de disparition du participant : document fourni par le tribunal compétent entérinant les faits.
12. Photocopie de la carte nationale d'identité des bénéficiaires s'ils sont différents du conjoint et/ou des enfants à charge.
13. En cas de divorce et si le participant n'avait pas la garde des enfants, copie du jugement de divorce.
14. Photocopie du pacte civil de solidarité délivré par le greffe du tribunal d'instance.
15. Copie de l'attestation de la sécurité sociale du participant décédé.

2. En cas d'invalidité absolue et définitive

1. Attestation médicale fournie par l'organisme assureur et complétée par le médecin traitant.
2. Copie certifiée conforme du livret de famille.
3. Le cas échéant, les pièces justificatives prévues en cas de décès énumérées au point 8.

4. Le cas échéant, les pièces justificatives prévues en cas de décès du participant énumérées aux points 2, 4 et 8 du paragraphe ci-dessus.
5. Notification d'attribution de la sécurité sociale d'une rente de 3^e catégorie d'invalidité ou d'une rente dont le taux d'incapacité permanente est supérieur ou égal à 80 % et faisant apparaître l'allocation pour tierce personne.

En tout état de cause, l'organisme assureur pourra demander toutes pièces utiles à l'instruction du dossier.

CHAPITRE II

GARANTIE INCAPACITÉ DE TRAVAIL-INVALIDITÉ PERMANENTE

Article II.8

Objet de la garantie

La garantie incapacité de travail-invalidité permanente définie au présent chapitre a pour objet, si un participant est en état d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité permanente pour maladie, accident, congé de maternité, congé de paternité ou congé d'adoption pendant la durée de validité des garanties, le service de prestations périodiques.

Ces prestations périodiques sont versées sous forme :

- d'indemnités journalières complémentaires, en cas d'incapacité temporaire totale ou partielle de travail survenue pendant la période d'affiliation du participant et ouvrant droit aux prestations en espèces de la sécurité sociale au titre de l'assurance maladie ;
- de rentes complémentaires, en cas d'invalidité permanente survenue pendant la période d'affiliation du participant et ouvrant droit à la pension d'invalidité de la sécurité sociale ;
- d'indemnités journalières ou de rentes complémentaires d'invalidité, en cas d'incapacité temporaire ou d'incapacité permanente survenue pendant la période d'affiliation du participant et ouvrant droit aux prestations en espèces de la sécurité sociale au titre de la législation sur les accidents du travail et maladies professionnelles.

Dans l'hypothèse où les indemnités journalières perçues de la sécurité sociale ou de tout autre organisme seraient réduites pour cause de sanction, celles-ci seront réputées avoir été versées à leur taux normal pour le calcul des prestations servies par l'organisme assureur.

Les participants qui ne rempliraient pas en cas d'arrêt de travail pour cause de maladie ou d'accident, les conditions de durée d'activité nécessaires à l'ouverture du droit aux prestations en espèces de la sécurité sociale, tout en remplissant les conditions requises aux articles II.10 et II.11 ci-dessous percevront néanmoins de l'organisme assureur les prestations incapacité de travail et invalidité permanente prévues au présent chapitre. Celles-ci seront calculées sous déduction d'une prestation sécurité sociale reconstituée.

Article II.9

Admission au titre de la garantie

L'admission au titre de la garantie incapacité de travail-invalidité permanente concerne :

- le participant présent au travail au jour de la prise d'effet de l'adhésion ;
- le participant en arrêt de travail à cette date dans les conditions prévues à l'article I.4 du présent contrat.

Article II.10

Conditions de travail effectif et d'ancienneté

Pour bénéficier des garanties incapacité temporaire de travail-invalidité permanente, le participant devra, à la date d'arrêt de travail, justifier de 1 mois au moins de travail effectif au cours des

18 derniers mois dans un ou plusieurs établissements relevant du champ d'application de l'accord du 4 mai 2011.

Sont assimilées à des périodes de travail effectif les périodes ayant donné lieu au versement de prestations en application dudit accord ainsi que toutes les périodes assimilées à du temps de travail effectif par la loi.

Ces conditions ne s'appliquent pas si :

- l'état d'incapacité ou d'invalidité résulte d'un accident du travail survenu après l'embauche dans l'établissement ou d'une maladie professionnelle contractée dans l'établissement ;
- le participant justifie d'au moins 1 an d'ancienneté continue ou discontinue dans un ou plusieurs établissements relevant de l'accord du 4 mai 2011.

INCAPACITÉ DE TRAVAIL

Article II.11

Indemnités journalières complémentaires

Tout participant qui remplit les conditions prévues par l'article II.10 du présent chapitre et qui, durant la période d'affiliation, a dû cesser son travail par suite de maladie, d'accident, de congé de maternité, de congé de paternité ou de congé d'adoption et qui perçoit des indemnités journalières de la sécurité sociale, peut bénéficier d'indemnités journalières complémentaires.

Franchise

L'indemnité journalière est versée :

- pour les participants ayant moins de 1 an d'ancienneté : après 90 jours continus d'arrêt de travail, soit au 91^e jour ;
- pour les participants ayant au moins 1 an d'ancienneté : à compter de l'expiration de la période de maintien de salaire total et/ou en complément du maintien de salaire partiel, résultant des accords en vigueur chez l'adhérent ou de la législation en vigueur.

L'ancienneté est appréciée dans les établissements relevant de l'accord du 4 mai 2011, quelles que soient les fonctions exercées.

La franchise est décomptée à partir du premier jour d'arrêt de travail. Toute période de travail dans le cadre d'un temps partiel pour raison thérapeutique prise en charge par la sécurité sociale est considérée comme période d'interruption de travail prise en compte pour le calcul de la franchise. Toutefois, la période du congé légal ou conventionnel de maternité, de paternité ou d'adoption n'est pas prise en considération pour la détermination de la franchise.

Montant des indemnités journalières complémentaires

Le montant de l'indemnité journalière, versée au participant, est fixé à 92 % de la 365^e partie du salaire net annuel défini à l'article I.14 du présent contrat sous déduction des prestations versées au même titre par la sécurité sociale nettes de charges sur les revenus de remplacement (CGS, CRDS) et éventuellement du salaire net partiel maintenu par l'adhérent.

En cas de dépassement de cette limite, les prestations servies par l'organisme assureur seraient alors réduites à due concurrence.

Les prestations incapacité pour les périodes d'indemnisation débutant postérieurement au 31 décembre 2010, pour les salariés relevant des accords du 28 novembre 2005, ne seront pas minorées en cas de versement de primes, rappels de salaire, augmentations de salaires sur activité partielle ou augmentations des indemnités versées par la sécurité sociale.

Dans tous les cas, le participant ne pourra percevoir plus de 100 % du salaire net de référence afférent à la période indemnisée (y compris les salaires et indemnités versées par la sécurité sociale

nettes de charges sur les revenus de remplacement [CGS, CRDS] et autres organismes assureurs, hors évolutions et primes perçues ultérieurement).

Cas particulier du participant ayant repris une activité dans le cadre d'un temps partiel pour raison thérapeutique : lorsqu'un participant reprend son activité au service de l'adhérent dans le cadre d'un temps partiel pour raison thérapeutique le montant de l'indemnité journalière est porté de 92 % à 100 % de la 365^e partie du salaire net défini à l'article I.14 du présent contrat.

Dans tous les cas, le participant ne pourra percevoir plus de 100 % du salaire net de référence afférent à la période indemnisée (y compris les salaires et indemnités versées par la sécurité sociale nettes de charges sur les revenus de remplacement [CGS, CRDS] et autres organismes assureurs, hors évolutions et primes perçues ultérieurement).

Article II.12

Paiement et durée des indemnités journalières complémentaires

Les indemnités journalières de l'organisme assureur sont servies sur présentation des décomptes de la sécurité sociale.

Elles sont servies tant que dure l'incapacité de travail et que le participant perçoit les indemnités journalières de la sécurité sociale.

Pendant toute la durée du contrat de travail liant le participant à l'adhérent, les indemnités journalières sont versées à l'adhérent. Après rupture du contrat de travail, les indemnités journalières sont versées au participant.

Elles cessent :

- au jour où les indemnités de la sécurité sociale prennent fin ;
- à la date d'attribution par la sécurité sociale d'une pension d'invalidité ou d'une rente d'incapacité permanente ou d'une pension pour inaptitude ;
- au jour où le participant obtient la liquidation d'une pension vieillesse de la sécurité sociale, sauf dans le cas d'un cumul emploi-retraite.

Les conséquences au regard du service des indemnités journalières de l'organisme assureur d'une résiliation de l'adhésion de l'adhérent sont exposées à l'article I.3 du présent contrat.

Article II.13

Reprise du travail, rechute

Tout nouvel arrêt de travail imputable à une maladie ou à un accident ayant déjà donné lieu à paiement des indemnités journalières complémentaires et qui est indemnisé sans délai de franchise par la sécurité sociale est considéré comme une rechute.

INVALIDITÉ PERMANENTE

Article II.14

Invalidité permanente

Tout participant classé en invalidité à la suite d'une maladie ou d'un accident survenu pendant la période d'affiliation et bénéficiant à ce titre d'une pension de 1^{re}, 2^e ou 3^e catégorie versée au titre de l'article L. 341-1 du code de la sécurité sociale bénéficie d'une rente complémentaire d'invalidité.

En vue de la détermination du montant de la pension, les participants sont classés dans l'une des catégories d'invalidité visées à l'article L. 341-4 du code de la sécurité sociale :

- 1^{re} catégorie : invalides capables d'exercer une activité rémunérée ;
- 2^e catégorie : invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque ;

- 3^e catégorie : invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession, sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

Montant de la rente

Le montant annuel de la rente, versée au participant, est fixé à 92 % du salaire net défini à l'article I.14 du présent contrat sous déduction des prestations versées au même titre par la sécurité sociale nettes de charges sur les revenus de remplacement (CGS, CRDS) et éventuellement du salaire net partiel maintenu par l'adhérent, dans la limite de la règle de cumul visée ci-dessous. Ce montant est porté à 94 % du salaire net concernant les participants classés postérieurement au 31 décembre 2010 en invalidité 3^e catégorie.

En cas de classement en invalidité 3^e catégorie, la rente versée par l'organisme assureur sera complétée d'une indemnité forfaitaire égale à 50 % de la majoration pour tierce personne versée à la personne classée en invalidité 3^e catégorie par la sécurité sociale.

Lorsqu'un participant reprend une activité d'une durée au moins égale au quart du temps complet, le montant annuel de la rente est égal à 100 % du salaire net antérieur revalorisé sous déduction des rentes servies par la sécurité sociale nettes de charges sur les revenus de remplacement (CGS, CRDS) et du salaire perçu dans le cadre de son activité professionnelle.

Les prestations invalidité pour les périodes d'indemnisation débutant postérieurement au 31 décembre 2010, pour les salariés relevant des accords du 28 novembre 2005, ne seront pas minorées en cas de versement de primes, rappels de salaire, augmentations de salaires sur activité partielle ou augmentations des indemnités versées par la sécurité sociale.

Dans tous les cas, le participant ne peut percevoir un montant total, tous salaires et prestations confondus (à l'exclusion de la majoration pour tierce personne versée par la sécurité sociale), supérieur à son salaire net d'activité revalorisé (hors évolutions et primes perçues ultérieurement au titre du temps travaillé) reconstitué sur la base du temps d'activité déclaré au moment du fait générateur.

Article II.15

Paie et durée des rentes d'invalidité

Les rentes complémentaires d'invalidité sont servies sur présentation des décomptes de la sécurité sociale, trimestriellement, à terme échu, le premier et le dernier terme pouvant ne comprendre qu'un prorata de rente.

Elles sont servies tant que dure l'invalidité et que le participant perçoit une pension d'invalidité de la sécurité sociale.

Elles cessent :

- au jour où le participant cesse de percevoir la pension d'invalidité de la sécurité sociale ;
- au jour du décès du participant ;
- à la date d'attribution d'une pension pour inaptitude au travail ;
- au jour où le participant obtient la liquidation d'une pension de vieillesse de la sécurité sociale.

Article II.16

Dispositions applicables en cas d'accident de travail ou de maladie professionnelle

1. En cas d'incapacité temporaire

Les modalités et durée de paiement de cette prestation sont identiques à celles des indemnités journalières complémentaires telles que définies aux articles II.11, II.12 et II.13 du présent contrat.

2. En cas d'incapacité permanente

L'incapacité permanente :

- d'un taux supérieur ou égal à 66 % et inférieur à 80 % est assimilée à l'invalidité 2^e catégorie ;
- d'un taux supérieur ou égal à 80 % est assimilée à l'invalidité 3^e catégorie.

Les modalités et durée de paiement de cette prestation sont identiques à celles des rentes invalidité telles que définies aux articles II.14 et II.15 du présent contrat.

Le paiement de cette prestation cesse en tout état de cause :

- au jour où la sécurité sociale détermine un taux d'incapacité inférieur à 66 % ;
- à la date d'attribution d'une pension pour inaptitude au travail ;
- au jour où le participant obtient la liquidation d'une pension de vieillesse de la sécurité sociale.

DISPOSITIONS COMMUNES

Article II.17

Déclaration des arrêts de travail

Tout accident ou maladie entraînant un arrêt de travail donnant lieu à prestations complémentaires doit être déclaré par écrit par l'adhérent à l'organisme assureur, au moyen du formulaire mis à sa disposition. Cette déclaration précisant la date d'arrêt de travail doit être faite dans les 6 mois suivant la date de l'arrêt de travail.

En cas de déclaration tardive au-delà de ce délai de 6 mois, le service des prestations pourrait ne prendre effet qu'à la date de déclaration effective.

En tout état de cause, aucune déclaration présentée au-delà du délai de prescription prévu à l'article I.13 du présent contrat après l'arrêt de travail ne pourra être prise en considération.

Formalités

L'adhérent devra remettre à l'organisme assureur toutes pièces utiles à l'instruction du dossier et notamment :

- la demande de prestations ;
- les décomptes et notification de la sécurité sociale.

Article II.18

Revalorisation des prestations

Les prestations sont revalorisées :

- participant dont la date d'incapacité de travail est antérieure au 1^{er} janvier 2011 : en fonction de la valeur du point de la fonction publique entre la date d'arrêt de travail et la date d'échéance de la prestation correspondante ;
- participant dont la date d'incapacité de travail est postérieure au 31 décembre 2010 : en fonction de la valeur du point ARRCO entre la date d'arrêt de travail et la date d'échéance de la prestation correspondante ;
- participant dont la date d'invalidité permanente est antérieure au 1^{er} janvier 2011 : en fonction de la valeur du point de la fonction publique entre la date d'arrêt de travail et la date d'échéance de la prestation correspondante ;
- participant dont la date d'invalidité permanente est postérieure au 31 décembre 2010 : en fonction de la valeur du point ARRCO entre la date d'arrêt de travail et la date d'échéance de la prestation correspondante.

Les revalorisations sont financées par le fonds de revalorisation, alimenté notamment par une partie des cotisations qui lui est spécialement affectée.

Les conséquences de la résiliation de l'adhésion sont précisées à l'article I.3 du présent contrat.

ANNEXE 1

Maintien des garanties au personnel bénéficiant d'un dispositif de préretraite progressive

Les garanties sont maintenues, dans les conditions prévues ci-après, aux participants bénéficiant d'un dispositif de préretraite progressive et percevant des allocations de Pôle emploi, y compris pendant les délais de carence appliqués par le régime de Pôle emploi.

1. Effet

Les demandes d'affiliation doivent être adressées à l'organisme assureur par l'adhérent dans le mois suivant la mise en préretraite progressive.

La date d'effet de la garantie individuelle est celle de la mise en préretraite progressive ou la date d'effet de l'adhésion pour le personnel déjà en préretraite progressive.

2. Garanties maintenues

Les garanties suivantes sont maintenues sous réserve du paiement de la cotisation prévue au paragraphe 5 ci-dessous :

- capital décès-invalidité absolue et définitive ;
- rente éducation ;
- double effet ;
- incapacité de travail-invalidité permanente.

3. Base de cotisation

Garantie décès-IAD

La base des cotisations des garanties prévues au titre II, chapitre I^{er} « Garantie décès-IAD », est le salaire brut perçu pendant la période de préretraite progressive auquel il convient d'intégrer le revenu de remplacement, qui supporte les cotisations d'assurance maladie de la sécurité sociale, versé par Pôle emploi.

Garanties incapacité de travail-invalidité permanente

La base des cotisations des garanties prévues au titre II, chapitre II « Garantie incapacité de travail-invalidité permanente », est le salaire net perçu pendant la période de préretraite progressive.

4. Base des prestations

La base de prestations est égale à la base des cotisations.

5. Cotisation

Le taux de cotisation est celui prévu pour le personnel en activité.

6. Cessation

Le maintien des garanties cesse, en tout état de cause :

- à la date de fin d'indemnisation de Pôle emploi ;
- à la date de liquidation de la pension de retraite de la sécurité sociale ;
- en cas de résiliation de l'adhésion, des garanties concernées ou de la présente annexe.

ANNEXE 2

Maintien des garanties au personnel bénéficiant d'un dispositif de préretraite totale

Les garanties sont maintenues, dans les conditions prévues ci-après, aux participants dont le contrat de travail est rompu pour mise en position de préretraite, et percevant des allocations de Pôle emploi, y compris pendant les délais de carence appliqués par le régime de Pôle emploi.

1. Effet

Les demandes individuelles d'affiliation doivent être adressées à l'organisme assureur dans le mois qui précède la rupture du contrat de travail de l'intéressé.

La date d'effet de la garantie individuelle est celle de la rupture du contrat de travail ou la date d'effet de l'adhésion pour le personnel déjà en préretraite.

2. Garanties maintenues

Les garanties suivantes sont maintenues sous réserve du paiement de la cotisation prévue au paragraphe 5 ci-dessous :

- capital décès-invalidité absolue et définitive ;
- rente éducation ;
- double effet.

3. Base de cotisation

La base des cotisations est le revenu de remplacement brut versé par Pôle emploi.

4. Base des prestations

La base de prestations est égale à la base des cotisations.

5. Cotisation

Le taux de cotisation est fixé à 0,55 % de la base de cotisation prévue ci-dessus.

La cotisation est payable d'avance par versement unique, par l'adhérent au moment de la rupture du contrat de travail.

6. Cessation

Le maintien de garanties cesse, en tout état de cause :

- à la date de fin d'indemnisation de Pôle emploi ;
- à la date de liquidation de la pension de retraite de la sécurité sociale ;
- en cas de résiliation de l'adhésion, de la garantie concernée ou de la présente annexe.

ANNEXE 3

Maintien des garanties au personnel en congé parental d'éducation ou temps partiel d'éducation ou en congé non rémunéré

Les garanties sont maintenues, dans les conditions prévues ci-après, aux participants :

- en congé parental d'éducation intégral ou temps partiel d'éducation pour élever un enfant de moins de 3 ans, pendant toute la durée du congé ;
- ou en congé non rémunéré pour une durée de 12 mois maximum.

1. Effet

Les demandes individuelles d'affiliation doivent être adressées à l'organisme assureur dans les 2 mois suivant la suspension du contrat de travail ou la date d'effet de l'adhésion pour le personnel dont le contrat de travail est déjà suspendu.

La date d'effet de la garantie individuelle est celle de la suspension du contrat de travail ou la date d'effet de l'adhésion pour le personnel dont le contrat de travail est déjà suspendu.

2. Garanties maintenues

Les garanties suivantes sont maintenues sous réserve du paiement de la cotisation prévue au paragraphe 5 ci-dessous :

- capital décès-invalidité absolue et définitive ;
- rente éducation ;
- double effet.

3. Base de cotisation

Congé parental d'éducation intégral ou congé non rémunéré :

- la base des cotisations est le salaire annuel brut tel que défini au présent contrat et correspondant aux 12 derniers mois d'activité.

Congé parental d'éducation partiel (garanties complémentaires aux garanties du personnel actif) :

- la base des cotisations est égale à la différence entre le salaire brut que le participant aurait perçu s'il avait travaillé à temps complet et le salaire brut perçu à temps partiel ;
- le salaire brut est celui défini au présent contrat.

4. Base des prestations

La base de prestations est égale à la base des cotisations.

5. Cotisation

Durant les deux premiers mois de congé, le maintien est accordé sans contrepartie de cotisation.

Au-delà, la cotisation est fixée à 0,55 % de la base de cotisation prévue ci-dessus.

La cotisation est payable d'avance, par l'adhérent.

6. Cessation

Le maintien des garanties cesse, en tout état de cause :

- à la date de fin du congé visé ci-dessus ;
- à la date de liquidation de la pension de retraite de la sécurité sociale ;
- en cas de résiliation de l'adhésion ou de la présente annexe.

ANNEXE II

PIÈCE N° 2. – NOTICE D'INFORMATION

Document(s) à remettre à votre chef d'établissement

Je soussigné(e)certifie avoir reçu de mon employeur une notice d'information relative au régime de prévoyance cadre de l'enseignement privé sous contrat – accord national de prévoyance des personnels cadres du 4 mai 2011 – mis en place auprès de

Fait à , le

Signature

Attention !

Si la désignation type

en cas de décès d'un participant, et dans la mesure où il n'a fait aucune désignation particulière, le capital de base est versé par priorité :

- à son conjoint survivant non divorcé ni séparé judiciairement ;
- à défaut, à son partenaire survivant avec lequel il était lié par un pacte civil de solidarité au jour du décès ;
- à défaut, par parts égales, à ses enfants (légitimes, reconnus ou adoptifs) vivants ou représentés ;
- à défaut, à ses parents, par parts égales, et en cas de décès de l'un d'eux, au survivant pour la totalité ;
- à défaut, à ses autres ascendants vivants, par parts égales ;
- à défaut, à ses héritiers, selon la dévolution successorale.

En tout état de cause, la part de capital correspondant aux majorations pour conjoint ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou enfants à charge doit rester dévolue à ceux-ci pour la part qui leur revient.

ne répond pas à vos objectifs ou si le bénéficiaire du capital décès est le concubin, vous devez retourner datée et signée la désignation particulière jointe ci-après, sous pli fermé à votre chef d'établissement.

TITRE I^{ER}
DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article I.1

Objet

Les partenaires sociaux ont signé un accord de prévoyance en date du 4 mai 2011 ayant pour objet la mise en œuvre des garanties de prévoyance du personnel non cadre, à savoir l'ensemble des salariés non cadres sous contrat de travail à la date d'effet de l'adhésion ainsi que ceux embauchés ultérieurement dans la catégorie.

Vous trouverez dans cette notice les garanties du contrat ainsi que les éléments vous permettant de mieux comprendre leurs modalités d'application.

Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez vous adresser à votre direction des ressources humaines ou directement à votre centre de gestion.

Pour l'application de la présente notice d'information :

- le mot « organisme assureur » désigne la mutuelle ou l'institution de prévoyance garantissant les prestations ;
- le mot « adhérent » désigne l'employeur, personne physique ou personne morale, adhérente au contrat ;
- le mot « participant » désigne le salarié assuré ;
- le mot « bénéficiaire » désigne la personne qui perçoit les prestations détaillées dans la présente notice.

Article I.2

Prise en charge des risques en cours

Sont considérés comme sinistres en cours les sinistres concernant les personnes se trouvant dans l'une des situations suivantes à la prise d'effet du contrat :

- les salariés et anciens salariés se trouvant en incapacité temporaire de travail, en temps partiel thérapeutique, en invalidité ou incapacité permanente et étant indemnisés à ce titre au 31 décembre 2010 ;
- les bénéficiaires de rentes éducation percevant une prestation au 31 décembre 2010.

Les parties conviennent d'organiser, en application de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (dite loi Evin), de la loi n° 94-678 du 8 août 1994 relative à la protection complémentaire et de la loi n° 2001-624 du 21 juillet 2001, la prise en charge des sinistres en cours par les organismes assureurs désignés à l'article 6 de l'accord du 4 mai 2011, dans les conditions suivantes :

Pour les établissements précédemment assurés au titre de l'accord du 28 novembre 2005 auprès d'un des organismes assureurs désignés à l'article 6 de l'accord du 4 mai 2011 :

- les organismes assureurs désignés garantissent le maintien des garanties décès aux assurés en arrêt de travail pour incapacité ou invalidité dont les droits à prestations sont nés antérieurement au 31 décembre 2010, et ce pendant toute la durée de leur indemnisation ainsi que les revalorisations annuelles futures de l'assiette de calcul des prestations en cas de décès ;
- les organismes assureurs désignés garantissent aussi le maintien et la revalorisation annuelle des prestations périodiques en cours de service au 31 décembre 2010 ;
- les organismes assureurs désignés prennent en charge également le différentiel des garanties décès pour les salariés définis ci-dessus dont le contrat de travail n'est pas rompu au 1^{er} janvier 2011.

Pour les établissements précédemment assurés auprès d'un organisme assureur non désigné à l'article 6 de l'accord du 4 mai 2011 :

- les organismes assureurs désignés garantissent la revalorisation annuelle future des prestations périodiques en cours de service à la date d'adhésion au contrat ;
- les organismes assureurs désignés prennent en charge également le différentiel des garanties décès pour les salariés définis ci-dessus dont le contrat de travail n'est pas rompu à la date d'adhésion au contrat ;
- les organismes assureurs désignés prennent en charge, le cas échéant, le différentiel de 1/10 des provisions décès pour les salariés dont le contrat de travail n'est pas rompu à la date d'adhésion au contrat et qui sont en arrêt de travail à cette date avec une origine d'arrêt antérieure au 1^{er} janvier 2002.

Pour les établissements non précédemment assurés qui viendraient à appliquer l'accord du 4 mai 2011 et à souscrire au contrat, les organismes assureurs désignés garantissent la prise en charge et la revalorisation annuelle des prestations périodiques des personnes en arrêt de travail inscrites aux effectifs à la date d'adhésion au contrat.

Article I.3

Cessation et suspension des garanties

I.3.1. Cessation des garanties

Les participants cessent d'être garantis lors de la survenance de l'un des événements suivants :

- résiliation du contrat national d'assurance ou de l'adhésion ;
- rupture du contrat de travail du participant sous réserve des dispositions prévues au contrat en cas de préretraite progressive, de préretraite totale, de licenciement économique ou pour inaptitude avec impossibilité de reclassement ;
- sortie du participant du champ d'application du contrat ;
- liquidation de la retraite de sécurité sociale, sauf cumul emploi-retraite dans les établissements et organismes visés dans l'accord de prévoyance des personnels non cadres du 4 mai 2011.

I.3.2. Suspension des garanties

Congé parental d'éducation. – Temps partiel d'éducation

Autres congés non rémunérés

Les participants bénéficiant d'un congé parental d'éducation ou d'un temps partiel d'éducation ou d'un congé non rémunéré peuvent demander le maintien des garanties prévues au chapitre I^{er} « Garantie décès et invalidité absolue et définitive (IAD) ».

Les modalités de ce maintien sont définies à l'annexe 3.

I.3.3. Maintien de garanties décès et invalidité absolue et définitive en cas de chômage total

En application de l'article 3.6.2 de l'accord de prévoyance des personnels non cadres du 4 mai 2011, la garantie « décès et IAD » est maintenue, sans contrepartie de cotisation, pendant 12 mois à compter de la fin du contrat de travail, pour tout salarié en chômage total bénéficiant d'une allocation de Pôle emploi suite à un licenciement pour inaptitude à l'emploi sans possibilité de reclassement ou licenciement pour motif économique.

La base des prestations est le salaire annuel brut tel que défini dans la présente notice et correspondant aux 12 derniers mois d'activité.

La demande individuelle d'affiliation doit être adressée à l'organisme assureur dans les 2 mois suivant la rupture du contrat de travail du participant.

Le maintien de la garantie cesse en tout état de cause :

- à la date de fin d'indemnisation de Pôle emploi ;
- au terme d'une période maximum de 12 mois ;
- à la date de liquidation de la pension de retraite de la sécurité sociale ;
- en cas de résiliation du contrat, de la garantie maintenue ou du présent maintien.

Article I.4

Cotisations

La répartition des cotisations entre l'adhérent et les participants est fixée par l'accord de prévoyance des personnels non cadres du 4 mai 2011. L'adhérent est seul responsable du paiement des cotisations vis-à-vis de l'organisme assureur. A ce titre, il procède lui-même à leur calcul et à leur versement à l'organisme assureur, aux différentes échéances prévues.

Article I.5

Prestations

Le montant et les modalités de service des prestations sont définis au titre II « Garanties ».

Article I.6

Prescription

Toute action dérivant du contrat ou de l'adhésion se prescrit par 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

Lorsque l'action de l'adhérent ou du participant contre l'organisme assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'adhérent ou le participant ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à :

- 5 ans en ce qui concerne le risque incapacité de travail si l'organisme assureur est une institution de prévoyance ;
- 10 ans concernant le risque « décès et IAD » lorsque le bénéficiaire n'est pas le participant.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription. Celle-ci peut en outre résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception.

Article I.7

Assiette des prestations

I.7.1. Garantie décès-invalidité absolue et définitive

L'assiette de calcul des prestations est égale aux salaires bruts soumis à cotisation au titre du régime et perçus au cours des 12 mois civils précédant l'événement ouvrant droit à prestations et déclarés à l'administration fiscale.

Cette assiette est revalorisée en fonction de la valeur du point ARRCO entre la date d'arrêt de travail et la date du nouveau fait générateur (décès-invalidité absolue et définitive-double effet).

I.7.2. Garantie incapacité de travail-invalidité permanente

L'assiette de calcul des prestations est égale aux salaires nets perçus au cours des 12 mois civils précédant l'événement ouvrant droit à prestations, c'est-à-dire aux salaires bruts déclarés à l'administration fiscale déduction faite des cotisations sociales salariales.

Si le participant entrait dans le champ d'application du contrat depuis moins de 12 mois au moment de l'arrêt de travail, l'assiette de prestations est calculée comme si le participant était entré dans le champ depuis 12 mois.

Si le participant appartenait depuis moins de 12 mois à l'emploi dans lequel il est classé au moment de l'arrêt de travail, l'assiette des prestations est calculée comme si le participant était classé depuis 12 mois dans ce dernier.

Cette assiette est revalorisée en fonction de la valeur du point :

- de la fonction publique entre la date d'arrêt de travail et la date de passage en invalidité, si cette dernière est antérieure au 1^{er} janvier 2011 ;
- ARRCO entre la date d'arrêt de travail et la date de passage en invalidité, si cette dernière est postérieure au 31 décembre 2010.

I.7.3. Dispositions communes

Toutefois, l'assiette des prestations est reconstituée *pro rata temporis* à partir des salaires correspondant aux mois civils de présence à temps complet au sein de l'adhérent lorsque :

- la période d'assurance est inférieure à 12 mois ;
- le salaire a été réduit ou supprimé au cours de la période de référence, en cas d'arrêt de travail pour maladie ou accident.

Lors de la demande de prestations, l'adhérent atteste que le participant appartenait bien à la catégorie de personnel garantie à la date de l'événement ouvrant droit aux prestations, et déclare ses éléments de salaires bruts et nets perçus formant le traitement de base.

L'organisme assureur peut demander les justifications nécessaires et se réserve le droit de vérifier l'exactitude des déclarations de salaires sur pièces.

Article I.8

Exclusions, risques non garantis

Les garanties décès s'appliquent sans restriction territoriale, quelle qu'en soit la cause.

Toutefois, en cas de guerre ou de transmutation de l'atome, la garantie n'aura d'effet que dans les conditions qui seront déterminées par la législation à intervenir sur les assurances sur la vie en temps de guerre ou en cas de transmutation de l'atome.

Enfin, en cas de meurtre du participant par un bénéficiaire, celui-ci est déchu de ses droits.

Article I.9

Législation relative au traitement des données à caractère personnel

L'adhérent s'engage à communiquer à l'organisme assureur les informations concernant les participants dans le strict respect de la législation relative au traitement des données à caractère personnel en vigueur. Ces informations pourront être communiquées au réassureur, aux organismes professionnels habilités, ainsi qu'à tous ceux intervenant dans la gestion et l'exécution de l'adhésion.

En retour, les participants ont un libre accès aux informations les concernant, conformément à la législation précitée en vigueur. Pour les consulter, s'y opposer, ou demander leur rectification, il leur suffit de prendre contact avec l'organisme assureur.

Article I.10

Recours contre tiers responsable

En cas d'accident, l'organisme assureur est subrogé de plein droit dans les actions à entreprendre contre le tiers responsable dans la limite des prestations à caractère indemnitaire qu'il a versées à un participant ou à un ayant droit.

Article I.11

Contrôle de l'organisme assureur

L'organisme assureur est soumis au contrôle de l'autorité de contrôle prudentiel (ACP) située au 61, rue Taitbout, 75009 Paris.

Article I.12

Fausse déclaration

Les déclarations faites tant par l'adhérent, et le cas échéant par une personne habilitée, que par le participant servent de base à la garantie. A ce titre, elles constituent un élément essentiel de l'adhésion, aussi l'organisme assureur se réserve la possibilité de vérifier les données communiquées.

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de l'adhérent, l'organisme assureur pourra demander l'annulation de l'adhésion. En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle du participant, la garantie accordée à celui-ci est nulle.

Dans ces deux cas, les cotisations payées demeurent acquises à l'organisme assureur.

Article I.13

Médiation

Toutes les réclamations d'un participant et d'un adhérent relatives à l'exécution du contrat devront être envoyées à l'organisme assureur.

Si un désaccord persistait après la réponse donnée par l'organisme assureur et après épuisement des procédures internes de réclamations, les entreprises adhérentes, les participants, bénéficiaires et ayants droit pourront s'adresser au médiateur du CTIP pour les organismes relevant du code de la sécurité sociale et au médiateur de la FNMF pour les organismes relevant du code de la mutualité, sans préjudice d'une action devant la commission paritaire régionale, la commission paritaire nationale ou le tribunal compétent

Les conditions d'accès au médiateur du CTIP ou de la FNMF seront alors communiquées au demandeur sur simple demande à l'organisme assureur.

TITRE II

GARANTIES

CHAPITRE I^{ER}

GARANTIE DÉCÈS-INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE (IAD)

Article II.1

Objet de la garantie

La garantie décès a pour objet, si un participant décède ou est atteint, pendant la durée de l'assurance, d'une invalidité absolue et définitive, le paiement aux bénéficiaires désignés d'un capital, sous réserve des exclusions visées à l'article I.8 de la présente notice, à savoir :

- le versement d'un capital de base en cas de décès du participant ;
- le versement de majoration pour personne à charge en cas de décès du participant ;
- le versement anticipé du capital décès de base en cas d'invalidité absolue et définitive ;

- le versement d'un second capital au profit de chaque enfant à charge en cas de décès postérieur ou simultané du conjoint.

En cas d'enfant à charge, la majoration pour personne à charge pourra, sur demande de chaque enfant ou de son représentant légal, être substituée par le service d'une rente éducation.

Le choix est alors effectué, au moment du décès du participant, par tout enfant bénéficiaire de la majoration pour enfant à charge. Lorsque celui-ci ne bénéficie pas de la capacité juridique, le choix est effectué par son représentant légal.

Article II.2

Montant de la garantie

Décès du participant

Le montant du capital de base garanti est fixé à 300 % de l'assiette des prestations définie à l'article I.7.1 de la présente notice.

Ce capital est majoré de 150 % de l'assiette des prestations définie à l'article I.7.1 de la présente notice, par personne à charge.

En cas d'enfant à charge, la majoration pour personne à charge pourra, sur demande de chaque enfant ou de son représentant légal, être substituée par le service d'une rente éducation dont le montant est fixé en pourcentage de l'assiette des prestations définie à l'article I.7.1 de la présente notice, comme suit :

- de moins de 6 ans : 6 % ;
- de 6 ans à moins de 16 ans : 9 % ;
- de 16 ans jusqu'au 23^e anniversaire : 15 %.

Invalidité absolue et définitive (IAD)

En cas d'invalidité absolue et définitive d'un participant pendant la période d'assurance, le capital de base prévu ci-dessus est versé par anticipation. L'invalidité absolue et définitive est celle définie à l'article II.4 ci-après.

En cas de décès ultérieur du participant, il n'est alors plus versé de capital de base. Seules les éventuelles majorations pour personnes à charge sont calculées et versées au moment du décès du participant en fonction de la situation de famille à cette date et dans les conditions définies à l'article II.4 de la présente notice.

Décès postérieur ou simultané du conjoint ou du pacsé

En cas de décès postérieur ou simultané du conjoint ou du partenaire avec lequel le participant était lié par un pacte civil de solidarité au moment du décès, chaque enfant bénéficiaire reçoit un second capital égal à la majoration pour enfant à charge versé au moment du décès du participant.

Le conjoint, le partenaire avec lequel le participant était lié par un pacte civil de solidarité et les enfants bénéficiaires sont ceux définis à l'article II.4 ci-après.

Article II.3

Bénéficiaires

Décès du participant

Désignation type :

En cas de décès d'un participant, et dans la mesure où il n'a fait aucune désignation particulière, le capital de base est versé par priorité :

- à son conjoint survivant non divorcé ni séparé judiciairement ;

- à défaut, à son partenaire survivant avec lequel il était lié par un pacte civil de solidarité au jour du décès ;
- à défaut, par parts égales, à ses enfants (légitimes, reconnus ou adoptifs) vivants ou représentés ;
- à défaut, à ses parents, par parts égales et, en cas de décès de l'un d'eux, au survivant pour la totalité ;
- à défaut, à ses autres ascendants vivants, par parts égales ;
- à défaut, à ses héritiers, selon la dévolution successorale.

En tout état de cause, la part de capital correspondant aux majorations pour conjoint ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou enfants à charge doit rester dévolue à ceux-ci pour la part qui leur revient.

Pour être bénéficiaire du capital décès, le concubin doit avoir fait l'objet d'une désignation particulière.

Désignation particulière :

Le participant peut désigner un ou plusieurs bénéficiaires de son choix.

Le participant doit informer l'organisme assureur de sa désignation particulière par écrit. Elle peut prendre la forme d'un acte sous seing privé ou d'un acte authentique. En tout état de cause, chaque désignation particulière devra avoir été reçue par l'organisme assureur avant le décès du participant.

Lorsque l'organisme assureur est informé du décès, il avise le bénéficiaire, si ses coordonnées ont été portées à sa connaissance lors de la désignation.

En tout état de cause, la désignation type des bénéficiaires s'applique dans les cas suivants :

- si tous les bénéficiaires désignés décèdent avant le participant ;
- ou si le participant et tous les bénéficiaires désignés décèdent ensemble au cours d'un même événement sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès. Dans ce cas, le participant est présumé avoir survécu.

En cas de prédécès d'un bénéficiaire, la part lui revenant sera versée à ses enfants vivants ou représentés par parts égales et à défaut à ses héritiers au sens de la dévolution successorale.

Décès postérieur ou simultané du conjoint

Le capital y afférent est versé à l'enfant bénéficiaire tel que défini à l'article II-4 ci-après s'il jouit de la capacité juridique ou à son représentant légal, dans le cas contraire.

Article II.4

Définitions

Personnes à charge

Sont considérés comme personnes à charge :

- le conjoint (époux ou épouse du participant non divorcé ni séparé judiciairement) à charge, reconnu comme tel par le code de la sécurité sociale ;
- le partenaire avec lequel le participant était lié par un pacte civil de solidarité au moment du décès (dans les conditions prévues aux articles L. 515-1 et suivants du code civil) à charge, reconnu comme tel par le code de la sécurité sociale ;
- les enfants du participant, qu'ils soient légitimes, reconnus ou adoptifs, sous réserve de remplir les conditions cumulatives suivantes :
 - être âgés de moins de 23 ans ;
 - vivre au foyer ou entrer en ligne de compte pour la détermination du nombre de parts en vue du calcul de l'impôt sur le revenu ;

- ne pas avoir commencé à exercer une activité professionnelle rémunérée continue à temps plein depuis plus de 3 mois (les enfants effectuant des stages de formation professionnelle ou sous contrat d'apprentissage ne sont pas considérés comme exerçant une activité rémunérée).

Toutefois, les enfants du participant, qu'ils soient légitimes, reconnus ou adoptifs, sont considérés comme à charge sans limitation de durée en cas d'invalidité avant le 21^e anniversaire, équivalente à l'invalidité de 2^e catégorie ou 3^e catégorie de la sécurité sociale justifiée par un avis médical du médecin-conseil de l'organisme assureur ou tant qu'ils bénéficient de l'allocation d'adulte handicapé et qu'ils sont titulaires de la carte d'invalidité civile.

La situation de famille à retenir est celle existant au moment du décès.

Toutefois, l'enfant né viable moins de 301 jours après le décès du participant entre en ligne de compte pour le calcul du capital. La majoration du capital correspondante est réglée sur présentation d'un extrait de l'acte de naissance.

Invalidité absolue et définitive

L'invalidité absolue et définitive est assimilée au décès si l'état du participant le conduit à remplir les conditions cumulatives suivantes :

- se produire au cours de la période des garanties ;
- donner lieu à reconnaissance par la sécurité sociale d'une invalidité de 3^e catégorie ou d'une pension d'incapacité permanente supérieure ou égale à 80 % au titre de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles l'obligeant à recourir sa vie durant à l'aide d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie.

Le capital est versé au participant lui-même ou à son représentant légal. Le versement du capital met fin à la garantie capital décès de base du participant.

Décès postérieur ou simultané du conjoint ou du pacsé

Cette garantie s'applique en complément de la garantie capital décès décrite à l'article II.2, en cas de décès du conjoint non remarié ou du partenaire avec lequel le participant était lié par un pacte civil de solidarité, que le décès du conjoint ou du partenaire avec lequel le participant était lié par un pacte civil de solidarité soit simultané ou postérieur au décès du participant, et alors qu'il reste des enfants à charge.

Par décès simultané, il faut entendre le décès des deux conjoints au cours d'un même événement sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès.

Par décès postérieur, il faut entendre le décès du conjoint dans les 12 mois qui suivent le décès du participant.

Les bénéficiaires sont les enfants encore à charge du conjoint ou du partenaire avec lequel le participant était lié par un pacte civil de solidarité tels que définis ci-dessus, dans la mesure où ils étaient déjà à la charge du participant lors de son décès.

En cas de décès du participant et du ou des bénéficiaires au cours d'un même événement sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès, le participant est présumé avoir survécu. Cependant, cette clause ne fait pas échec à la liquidation des prestations prévues au présent paragraphe.

Cette garantie cesse pour l'ensemble des enfants en cas de résiliation de l'adhésion entre le décès du participant et celui du conjoint survivant.

Article II.5

Durée et paiement de la rente éducation

Le montant de la rente est progressif avec l'âge de l'enfant. L'augmentation du montant de la rente intervient le premier jour du mois civil qui suit l'anniversaire de l'enfant, selon les tranches d'âge définies à l'article II.2 ci-dessus.

La rente est payable trimestriellement, à terme échu, sous condition de vie.

La rente prend effet au jour du décès du participant. Elle cesse le jour précédant la date à laquelle l'enfant cesse d'être bénéficiaire.

Chaque rente est versée à l'enfant bénéficiaire s'il a la capacité juridique ou à son représentant légal dans le cas contraire.

La justification de l'existence et des droits des enfants bénéficiaires pourra être demandée par l'organisme assureur lors de chaque paiement.

Article II.6

Revalorisation des rentes éducation

Les rentes sont revalorisées en fonction de l'évolution de la valeur du point ARRCO entre la date du décès et la date d'échéance trimestrielle de la prestation correspondante.

Les conséquences de la résiliation d'adhésion sur la présente garantie sont précisées à l'article I.3 de la présente notice.

Article II.7

Pièces à fournir en cas de sinistre

L'adhérent constitue, pour chaque sinistre, un dossier de demande de prestations en utilisant l'imprimé mis à sa disposition par l'organisme assureur.

Ce dossier doit être accompagné des pièces justificatives suivantes :

1. En cas de décès

Dans tous les cas :

1. Extrait d'acte de décès original.
2. Copie intégrale du ou des livrets de famille.
3. Le cas échéant, le choix de l'option retenue par le(s) bénéficiaire(s) (majoration pour enfant à charge ou rente éducation).
4. Extrait d'acte de naissance, comportant les mentions marginales et datant de moins de 3 mois, du participant décédé et du ou des bénéficiaires.
5. Copie des bulletins de salaire correspondant au 12 mois précédant l'arrêt de travail ou le décès.

En complément :

6. Si le décès est précédé d'un arrêt de travail : bordereau de la sécurité sociale précisant les périodes indemnisées.
7. S'il existe des personnes à charge (au sens du contrat d'adhésion) : en tout état de cause, photocopie de la dernière feuille d'imposition ou une attestation du centre d'imposition.
8. En cas de versement d'une rente éducation, sera demandé chaque année soit un certificat de scolarité, soit une attestation d'inscription à Pôle emploi et, à défaut, une attestation sur l'honneur d'absence d'activité à temps plein rémunérée depuis 3 mois.
9. Si le bénéficiaire est mineur : ordonnance du juge des tutelles autorisant le règlement sous la responsabilité de l'administrateur légal.
10. Si le participant est célibataire, veuf ou divorcé : acte de notoriété ou certificat d'hérédité ou de propriété établi par le greffe du tribunal d'instance.
11. En cas de disparition du participant : document fourni par le tribunal compétent entérinant les faits.

12. Photocopie de la carte nationale d'identité des bénéficiaires s'ils sont différents du conjoint et/ou des enfants à charge.
13. En cas de divorce et si le participant n'avait pas la garde des enfants, copie du jugement de divorce.
14. Photocopie du pacte civil de solidarité délivré par le greffe du tribunal d'instance.
15. Copie de l'attestation de la sécurité sociale du participant décédé.

2. En cas d'invalidité absolue et définitive

1. Attestation médicale fournie par l'organisme assureur et complétée par le médecin traitant.
2. Copie certifiée conforme du livret de famille.
3. Le cas échéant, les pièces justificatives prévues en cas de décès énumérées au point 8 ;
4. Le cas échéant, les pièces justificatives prévues en cas de décès du participant énumérées aux points 2, 4 et 8 du paragraphe ci-dessus ;
5. Notification d'attribution de la sécurité sociale d'une rente de 3^e catégorie d'invalidité ou d'une rente dont le taux d'incapacité permanente est supérieur ou égal à 80 % et faisant apparaître l'allocation pour tierce personne.

En tout état de cause, l'organisme assureur pourra demander toutes pièces utiles à l'instruction du dossier.

CHAPITRE II

GARANTIE INCAPACITÉ DE TRAVAIL-INVALIDITÉ PERMANENTE

Article II.8

Objet de la garantie

La garantie incapacité de travail-invalidité permanente définie au présent chapitre a pour objet, si un participant est en état d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité permanente pour maladie, accident, congé de maternité, congé de paternité ou congé d'adoption pendant la durée de validité des garanties, le service de prestations périodiques.

Ces prestations périodiques sont versées sous forme :

- d'indemnités journalières complémentaires, en cas d'incapacité temporaire totale ou partielle de travail survenue pendant la période d'affiliation du participant et ouvrant droit aux prestations en espèces de la sécurité sociale au titre de l'assurance maladie ;
- de rentes complémentaires, en cas d'invalidité permanente survenue pendant la période d'affiliation du participant et ouvrant droit à la pension d'invalidité de la sécurité sociale ;
- d'indemnités journalières ou de rentes complémentaires d'invalidité, en cas d'incapacité temporaire ou d'incapacité permanente survenue pendant la période d'affiliation du participant et ouvrant droit aux prestations en espèces de la sécurité sociale au titre de la législation sur les accidents du travail et maladies professionnelles.

Dans l'hypothèse où les indemnités journalières perçues de la sécurité sociale ou de tout autre organisme seraient réduites pour cause de sanction, celles-ci seront réputées avoir été versées à leur taux normal pour le calcul des prestations servies par l'organisme assureur.

Les participants qui ne rempliraient pas en cas d'arrêt de travail pour cause de maladie ou d'accident, les conditions de durée d'activité nécessaires à l'ouverture du droit aux prestations en espèce de la sécurité sociale, tout en remplissant les conditions requises aux articles II.10 et II.11 ci-dessous percevront néanmoins de l'organisme assureur les prestations incapacité de travail et invalidité permanente prévues au présent chapitre. Celles-ci seront calculées sous déduction d'une prestation sécurité sociale reconstituée.

Article II.9

Admission au titre de la garantie

L'admission au titre de la garantie incapacité de travail-invalidité permanente concerne :

- le participant présent au travail au jour de la prise d'effet de l'adhésion ;
- le participant en arrêt de travail à cette date dans les conditions prévues à l'article I-4 de la présente notice.

Article II.10

Condition de travail effectif et d'ancienneté

Pour bénéficier des garanties incapacité de travail-invalidité permanente, le participant devra à la date d'arrêt de travail, justifier de 1 mois au moins de travail effectif au cours des 18 derniers mois dans un ou plusieurs établissements relevant du champ d'application de l'accord du 4 mai 2011.

Sont assimilées à des périodes de travail effectif les périodes ayant donné lieu au versement de prestations en application dudit accord ainsi que toutes les périodes assimilées à du temps de travail effectif par la loi.

Ces conditions ne s'appliquent pas si :

- l'état d'incapacité ou d'invalidité résulte d'un accident du travail survenu après l'embauche dans l'établissement ou d'une maladie professionnelle contractée dans l'établissement ;
- le participant justifie d'au moins 1 an d'ancienneté continue ou discontinue dans un ou plusieurs établissements relevant de l'accord du 4 mai 2011.

INCAPACITÉ DE TRAVAIL

Article II.11

Indemnités journalières complémentaires

Tout participant qui remplit les conditions d'ancienneté prévues par l'article II.10 et qui, durant la période d'affiliation, a dû cesser son travail par suite de maladie, d'accident, de congé de maternité, de congé de paternité ou de congé d'adoption et qui perçoit des indemnités journalières de la sécurité sociale, peut bénéficier d'indemnités journalières complémentaires.

Franchise

L'indemnité journalière est versée :

- pour les participants ayant moins de 1 an d'ancienneté : après 90 jours continus d'arrêt de travail, soit au 91^e jour ;
- pour les participants ayant au moins 1 an d'ancienneté : à compter de l'expiration de la période de maintien de salaire total et/ou en complément du maintien de salaire partiel, résultant des accords en vigueur chez l'adhérent ou de la législation en vigueur.

L'ancienneté est appréciée dans les établissements relevant de l'accord du 4 mai 2011, quelles que soient les fonctions exercées.

La franchise est décomptée à partir du premier jour d'arrêt de travail. Toute période de travail dans le cadre d'un temps partiel pour raison thérapeutique prise en charge par la sécurité sociale est considérée comme période d'interruption de travail prise en compte pour le calcul de la franchise. Toutefois, la période du congé légal ou conventionnel de maternité, de paternité ou d'adoption n'est pas prise en considération pour la détermination de la franchise.

Montant des indemnités journalières complémentaires

Le montant de l'indemnité journalière versée au participant est fixé à 92 % de la 365^e partie du salaire net annuel défini à l'article I.7 de la présente notice sous déduction des prestations versées au

même titre par la sécurité sociale nettes de charges sur les revenus de remplacement (CGS, CRDS) et éventuellement du salaire net partiel maintenu par l'adhérent.

En cas de dépassement de cette limite, les prestations servies par l'organisme assureur seraient alors réduites à due concurrence.

Les prestations incapacité pour les périodes d'indemnisation débutant postérieurement au 31 décembre 2010, pour les salariés relevant des accords du 28 novembre 2005, ne seront pas minorées en cas de versement de primes, rappels de salaire, augmentations de salaires sur activité partielle ou augmentations des indemnités versées par la sécurité sociale.

Dans tous les cas, le participant ne pourra percevoir plus de 100 % du salaire net de référence afférent à la période indemnisée (y compris les salaires et indemnités versées par la sécurité sociale nettes de charges sur les revenus de remplacement [CGS, CRDS] et autres organismes assureurs, hors évolutions et primes perçues ultérieurement).

Cas particulier du participant ayant repris une activité dans le cadre d'un temps partiel pour raison thérapeutique : lorsqu'un participant reprend son activité au service de l'adhérent dans le cadre d'un temps partiel pour raison thérapeutique le montant de l'indemnité journalière est porté de 92 % à 100 % de la 365^e partie du salaire net défini à l'article I.7 de la présente notice.

Dans tous les cas, le participant ne pourra percevoir plus de 100 % du salaire net de référence (y compris les salaires et indemnités versées par la sécurité sociale nettes de charges sur les revenus de remplacement [CGS, CRDS] et autres organismes assureurs hors évolutions et primes perçues ultérieurement).

Article II.12

Paiement et durée des indemnités journalières complémentaires

Les indemnités journalières de l'organisme assureur sont servies sur présentation des décomptes de la sécurité sociale.

Elles sont servies tant que dure l'incapacité de travail et que le participant perçoit les indemnités journalières de la sécurité sociale.

Pendant toute la durée du contrat de travail liant le participant à l'adhérent, les indemnités journalières sont versées à l'adhérent. Après rupture du contrat de travail, les indemnités journalières sont versées au participant.

Elles cessent :

- au jour où les indemnités de la sécurité sociale prennent fin ;
- à la date d'attribution par la sécurité sociale d'une pension d'invalidité ou d'une rente d'incapacité permanente ou d'une pension pour inaptitude ;
- au jour où le participant obtient la liquidation d'une pension vieillesse de la sécurité sociale, sauf dans le cas d'un cumul emploi-retraite.

Les conséquences au regard du service des indemnités journalières de l'organisme assureur d'une résiliation de l'adhésion de l'adhérent sont exposées à l'article I.3 de la présente notice.

Article II.13

Reprise du travail, rechute

Tout nouvel arrêt de travail imputable à une maladie ou à un accident ayant déjà donné lieu à paiement des indemnités journalières complémentaires et qui est indemnisé sans délai de franchise par la sécurité sociale est considéré comme une rechute.

Article II.14

Invalidité permanente

Tout participant classé en invalidité à la suite d'une maladie ou d'un accident survenu pendant la période d'affiliation et bénéficiant à ce titre d'une pension de 1^{re}, 2^e ou 3^e catégorie versée au titre de l'article L. 341-1 du code de la sécurité sociale bénéficie d'une rente complémentaire d'invalidité.

En vue de la détermination du montant de la pension, les participants sont classés dans l'une des catégories d'invalidité visées à l'article L. 341-4 du code de la sécurité sociale :

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

Montant de la rente

Le montant annuel de la rente, versée au participant, est fixé à 92 % du salaire net défini à l'article I.7 de la présente notice sous déduction des prestations versées au même titre par la sécurité sociale nettes de charges sur les revenus de remplacement (CGS, CRDS) et éventuellement du salaire net partiel maintenu par l'adhérent, dans la limite de la règle de cumul visée ci-dessous. Ce montant est porté à 94 % du salaire net concernant les participants classés postérieurement au 31 décembre 2010 en invalidité 3^e catégorie.

En cas de classement en invalidité 3^e catégorie, la rente versée par l'organisme assureur sera complétée d'une indemnité forfaitaire égale à 50 % de la majoration pour tierce personne versée à la personne classée en invalidité 3^e catégorie par la sécurité sociale.

Lorsqu'un participant reprend une activité d'une durée au moins égale au quart du temps complet, le montant annuel de la rente est égal à 100 % du salaire net antérieur revalorisé sous déduction des rentes servies par la sécurité sociale nettes de charges sur les revenus de remplacement (CGS, CRDS) et du salaire perçu dans le cadre de son activité professionnelle.

Les prestations invalidité pour les périodes d'indemnisation débutant postérieurement au 31 décembre 2010, pour les salariés relevant des accords du 28 novembre 2005, ne seront pas minorées en cas de versement de primes, rappels de salaire, augmentations de salaires sur activité partielle ou augmentations des indemnités versées par la sécurité sociale.

Dans tous les cas, le participant ne peut percevoir un montant total, tous salaires et prestations confondus (à l'exclusion de la majoration pour tierce personne versée par la sécurité sociale), supérieur à son salaire net d'activité revalorisé (hors évolutions et primes perçues ultérieurement au titre du temps travaillé) reconstitué sur la base du temps d'activité déclaré au moment du fait générateur.

Article II.15

Paiement et durée des rentes d'invalidité

Les rentes complémentaires d'invalidité sont servies sur présentation des décomptes de la sécurité sociale, trimestriellement, à terme échu, le premier et le dernier terme pouvant ne comprendre qu'un prorata de rente.

Elles sont servies tant que dure l'invalidité et que le participant perçoit une pension d'invalidité de la sécurité sociale.

Elles cessent :

- au jour où le participant cesse de percevoir la pension d'invalidité de la sécurité sociale ;

- au jour du décès du participant ;
- à la date d’attribution d’une pension pour inaptitude au travail ;
- au jour où le participant obtient la liquidation d’une pension de vieillesse de la sécurité sociale.

Article II.16

Dispositions applicables en cas d’accident de travail ou de maladie professionnelle

1. En cas d’incapacité temporaire

Les modalités et durée de paiement de cette prestation sont identiques à celles des indemnités journalières complémentaires telles que définies aux articles II.11, II.12 et II.13 de la présente notice.

2. En cas d’incapacité permanente

L’incapacité permanente :

- d’un taux supérieur ou égal à 66 % et inférieur à 80 %, est assimilée à l’invalidité 2^e catégorie ;
- d’un taux supérieur ou égal à 80 % est assimilé à l’invalidité 3^e catégorie.

Les modalités et durée de paiement de cette prestation sont identiques à celles des rentes invalidité telles que définies aux articles II.14 et II.15 de la présente notice.

Le paiement de cette prestation cesse en tout état de cause :

- au jour où la sécurité sociale détermine un taux d’incapacité inférieur à 66 % ;
- à la date d’attribution d’une pension pour inaptitude au travail ;
- au jour où le participant obtient la liquidation d’une pension de vieillesse de la sécurité sociale.

DISPOSITIONS COMMUNES

Article II.17

Déclaration des arrêts de travail

Tout accident ou maladie entraînant un arrêt de travail donnant lieu à prestations complémentaires doit être déclaré par écrit par l’adhérent à l’organisme assureur, au moyen du formulaire mis à sa disposition. Cette déclaration précisant la date d’arrêt de travail doit être faite dans les 6 mois suivant la date de l’arrêt de travail.

En cas de déclaration tardive au-delà de ce délai de 6 mois, le service des prestations pourrait ne prendre effet qu’à la date de déclaration effective.

En tout état de cause, aucune déclaration présentée au-delà du délai de prescription prévu à l’article I.8 de la présente notice après l’arrêt de travail ne pourra être prise en considération.

Formalités

L’adhérent devra remettre à l’organisme assureur toutes pièces utiles à l’instruction du dossier et notamment :

- la demande de prestations ;
- les décomptes et notification de la sécurité sociale.

Article II.18

Revalorisation des prestations

Les prestations sont revalorisées :

- participant dont la date d’incapacité de travail est antérieure au 1^{er} janvier 2011 : en fonction de la valeur du point de la fonction publique entre la date d’arrêt de travail et la date d’échéance de la prestation correspondante ;

- participant dont la date d'incapacité de travail est postérieure au 31 décembre 2010 : en fonction de la valeur du point ARRCO entre la date d'arrêt de travail et la date d'échéance de la prestation correspondante ;
- participant dont la date d'invalidité permanente est antérieure au 1^{er} janvier 2011 : en fonction de la valeur du point de la fonction publique entre la date d'arrêt de travail et la date d'échéance de la prestation correspondante ;
- participant dont la date d'invalidité permanente est postérieure au 31 décembre 2010 : en fonction de la valeur du point ARRCO entre la date d'arrêt de travail et la date d'échéance de la prestation correspondante.

Les revalorisations sont financées par le fonds de revalorisation, alimenté notamment par une partie des cotisations qui lui est spécialement affectée.

FORMALITÉS À ACCOMPLIR EN CAS DE RÉALISATION DU RISQUE

Les déclarations et demandes de prestations doivent toujours être faites par l'établissement employeur.

Celui-ci atteste notamment, sous sa responsabilité, que l'intéressé fait bien partie du personnel assuré et que les cotisations sont payées.

Les pièces à joindre sont mentionnées sur les imprimés spécifiques à chaque demande d'indemnisation, mis à disposition par la délégation technique. Outre les pièces justificatives spécifiques à chaque garantie, l'institution se réserve le droit de demander toute autre pièce justificative au moment de la survenance de l'événement et en cours du service des prestations.

A titre indicatif, nous vous en donnons la liste ci-après (seuls les dossiers complets et transmis dans les délais prévus par la législation en vigueur peuvent permettre la mise en paiement des sommes dues).

Outre les pièces justificatives spécifiques à chaque garantie, l'institution se réserve le droit de demander toute autre pièce justificative au moment de la survenance de l'événement et en cours du service des prestations.

CONSTITUTION DES DOSSIERS POUR L'OUVERTURE des droits à prestations en cas de...	DÉCÈS	IAD	DOUBLE EFFET CONJOINT	RENTE ÉDUCATION	INCAPACITÉ TEMPORAIRE	INVALIDITÉ	ORGANISME délivrant les pièces
Photocopie des bulletins de salaire correspondant à la base des prestations (lorsque les prestations versées sont exprimées en pourcentage de la base des prestations).	X	X	X	X			Adhérent
Attestation de l'adhérent indiquant le salaire brut, le taux moyen des cotisations à appliquer et le salaire net (ou de tous les employeurs pour les participants ayant des employeurs multiples).					X	X	Adhérent
Photocopie de l'avis d'imposition sur les revenus du participant (et éventuellement de ceux du conjoint).	X	X	X	X	X	X	Impôts
Certificat médical précisant la cause du décès : origine de la maladie, date et nature du décès.	X		X	X			Médecin
Certificat médical (formulaire type institution) précisant la cause de l'arrêt de travail : origine de la maladie, contexte de l'accident.					X		Médecin
Certificat de scolarité ou toutes pièces justificatives (contrat d'apprentissage...) pour tout enfant à charge âgé de plus de 16 ans.	X	X	X	X	X	X	Etablissement scolaire
Extrait d'acte de décès.	X		X	X			Mairie
Extrait d'acte de naissance de chaque bénéficiaire.	X		X	X			Mairie
Extrait d'acte de naissance établi au nom du conjoint décédé.			X				Mairie
Attestation indiquant la date initiale de l'arrêt de travail du participant ou, en cas de décès, précisant que le participant n'était pas en arrêt de travail.	X	X		X	X	X	Entreprise
Décomptes originaux de la sécurité sociale, ou à défaut attestation portant paiement de ses prestations en cas d'arrêt de travail, à compter du début de l'indisponibilité.	X	X			X	X	Sécurité sociale
Attestation de l'administration mentionnant les périodes à plein traitement, à demi-traitement ou sans traitement relatives à cet arrêt de travail.					X		Académie
Acte de dévolution successorale.	X		X				Notaire
En cas d'accident ou de suicide, rapport de gendarmerie.	X		X	X			TGI
Photocopie de la notification d'attribution d'une pension d'invalidité.		X				X	Sécurité sociale
Photocopie de la notification d'attribution de l'allocation pour tierce personne en cas d'invalidité de 3 ^e catégorie ou d'incapacité permanente d'un taux de 100 %.		X					COTOREP
Copie du livret de famille du participant.	X	X	X	X			Mairie
RIB ou RIP au nom du destinataire de la rente ou des indemnités.				X	X	X	Banque
Attestation d'engagement dans les liens d'un Pacs.	X						TI

ANNEXE 1

Maintien des garanties au personnel bénéficiant d'un dispositif de préretraite progressive

Les garanties sont maintenues, dans les conditions prévues ci-après, aux participants bénéficiant d'un dispositif de préretraite progressive et percevant des allocations de Pôle emploi, y compris pendant les délais de carence appliqués par le régime de Pôle emploi.

1. Effet

Les demandes d'affiliation doivent être adressées à l'organisme assureur par l'adhérent dans le mois suivant la mise en préretraite progressive.

La date d'effet de la garantie individuelle est celle de la mise en préretraite progressive ou la date d'effet de l'adhésion pour le personnel déjà en préretraite progressive.

2. Garanties maintenues

Les garanties suivantes sont maintenues sous réserve du paiement de la cotisation prévue au paragraphe 5 ci-dessous :

- capital décès-invalidité absolue et définitive ;
- rente éducation ;
- double effet ;
- incapacité de travail-invalidité permanente.

3. Base de cotisation

Garantie décès-IAD

La base des cotisations des garanties prévues au titre II, chapitre I^{er} « Garantie décès-IAD », est le salaire brut perçu pendant la période de préretraite progressive auquel il convient d'intégrer le revenu de remplacement qui supporte les cotisations d'assurance maladie de la sécurité sociale, versé par Pôle emploi.

Garanties incapacité de travail-invalidité permanente

La base des cotisations des garanties prévues au titre II, chapitre II « Garantie incapacité de travail-invalidité permanente », est le salaire brut perçu pendant la période de préretraite progressive.

4. Base des prestations

La base de prestations est égale à la base des cotisations.

5. Cotisation

Le taux de cotisation est celui prévu pour le personnel en activité.

6. Cessation

Le maintien de garanties cesse, en tout état de cause :

- à la date de fin d'indemnisation de Pôle emploi ;
- à la date de liquidation de la pension de retraite de la sécurité sociale ;
- en cas de résiliation de l'adhésion, des garanties concernées ou de la présente annexe.

ANNEXE 2

Maintien des garanties au personnel bénéficiant d'un dispositif de préretraite totale

Les garanties sont maintenues, dans les conditions prévues ci-après, aux participants dont le contrat de travail est rompu pour mise en position de préretraite, et percevant des allocations de Pôle emploi, y compris pendant les délais de carence appliqués par le régime de Pôle emploi.

1. Effet

Les demandes individuelles d'affiliation doivent être adressées à l'organisme assureur dans le mois qui précède la rupture du contrat de travail de l'intéressé.

La date d'effet de la garantie individuelle est celle de la rupture du contrat de travail ou la date d'effet de l'adhésion pour le personnel déjà en préretraite.

2. Garanties maintenues

Les garanties suivantes sont maintenues sous réserve du paiement de la cotisation prévue au paragraphe 5 ci-dessous :

- capital décès-invalidité absolue et définitive ;
- rente éducation ;
- double effet.

3. Base de cotisation

La base des cotisations est le revenu de remplacement brut versé par Pôle emploi.

4. Base des prestations

La base de prestations est égale à la base des cotisations.

5. Cotisation

Le taux de cotisation est fixé à 0,55 % de la base de cotisation prévue ci-dessus.

La cotisation est payable d'avance par versement unique, par l'adhérent au moment de la rupture du contrat de travail.

6. Cessation

Le maintien de garanties cesse, en tout état de cause :

- à la date de fin d'indemnisation de Pôle emploi ;
- à la date de liquidation de la pension de retraite de la sécurité sociale ;
- en cas de résiliation de l'adhésion, de la garantie concernée ou de la présente annexe.

ANNEXE 3

Maintien des garanties au personnel en congé parental d'éducation ou temps partiel d'éducation ou en congé non rémunéré

Les garanties sont maintenues, dans les conditions prévues ci-après, aux participants :

- en congé parental d'éducation intégral ou temps partiel d'éducation pour élever un enfant de moins de 3 ans, pendant toute la durée du congé ;
- ou en congé non rémunéré pour une durée de 12 mois maximum.

1. Effet

Les demandes individuelles d'affiliation doivent être adressées à l'organisme assureur dans les 2 mois suivant la suspension du contrat de travail ou la date d'effet de l'adhésion pour le personnel dont le contrat de travail est déjà suspendu.

La date d'effet de la garantie individuelle est celle de la suspension du contrat de travail ou la date d'effet de l'adhésion pour le personnel dont le contrat de travail est déjà suspendu.

2. Garanties maintenues

Les garanties suivantes sont maintenues sous réserve du paiement de la cotisation prévue au paragraphe 5 ci-dessous :

- capital décès-invalidité absolue et définitive ;
- rente éducation ;
- double effet.

3. Base de cotisation

Congé parental d'éducation intégral ou congé non rémunéré :

- la base des cotisations est le salaire annuel brut tel que défini au présent contrat et correspondant aux 12 derniers mois d'activité.

Congé parental d'éducation partiel (garanties complémentaires aux garanties du personnel actif) :

- la base des cotisations est égale à la différence entre le salaire brut que le participant aurait perçu s'il avait travaillé à temps complet et le salaire brut perçu à temps partiel ;
- le salaire brut est celui défini au présent contrat.

4. Base des prestations

La base de prestations est égale à la base des cotisations.

5. Cotisation

Durant les deux premiers mois de congé le maintien est accordé sans contrepartie de cotisation.

Au-delà, la cotisation est fixée à 0,55 % de la base de cotisation prévue ci-dessus.

La cotisation est payable d'avance, par l'adhérent.

6. Cessation

Le maintien des garanties cesse, en tout état de cause :

- à la date de fin du congé visé ci-dessus ;
- à la date de liquidation de la pension de retraite de la sécurité sociale ;
- en cas de résiliation de l'adhésion ou de la présente annexe.