



RÉGIME DE PRÉVOYANCE

Conditions Générales Édition 2011

Établissements et associations
adhérents S.N.A.L.E.S.S
relevant de la CCN du 15 mars 1966

&

Établissements et associations
appliquant la CCN du 15 mars 1966
à titre volontaire et intégral



SOMMAIRE

TITRE I : DISPOSITIONS GÉNÉRALES Pages 3 à 12

CHAPITRE I : ARTICULATION DU CONTRAT

CHAPITRE II : PRISE D'EFFET, MODALITÉS DE SOUSCRIPTION, DURÉE ET RÉSILIATION DU CONTRAT

CHAPITRE III : LES ASSURÉS

CHAPITRE IV : MODE DE CALCUL DES COTISATIONS ET DES PRESTATIONS

CHAPITRE V : CONDITIONS DE RÈGLEMENT DES COTISATIONS

CHAPITRE VI : CONDITIONS DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

CHAPITRE VII : RISQUES EXCLUS

CHAPITRE VIII : AUTRES DISPOSITIONS

CHAPITRE IX : DÉFINITIONS

TITRE II : LES GARANTIES Pages 13 à 18

CHAPITRE X : GARANTIE DÉCÈS - INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE

CHAPITRE XI : GARANTIE RENTE ÉDUCATION / RENTE TEMPORAIRE SUBSTITUTIVE DE CONJOINT

CHAPITRE XII : GARANTIE RENTE HANDICAP

CHAPITRE XIII : GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL

CHAPITRE XIV : GARANTIE INVALIDITÉ, INCAPACITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE

ANNEXE : Pièces justificatives à fournir pour toute demande de prestations Page 19

PRÉAMBULE

Par l'accord cadre du 15 mars 2011 et son annexe « contrat de garanties collectives », le Syndicat National des Associations Laïques Employeurs du Secteur Sanitaire, Social, Médico-Educatif et Médico-social (S.N.A.L.E.S.S.) et les organismes assureurs ont redéfini le régime de prévoyance mutualisé proposé aux adhérents S.N.A.L.E.S.S. relevant de la CCN 1966, et ce conformément à l'évolution du régime conventionnel de la CCN du 15 mars 1966, modifié par avenant n° 322 du 8 octobre 2010.

Les montants des garanties « décès-invalidité absolue et définitive », « rente éducation », « incapacité de travail », « invalidité/incapacité permanente professionnelle » ont été revus à la hausse et une rente de conjoint substitutive à la rente éducation ainsi qu'une rente handicap ont été intégrées au sein du nouveau régime.

Ces nouvelles dispositions sont étendues aux établissements et associations appliquant la CCN du 15 mars 1966 à titre volontaire et intégral et entrent en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2011.

Les présentes Conditions Générales associées aux Conditions Particulières obligatoirement jointes organisent la mise en œuvre des nouvelles dispositions du régime de prévoyance.

Dans le cadre de la mutualisation et pour faciliter une bonne diffusion et application des garanties, l'Union Nationale de la Prévoyance de la Mutualité Française, ci-après dénommée l'U.N.P.M.F., et Malakoff Médéric Prévoyance, sont désignés comme assureurs.

En cas de révision du régime de prévoyance de la Convention Collective Nationale du 15 mars 1966 ou en cas d'évolutions réglementaires ou législatives, entraînant une modification des engagements prévus dans le cadre du présent dispositif, il pourra être procédé à sa révision et ce sans délai.

Toutefois, jusqu'à la date de prise d'effet de ces nouveaux engagements, les prestations demeurent calculées selon les présentes Conditions Générales et les Conditions Particulières.

TITRE I : DISPOSITIONS GÉNÉRALES

CHAPITRE I ARTICULATION DU CONTRAT

ARTICLE 1 - OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat d'assurance collective à adhésion obligatoire est composé de deux parties indissociables :

- les Conditions Générales définissant les obligations des parties contractantes ainsi que l'ensemble des garanties et
- les Conditions Particulières déterminant notamment la date de prise d'effet des garanties, les plafonds de garanties et les taux de cotisations appliqués.

Il a pour objet de faire bénéficier l'ensemble du personnel salarié cadre et non cadre du souscripteur et déclaré par ce dernier sur l'état nominatif du personnel à assurer, des garanties définies aux présentes Conditions Générales.

Lors de la réalisation des risques garantis, les prestations sont versées par les organismes assureurs selon les modalités définies par les présentes Conditions Générales et les Conditions Particulières.

ARTICLE 2 - INTERVENANTS AU CONTRAT

Les parties intervenant au contrat sont :

Les organismes assureurs :

- **L'Union Nationale de la Prévoyance de la Mutualité Française (U.N.P.M.F.)**

Union soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, inscrite au Registre National des Mutuelles sous le n° 442 574 166.

Siège social : 255, rue de Vaugirard - 75015 PARIS.

Coassureur à hauteur de 60 % des garanties et apériteur.

- **Malakoff Médéric Prévoyance**

Institution de prévoyance régie par les articles L.931-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale et agréée par le ministre chargé de la Sécurité sociale.

Siège social : 21, rue Laffitte - 75009 PARIS.

Coassureur à hauteur de 40 % des garanties.

- **La mutuelle gestionnaire est la Mutuelle Chorum**, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité.

Siège social : 56-60, rue Nationale - 75013 PARIS.

- **Le souscripteur** est l'association ou l'établissement signataire de la demande de souscription et des Conditions Particulières liée aux présentes Conditions Générales

relevant de la Convention Collective Nationale du 15 mars 1966, soit à titre volontaire et intégral, soit en tant qu'adhérent au S.N.A.L.E.S.S.

- **Les assurés** sont les salariés cadres et non cadres affiliés au régime général de la Sécurité sociale, inscrits à l'effectif du souscripteur à la date d'effet du contrat ou à la date d'embauche pour les salariés recrutés postérieurement.

CHAPITRE II PRISE D'EFFET, MODALITÉS DE SOUSCRIPTION, DUREE ET RÉSILIATION DU CONTRAT

ARTICLE 3 - PRISE D'EFFET, DURÉE ET RENOUVELLEMENT DU CONTRAT

Le contrat prend effet à la date indiquée aux Conditions Particulières.

Il est souscrit dans le cadre de l'année civile et vient à échéance le 31 décembre de l'année de sa prise d'effet.

Il est ensuite renouvelable au 1^{er} janvier de chaque année par tacite reconduction, sauf résiliation selon les modalités définies à l'article 5 du présent chapitre des Conditions Générales.

ARTICLE 4 - OBLIGATIONS DU SOUSCRIPTEUR

Le souscripteur, conformément aux dispositions d'une part de l'article L. 932.6 du code de la Sécurité sociale et d'autre part de l'article L.221-6 du Code de la Mutualité, a l'obligation de remettre aux assurés un exemplaire de la notice d'information établie par les organismes assureurs qui définit les garanties prévues par les présentes Conditions Générales et leurs modalités d'application.

La notice d'information précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou des limitations de garanties ainsi que les délais de prescription.

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations de l'assuré, le souscripteur est tenu d'informer chaque assuré en lui remettant une mise à jour de la notice ou un additif établi(e) à cet effet par les organismes assureurs.

La preuve de la remise de la notice à l'assuré et de l'information relative aux modifications contractuelles incombe au souscripteur. A cet effet, le souscripteur fera signer aux assurés une attestation de réception de la notice d'information ou de ces modifications qu'il conservera et

mettra si nécessaire à la disposition des organismes assureurs. Le souscripteur s'engage à affilier tous les salariés présents et futurs répondant aux conditions définies aux présentes Conditions Générales et aux Conditions Particulières.

Le souscripteur s'engage à payer les cotisations à leur échéance suivant les modalités fixées à l'article 14 du chapitre V des présentes Conditions Générales.

Le souscripteur doit notamment adresser aux organismes assureurs les pièces suivantes :

4.1. À l'adhésion

La demande d'adhésion dûment remplie, datée et signée, et accompagnée pour les souscripteurs appliquant la CCN du 15 mars 1966 à titre volontaire, d'une attestation indiquant qu'ils appliquent cette CCN à titre volontaire et dans son intégralité.

Un état nominatif du personnel à assurer indiquant pour chaque intéressé :

- son numéro de Sécurité sociale;
- ses nom et prénoms;
- son sexe;
- sa date de naissance;
- sa date d'embauche;
- sa situation de famille;
- le salaire servant au calcul des cotisations et tel que figurant à la DADS de l'association ou de l'établissement;
- sa catégorie socioprofessionnelle (cadre ou non cadre).

L'état doit préciser, si tel est le cas, ceux d'entre eux qui sont atteints d'incapacité de travail ou d'invalidité, par suite de maladie ou d'accident, ou sont en temps partiel thérapeutique, ou en congé de maternité, ou encore ceux dont le contrat de travail est suspendu.

Le souscripteur devra fournir également la liste déclarative des risques en cours décrite à l'article 7 du chapitre III des présentes Conditions Générales.

4.2. En cours d'exercice

- entrée des nouveaux assurés : les pièces prévues au 4.1. avec indication de la date d'engagement;
- sortie des assurés : un état récapitulatif du personnel indiquant les dates et le motif de départ;
- modifications de situation de famille : un état récapitulatif du personnel assuré tel que prévu au 1. avec l'indication des changements de situation de famille et leur date de survenance;

Ces états doivent être transmis dans les trois mois suivant l'événement.

- personnes en congé parental d'éducation, congé sabbatique, congé pour création d'entreprise, congé de soutien familial ou congé sans solde ainsi que tout autre congé considéré par la législation du travail comme un cas de suspension du contrat de travail.

Ces états doivent être transmis avant la date d'effet de la suspension du contrat de travail du salarié.

4.3. À chaque renouvellement du contrat

Avant le 31 janvier de chaque année, un état récapitulatif du personnel assuré (cf. « 4.1. ci-dessus »).

Le souscripteur atteste sur l'honneur la sincérité des indications contenues dans les états mentionnés ci-dessus.

ARTICLE 5 - RÉSILIATION DU CONTRAT

Le présent contrat peut être résilié :

- à l'initiative du souscripteur, sous réserve de respecter un délai de préavis d'une durée de deux mois avant l'échéance annuelle ;
- à l'initiative des organismes assureurs :
 - en cas de défaut de paiement des cotisations visé à l'article 15 du chapitre V des présentes Conditions Générales ;
 - en cas de refus par le souscripteur d'une nouvelle proposition tarifaire à effet du 1^{er} janvier de l'année suivante, formulée par les organismes assureurs avant le 31 octobre de l'année en cours, au vu de l'analyse des résultats financiers du régime mutualisé arrêtés au 31 décembre de l'exercice précédent ou d'évolutions législatives ou réglementaires.

Toute demande de résiliation devra être formulée par lettre recommandée avec avis de réception.

Chapitre III LES ASSURÉS

ARTICLE 6 - MODALITÉS D'AFFILIATION DES ASSURÉS

Sont immédiatement affiliés au contrat de prévoyance collective à adhésion obligatoire, les salariés cadres et non cadres sous contrat de travail à la date d'effet du contrat.

Les personnes visés à l'article 7 ci-après au jour de la prise d'effet du contrat doivent également être déclarés aux organismes assureurs à cette date dans les conditions prévues à l'article 4.1. du chapitre II des présentes Conditions Générales.

Pour les salariés engagés postérieurement à la prise d'effet du contrat, leur affiliation prend effet à la date de leur engagement, sous réserve d'avoir été déclarés aux organismes assureurs dans les trois mois suivants la date de leur embauche et d'avoir effectivement pris leurs fonctions.

Au-delà de ce délai, les garanties ne prennent effet qu'au 1^{er} jour du mois civil suivant la réception par les organismes assureurs de la déclaration du souscripteur.

ARTICLE 7 - DÉFINITION ET MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE DES RISQUES EN COURS

En application de la loi 89.1009 du 31 décembre 1989, de la loi n° 94-678 du 8 août 1994 et de la loi n° 2001-624 du 17 juillet 2001, les souscripteurs devront faire la déclaration auprès des organismes assureurs des personnes se trouvant dans l'une des situations suivantes à la date de prise d'effet du contrat, et ce au moyen d'une liste déclarative des risques en cours :

- les salariés inscrits aux effectifs du souscripteur et se trouvant, à la date de prise d'effet du contrat, en incapacité temporaire de travail, en temps partiel thérapeutique, en invalidité ou incapacité permanente professionnelle indemnisés ou non par la Sécurité sociale (exclusivement dans ce dernier cas au profit des salariés ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits en espèces de la Sécurité sociale, et sous réserve d'une décision favorable du médecin conseil des organismes assureurs pour les garanties invalidité et incapacité permanente professionnelle);
- les salariés et anciens salariés qui bénéficient de prestations périodiques complémentaires aux prestations de la Sécurité sociale au titre d'un précédent contrat de prévoyance signé par le souscripteur;
- les bénéficiaires de rente éducation et de rente conjoint en vertu d'un précédent contrat de prévoyance collective conclu par le souscripteur.

Au vu de cette déclaration et selon le cas, seront garantis à la prise d'effet du contrat :

- l'indemnisation intégrale pour les salariés en arrêt dont le contrat de travail est en cours à la date d'effet, alors qu'il n'existe aucun organisme assureur précédent;
- les revalorisations futures portant sur les indemnités journalières, rentes invalidité, incapacité permanente professionnelle, rentes éducation en cours de service, que le contrat de travail soit rompu ou non;
- l'éventuel différentiel pour les garanties non encore indemnisées dans le cadre du contrat précédent, pour les salariés en arrêt de travail dont le contrat de travail est en cours à la date d'effet du contrat comme suit:
 - Garanties en cas de Décès, rentes en cas de décès, Incapacité permanente (ou Invalidité permanente) pour les salariés percevant des Indemnités journalières le jour précédent la date d'effet du contrat;
 - Garanties en cas de Décès et rentes en cas de décès pour les salariés percevant des rentes d'invalidité le jour précédent la date d'effet du contrat;
- le maintien des garanties décès, que le contrat de travail soit rompu ou non, pour les bénéficiaires de rentes d'incapacité ou d'invalidité versées par un organisme assureur en application d'un contrat souscrit antérieurement au 1^{er} janvier 2002, et sous réserve que le maintien de cette garantie ne soit pas déjà prévu par le contrat antérieur.

Ce maintien prend effet si les souscripteurs concernés communiquent un état détaillé des bénéficiaires de rentes et si le précédent organisme assureur transmet les provisions constituées à la date de résiliation de son contrat, en application de l'article 30, III de la loi 89.1009 du 31 décembre 1989.

Dans le cas où un souscripteur, notamment du fait de la souscription antérieure à la prise d'effet du présent contrat d'un contrat de prévoyance auprès d'un autre assureur que ceux désignés à l'article 2 du chapitre I des présentes Conditions Générales viendrait à rejoindre le présent régime après le 1^{er} juillet 2011, la prise en compte du passif sera conditionnée au règlement par l'association ou l'établissement d'une cotisation supplémentaire spécifique correspondant à la couverture de ces risques, calculée par les organismes assureurs.

Les modalités et le financement de la prise en charge des risques en cours sont définis aux Conditions Particulières jointes aux Conditions Générales.

ARTICLE 8 - CONSÉQUENCE DE LA SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL DES ASSURÉS SUR LES GARANTIES DU CONTRAT

8.1. Suspensions du contrat de travail ne donnant pas lieu à maintien des garanties

Les garanties sont suspendues de plein droit pour les salariés dont le contrat de travail est suspendu, en dehors des cas visés au paragraphe 8.2. ci-après.

Pendant la période de suspension des garanties, aucune cotisation n'est due au titre de l'intéressé et les arrêts de travail ou les décès survenant durant cette période ne peuvent donner lieu à leur prise en charge au titre du contrat, les garanties étant suspendues.

La suspension des garanties intervient à la date de cessation de l'activité professionnelle. Les garanties reprennent effet dès la reprise effective du travail par l'intéressé et suivant les conditions prévues à l'article 6 du présent chapitre, sous réserve que les organismes assureurs en soient informés dans les trois mois suivant la date de reprise.

A défaut, les garanties ne reprennent effet qu'au 1^{er} jour du mois civil suivant la réception par les organismes assureurs de la déclaration du souscripteur annonçant la reprise d'activité de son salarié.

8.2. Suspension du contrat de travail donnant lieu à maintien des garanties

Les garanties définies au présent régime de prévoyance sont maintenues pour les assurés dont le contrat de travail est suspendu et ce pour la période au titre de laquelle ils bénéficient :

- soit d'un maintien total ou partiel de salaire par leur employeur;

- soit d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, et directement versées par ce dernier ou pour son compte par un tiers.

Les garanties sont également maintenues pour les salariés dont le contrat de travail est suspendu suite à l'exercice du droit de grève et pour ceux bénéficiant d'un congé non rémunéré de toute nature, d'une durée maximale d'un mois consécutif.

Dans ce cas, la participation patronale et la part salariale afférentes aux cotisations continuent à être calculées et versées selon les modalités en vigueur à la date de chaque échéance, sous réserve des dispositions afférentes à l'exonération du paiement de cotisation telle que définie à l'article 13 du chapitre V des présentes Conditions Générales.

8.3. Maintien optionnel des garanties décès

A compter du deuxième mois de suspension du contrat de travail non rémunéré, l'assuré peut continuer à bénéficier des garanties Décès/Invalidité Absolue et Définitive, Rente Éducation, Rente substitutive de conjoint et Rente Handicap s'il s'acquiesce auprès des organismes assureurs des cotisations correspondantes.

L'information du salarié sur ce maintien optionnel incombe au souscripteur.

La demande du salarié doit être formulée par écrit et adressée avant la date d'effet de la suspension du contrat de travail. **Au-delà de cette date, le salarié ne pourra plus bénéficier de ce maintien.**

Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations est égal au salaire tel que défini à l'article 10.2.1. du chapitre IV des présentes Conditions Générales, et précédant la date du début de suspension du contrat de travail.

Le salaire de référence servant de base au calcul des cotisations est égal à la moyenne des salaires bruts des 12 derniers mois civils d'activité perçus par l'assuré avant la suspension de son contrat de travail, majoré du 1/12^e des rémunérations variables brutes régulièrement versées au cours des 12 mois civils précédant la suspension de son contrat de travail, à l'exclusion des primes à périodicité plus longue que l'année.

ARTICLE 9 - TERME DES GARANTIES

Sous réserve des dispositions prévues aux points 1 et 2 ci-après, les garanties définies aux présentes Conditions Générales et aux Conditions Particulières cessent au plus tard :

- à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion de l'association ou de l'établissement consécutive à la dénonciation du régime de prévoyance prévu par l'Accord cadre du 15 mars 2011 ;
- à la date d'effet de la radiation de l'association ou de l'établissement consécutive au changement de secteur d'activité ;

- à l'issue de la procédure de suspension des garanties en cas de non paiement des cotisations, telle que prévue à l'article 15 du chapitre V des présentes Conditions Générales ;
- à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale de l'assuré sauf cas de cumul-emploi retraite prévu par la législation en vigueur ;
- à la date de rupture du contrat de travail de l'assuré lorsqu'il ne perçoit pas ou ne satisfait pas aux conditions pour percevoir des prestations au titre du contrat ;
- au décès de l'assuré ;
- et en tout état de cause, à la date de résiliation du présent contrat.

9.1. Rupture du contrat de travail

Les assurés cessant d'appartenir à l'effectif du souscripteur (démission, licenciement, survenance du terme d'un contrat de travail à durée déterminée...) sont radiés des garanties dès la date d'effet de la démission, du licenciement (préavis éventuel effectué ou non, inclus) ou du terme du contrat de travail.

Toutefois, les assurés en arrêt de travail pour maladie, accident, invalidité ou incapacité qui bénéficient à ce titre de prestations au titre du contrat avant la rupture du contrat de travail restent garantis pendant toute la durée de leur indemnisation.

9.2. Résiliation du contrat

9.2.1. Effets sur les garanties

Toutes les garanties prennent fin à la date de résiliation du contrat.

Toutefois, en cas de résiliation, les garanties en cas de décès (capital décès et rentes d'éducation ou substitutive de conjoint et rente handicap) sont maintenues pour les salariés et anciens salariés bénéficiaires des prestations incapacité et invalidité au titre du contrat, tant que se poursuit l'arrêt de travail ou le classement en invalidité en cause, par les organismes assureurs et ce, au niveau de prestation en vigueur au jour de la résiliation du contrat.

9.2.2. Effets sur les prestations

Les prestations en cours de service ou résultant d'un événement garanti survenu antérieurement à la date de résiliation, continuent d'être assurées au niveau atteint jusqu'à l'extinction des droits.

Les organismes assureurs garantiront les prestations en cas de passage en invalidité dans les conditions prévues aux présentes Conditions Générales des assurés indemnisés au titre de la garantie Incapacité temporaire à la date de résiliation.

La revalorisation du salaire de référence servant au calcul des prestations cesse à la date d'effet de la résiliation du contrat.

Les dispositions reproduites ci-dessus s'appliquent également en cas de radiation du souscripteur.

Chapitre IV MODE DE CALCUL DES COTISATIONS ET DES PRESTATIONS

ARTICLE 10 - SALAIRES DE RÉFÉRENCE

10.1. Salaire servant de base au calcul des cotisations

Le salaire retenu est composé, dans la limite des tranches indiquées ci-après, ou de l'une d'entre elles, figurant aux Conditions Particulières :

- la tranche A des rémunérations perçues : partie du salaire annuel brut limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale;
- la tranche B des rémunérations perçues : partie du salaire annuel brut comprise entre le plafond de la tranche A et quatre fois ce plafond;
- la tranche C des rémunérations perçues : partie du salaire annuel brut comprise entre le plafond de la tranche B et huit fois le plafond de la tranche A.

Ce salaire comprend les rémunérations variables perçues au cours de l'année civile d'assurance, à l'exclusion des primes à périodicité plus longue que l'année (prime de départ à la retraite...).

10.2. Salaire servant de base au calcul des prestations garanties

10.2.1. Salaire servant de base au calcul des prestations décès et rentes éducation / substitutive de conjoint / Rente handicap

Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations, est le salaire fixe brut ayant servi d'assiette aux cotisations au cours des 12 mois civils précédant l'événement ouvrant droit aux prestations.

Ce salaire comprend, éventuellement, les rémunérations variables supplémentaires, régulièrement perçues au cours de l'année civile d'assurance, à l'exclusion des primes à périodicité plus longue que l'année (prime de départ à la retraite...).

Lorsque la période de 12 mois est incomplète, le salaire de référence est reconstitué sur la base du salaire du ou des derniers mois civils d'activité ayant donné lieu à cotisation.

Dans le cas où l'intéressé percevrait des prestations au titre du présent régime de prévoyance au cours de cette période (indemnités journalières ou rentes invalidité/incapacité permanente professionnelle), le capital et les rentes éducation ou rentes substitutives de conjoint seront calculés sur la base du salaire de référence retenu pour le calcul des dernières prestations, y compris éventuellement les revalorisations.

10.2.2. Salaire servant de base au calcul des prestations Incapacité temporaire de travail - Invalidité / Incapacité Permanente Professionnelle

Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations, est le salaire net à payer d'activité que l'assuré a perçu au cours des 12 mois civils précédant l'événement ouvrant droit aux prestations.

Ce salaire comprend, éventuellement, les rémunérations variables supplémentaires, régulièrement perçues au cours de l'année civile d'assurance, à l'exclusion des primes à périodicité plus longue que l'année (prime de départ à la retraite...).

Lorsque la période de 12 mois est incomplète, le salaire de référence est reconstitué sur la base du salaire net du ou des derniers mois civils d'activité ayant donné lieu à cotisation.

En cas d'arrêt de travail au cours de cette période, le salaire net à payer d'activité est entièrement reconstitué.

Clause de cumul :

Concernant les garanties indemnitaires, en aucun cas, le cumul des prestations de la Sécurité sociale, des prestations complémentaires versées par les organismes assureurs, d'un éventuel salaire à temps partiel ou revenu de remplacement, pension de retraite ne peut conduire le salarié à percevoir plus que ce qu'il aurait perçu s'il avait été en activité (salaire brut - charges sociales légales et conventionnelles, et prélèvements sociaux).

ARTICLE 11 - REVALORISATION

11.1. Revalorisation de l'assiette des prestations

Le salaire de référence peut être revalorisé pour le calcul des prestations autres que celles liées à l'incapacité temporaire totale, lorsque l'assuré justifie ou justifiait d'un arrêt de travail indemnisé par la Sécurité sociale ou non (exclusivement dans ce dernier cas au profit des salariés ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits en espèces de la Sécurité sociale et indemnisés par le contrat) d'une durée égale ou supérieure à 180 jours continus, au jour de son décès ou à la date à laquelle le bénéficiaire peut prétendre contractuellement au versement des prestations.

Le taux de revalorisation est fixé par référence à la variation du point de retraite Agirc constatée entre le début de l'arrêt de travail de l'assuré (ou à défaut le jour de son décès) et à la date à laquelle le bénéficiaire peut prétendre contractuellement au versement des prestations.

11.2. Revalorisation des prestations périodiques en cours de service

Les prestations en cours de service sont revalorisées une fois par an, au 1^{er} juillet, sur la base de l'évolution du point de retraite Agirc, lorsque l'assuré justifie d'un arrêt de travail d'une durée égale ou supérieure à 180 jours continus à la date d'application de la revalorisation.

La première revalorisation sera donc mise en œuvre au plus tôt à compter du 181^e jour d'arrêt de travail continu.

Le taux de revalorisation est fixé par référence à la variation du point de retraite Agirc constatée entre le début de l'arrêt de travail de l'assuré et la date à laquelle ce dernier peut prétendre contractuellement au versement des prestations.

Les revalorisations sont servies dans la limite des résultats techniques du régime.

Chapitre V CONDITIONS DE RÈGLEMENT DES COTISATIONS

ARTICLE 12 - COTISATION DUE

Les garanties sont assurées par les organismes assureurs en contrepartie du versement des cotisations.

La cotisation est fixée aux Conditions Particulières et est révisable à chaque échéance annuelle nonobstant les révisions liées à tout changement législatif ou réglementaire justifiant une révision sans délai.

ARTICLE 13 - EXONÉRATION DU PAIEMENT DES COTISATIONS

Les assurés en arrêt de travail, dès lors qu'ils sont bénéficiaires d'indemnités journalières ou de rentes complémentaires servies par les organismes assureurs au titre de l'incapacité temporaire de travail, de l'invalidité ou de l'incapacité permanente professionnelle, ou en congé maternité, sont exonérés de cotisations prévoyance tant patronales que salariales.

L'exonération des cotisations cesse en cas de reprise du travail à temps partiel ou complet de l'assuré, la cotisation étant alors due sur la base du salaire versé par le souscripteur.

ARTICLE 14 - CONDITIONS DE PAIEMENT DES COTISATIONS

La cotisation annuelle est payable par le souscripteur trimestriellement et à terme échu au plus tard dans les 10 jours qui suivent la fin de chaque trimestre civil. Chaque règlement doit être accompagné du bordereau trimestriel de cotisations dûment rempli par le souscripteur.

Le souscripteur est seul responsable du paiement de la totalité des cotisations, y compris les parts salariales précomptées sur le salaire des assurés.

Toutes les règles contractuelles et légales relatives au paiement des cotisations sont applicables à l'ajustement annuel des cotisations.

En l'absence de communication de l'état nominatif, les organismes assureurs pourront procéder à toutes régularisations sur la base des éléments en leur possession.

ARTICLE 15 - DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

A défaut de paiement dans les délais prévus à l'article 14 ci-dessus et après mise en demeure opérée par lettre recommandée non suivie d'effet dans un délai de 30 jours après son envoi, les garanties sont suspendues.

Faute de paiement dans un délai de 40 jours à compter de l'envoi de cette même lettre, le contrat est résilié automatiquement sans pour autant libérer le souscripteur du paiement de l'intégralité des cotisations dues.

Chapitre VI CONDITIONS DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Les garanties viennent en complément des prestations versées par la Sécurité sociale réelles ou reconstituées de manière théorique le cas échéant, et sont calculées compte tenu des règles du régime général de la Sécurité sociale en vigueur à la date d'effet du contrat.

ARTICLE 16 - VERSEMENT DES PRESTATIONS

Les prestations garanties par les organismes assureurs sont versées soit directement aux bénéficiaires, soit par l'intermédiaire du souscripteur, sur production d'une demande de prestation accompagnée des justificatifs requis. Lorsque le mode de paiement choisi donne lieu à perception de frais ceux-ci sont déduits du montant des prestations. Les pièces justificatives nécessaires à la constitution du dossier sont à la charge du bénéficiaire.

ARTICLE 17 - TERRITORIALITÉ

Les garanties du présent contrat de prévoyance sont acquises aux assurés exerçant leur activité sur le territoire français (y compris les DOM-TOM). Celles-ci produisent leur effet dans le monde entier. Les prestations sont payées en euros.

ARTICLE 18 - PLAFONDS DE GARANTIES

18.1. Plafond par assuré

Les engagements des organismes assureurs, sur les capitaux et capitaux constitutifs de rentes versés au décès de chaque assuré sont limités au montant indiqué aux Conditions Particulières, y compris les capitaux supplémentaires pour accident, accident du travail, double effet, capitaux constitutifs de rentes éducation ou substitutive de conjoint.

Les capitaux constitutifs de rentes d'invalidité et d'incapacité sont plafonnés par assuré selon les montants indiqués aux Conditions Particulières.

18.2. Plafond par événement catastrophique

Si un même événement entraîne le décès ou la constatation de l'invalidité absolue et définitive ou de l'invalidité-

incapacité permanente d'au moins quatre assurés dans les 12 mois de sa survenance, les engagements des organismes assureurs, pour l'ensemble des capitaux et capitaux constitutifs de rentes versés ou garantis au titre de cet événement, seront tenus dans la limite d'un montant indiqué aux Conditions Particulières.

ARTICLE 19 - PRESCRIPTION

Les délais de prescription sont définis, dans le cadre des présentes Conditions Générales, comme suit :

Versement des capitaux ou rentes suite à décès :

Les demandes non présentées dans un délai de dix ans suivant la date du décès ne donneront pas lieu au versement des prestations, sauf cas de force majeure.

Versement des capitaux ou rentes suite à invalidité absolue et définitive ou incapacité permanente professionnelle d'un taux égal ou supérieur à 80% :

Les demandes non présentées dans un délai de cinq ans suivant la date d'attribution par la Sécurité sociale (ou par le médecin conseil des organismes assureurs) de la pension d'invalidité ou de la rente pour accident du travail au taux supérieur ou égal à 80% ne donneront pas lieu au versement des prestations, sauf cas de force majeure.

Versement des indemnités journalières ou rentes suite à incapacité temporaire de travail, invalidité ou incapacité permanente professionnelle :

Les demandes non présentées dans un délai de cinq ans suivant la date de l'arrêt de travail ou de la date d'attribution par la Sécurité sociale de la pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité permanente ne donneront pas lieu au versement des prestations, sauf cas de force majeure.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception.

Quand l'action du souscripteur, de l'assuré, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre les organismes assureurs 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 le souscripteur, l'assuré, le bénéficiaire ou l'ayant droit ou a été indemnisé par celui-ci.

Chapitre VII RISQUES EXCLUS

ARTICLE 20 - EXCLUSIONS

Ne sont pas pris en charge les risques résultant :

- du fait intentionnel de l'assuré provoquant une incapacité temporaire ou permanente ;

- du fait d'une guerre étrangère à laquelle la France serait partie sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à venir ;
- du fait de guerres civiles et étrangères dès lors que l'assuré y prend une part active ;
- du fait de sinistres survenus à la suite des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de la transmutation de noyaux atomiques ;
- d'un acte effectué sous l'emprise de l'ivresse si le taux d'alcoolémie est supérieur à la limite fixée par le Code de la Route en vigueur au moment du sinistre, de l'utilisation de stupéfiants ou de substances médicamenteuses en l'absence ou en dehors des limites des prescriptions médicales.

Le bénéficiaire ayant fait l'objet d'une condamnation pénale pour l'homicide volontaire ou la tentative d'homicide volontaire de l'assuré est déchu de tout droit au capital décès, à la rente handicap, à la rente éducation ou à la rente substitutive de conjoint. Le capital (ou la rente éducation) est versé aux autres bénéficiaires, à l'exception de ceux reconnus comme co-auteurs ou complices.

Chapitre VIII AUTRES DISPOSITIONS

ARTICLE 21 - CONTRÔLES MÉDICAUX

Les organismes assureurs peuvent, à tout moment, faire procéder à tous contrôles, visites médicales et enquêtes qu'ils jugeraient nécessaires pour se prononcer sur l'ouverture ou la poursuite du service des prestations.

Ils peuvent également, à tout moment, effectuer eux-mêmes les enquêtes et contrôles administratifs qu'ils estiment utiles. Le service des prestations peut être refusé ou suspendu si l'intéressé refuse ces contrôles ou refuse de fournir les pièces justificatives demandées par les organismes assureurs ou si l'arrêt n'est pas médicalement justifié.

En tout état de cause, les organismes assureurs s'engagent à informer le souscripteur du contrôle et du résultat de celui-ci.

La situation médicale de l'assuré peut conduire les organismes assureurs à adopter une position différente de celle de la Sécurité sociale par rapport au service des prestations d'incapacité de travail et d'invalidité permanente.

ARTICLE 22 - MODALITÉS DE GESTION SPÉCIFIQUES AUX PERSONNES NE SATISFAISANT PAS AUX CONDITIONS D'OUVERTURE DES DROITS EN ESPÈCES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

• Arrêt de travail ayant pour origine un accident du travail ou une maladie professionnelle :

La Sécurité sociale ne conditionne pas le versement de ses prestations dans ce cas, ni en terme de durée, ni d'ancienneté ou montant de cotisations réglé.

En conséquence, les prestations du régime complémentaire sont versées sans aucune particularité.

• Arrêt de travail ayant pour origine un accident ou une maladie d'ordre privé :

Dans ce cas, et à défaut de justification de l'arrêt de travail par la production du bordereau de Sécurité sociale, la légitimité de l'indemnisation complémentaire (avec reconstitution théorique de la prestation Sécurité sociale) devra être justifiée comme suit :

- Il devra être fourni un certificat médical, ainsi que l'attestation de non prise en charge de la Sécurité sociale qui en précise la raison.

- Dans l'hypothèse où l'arrêt se poursuivrait, l'éventuel classement en invalidité ainsi que le niveau de celle-ci (susceptible d'entraîner le versement anticipé du capital décès) seront déterminés par le médecin conseil des organismes assureurs, en accord avec le médecin traitant de l'assuré, et selon les barèmes utilisés par la Sécurité sociale. Les décisions seront notifiées à l'assuré à qui elles s'imposeront, s'il ne le conteste pas en apportant des éléments contradictoires.

En cas de désaccord, une procédure de conciliation sera engagée par l'intermédiaire du médecin traitant de l'assuré.

- Dans tous les cas, l'assuré ne pourra se soustraire au contrôle que jugera nécessaire le médecin conseil des organismes assureurs, et devra répondre positivement à toute convocation de ce dernier.

En cas d'impossibilité, dûment justifiée, de se déplacer, l'assuré devra accepter de recevoir le médecin à son domicile, selon un rendez-vous pris en commun.

- Sauf cas de force majeure, l'assuré qui refuserait de se soumettre à un contrôle se verra suspendre son droit à prestation tant que le dit contrôle ne pourra avoir lieu.

En tout état de cause, si l'assuré ne peut bénéficier des prestations de la Sécurité sociale du fait qu'il ne remplit pas les conditions de durée d'immatriculation, le règlement des prestations est effectué le cas échéant par les organismes assureurs comme si cet organisme intervenait, sous réserve que lui soit délivrée toute pièce justifiant de l'arrêt de travail acceptée comme telle par les organismes assureurs dans les conditions décrites ci-avant.

ARTICLE 23 - LITIGES MÉDICAUX

En cas de contestation médicale, celle-ci est appréciée en dernier ressort par un médecin arbitre désigné d'un commun accord par le médecin conseil mandaté par les organismes assureurs et le médecin traitant de l'assuré.

Dans le cas où cet accord ne pourrait être réalisé, le médecin arbitre sera désigné, à la demande d'un des deux médecins, par le Président du T.G.I. statuant par ordonnance de référé, dans le ressort du siège social des organismes assureurs. Les conclusions de cette expertise seront opposables aux organismes assureurs et à l'assuré, sans que ce dernier ne puisse se prévaloir de la poursuite éventuelle d'une indemnisation par la Sécurité sociale.

Les honoraires du médecin conseil ou du médecin choisi par les organismes assureurs restent à la charge des organismes assureurs ainsi que les honoraires et les frais de nomination du tiers expert.

Toutefois, dans l'hypothèse où le tiers expert confirmerait la décision prise à l'égard de l'assuré, les honoraires et les frais de nomination du tiers expert seront à la charge de l'assuré.

ARTICLE 24 - RÉCLAMATION ET LITIGES

Pour toute réclamation ou litige, le souscripteur ou l'assuré, doit s'adresser à l'organisme ayant recueilli sa souscription ou son adhésion.

Si toutefois, après son intervention, la réclamation ou le litige n'était pas réglé, il peut écrire à la Direction des projets de l'U.N.P.M.F. - Service Qualité Relations Clientèle - 255, rue de Vaugirard - 75015 PARIS (adresse administrative - 125, avenue de Paris - 92327 CHATILLON Cedex), en joignant la copie des réponses écrites qui lui ont été faites.

ARTICLE 25- FAUSSE DÉCLARATION INTENTIONNELLE

La garantie accordée à l'assuré par les organismes assureurs est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour les organismes assureurs, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises aux organismes assureurs qui ont droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

ARTICLE 26 - AUTORITÉ DE CONTRÔLE DES ORGANISMES ASSUREURS

L'organisme de contrôle des organismes assureurs est l'Autorité de Contrôle Prudentiel (A.C.P.) située au 61, rue Taitbout - 75009 PARIS.

ARTICLE 27 - INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

En vertu des dispositions de la Loi informatique et Libertés du 6 janvier 1978, le souscripteur et les assurés disposent d'un droit d'accès et de rectification des informations nominatives détenues qui s'exerce auprès des organismes assureurs.

L'ensemble des informations recueillies dans le cadre de la gestion d'un dossier de prestations sont destinées à mettre en œuvre les garanties auxquelles le bénéficiaire peut prétendre.

Ces informations sont uniquement transmises aux prestataires sollicités dans l'organisation de la gestion des prestations ainsi qu'aux organismes assureurs.

A ce titre, les articles R.115.1 et R.115.2 du Code de la Sécurité sociale autorisent les organismes assureurs à gérer informatiquement des données nominatives et le Numéro d'Inscription au Répertoire (N.I.R.) dans le seul objectif de la gestion du régime.

ARTICLE 28 - SUBROGATION

Pour les garanties Incapacité Temporaire de travail, Invalidité-Incapacité Permanente professionnelle, les organismes assureurs sont subrogés de plein droit aux assurés victimes d'un accident à l'occasion duquel ont été versées des prestations complémentaires à caractère indemnitaire, dans leur action contre les tiers responsables et dans la limite des dépenses supportées par eux.

Chapitre IX DÉFINITIONS

Sauf avis médical différent en cas de contrôle tel que prévu à l'article 21 du chapitre VIII des présentes Conditions Générales et chaque fois que les garanties en tiennent compte, il faut entendre par :

ARTICLE 29 - INVALIDITÉ

Par invalidité il faut entendre la réduction de la capacité de travail ou de gain reconnue par la Sécurité sociale et entraînant le classement dans l'une des catégories d'invalides visées à l'article L.341-4 du Code de la Sécurité sociale :

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

ARTICLE 30 - INCAPACITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE (I.P.P.)

30.1. Incapacité Permanente Professionnelle d'un taux égal ou supérieur à 66 %

Il s'agit de la reconnaissance par la Sécurité sociale (en application de l'article L.434-2 alinéa 1^{er} du Code de la Sécurité sociale) d'un taux d'incapacité permanente égal ou supérieur à 66 %, entraînant le versement d'une rente au titre des accidents du travail ou des maladies professionnelles (article L. 434-2 dudit Code).

L'incapacité permanente d'un taux égal ou supérieur à 66 % qui résulte d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle est assimilée, pour le calcul du montant de la prestation versée, à l'invalidité de 2^e catégorie ou de 3^e catégorie si l'état de l'assuré nécessite l'assistance d'une tierce personne.

30.2. Incapacité Permanente Professionnelle d'un taux compris entre 33 % et moins de 66 %

Est visée par le présent paragraphe, l'incapacité permanente (au sens de l'article L.434-2 du Code de la Sécurité sociale) d'un taux compris entre 33% et moins de 66 % résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle et indemnisée comme telle par la Sécurité sociale au titre de l'article L.434-2.

Le montant de la rente d'incapacité permanente partielle est calculé en fonction de la formule :

$$\frac{R \times 3N}{2}$$

« N » étant le taux d'incapacité permanente;
« R » le montant trimestriel de la rente d'invalidité 2^e catégorie qui serait versé par les organismes assureurs.

ARTICLE 31 - INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE

Il faut entendre par Invalidité Absolue et Définitive, l'invalidité 3^e catégorie définie à l'article L.341-4 du Code de la Sécurité sociale :

« 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 ».

Est assimilé à l'état d'I.A.D., le salarié en arrêt de travail pour cause d'accident du travail ou maladie professionnelle dont le taux d'Incapacité fixé par la Sécurité sociale en application de l'article L.434-2 du Code de la Sécurité sociale est égal ou supérieur à 80 %.

ARTICLE 32 - ACCIDENT ET ACCIDENT DU TRAVAIL

On entend par accident toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré, provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Ne sont pas considérés comme accidents les dommages résultant d'un traitement médical ou chirurgical ou de conséquences d'examens médicaux.

Par accident du travail ou maladie professionnelle, il faut entendre celui (ou celle) reconnu(e) comme tel(le) par la Sécurité sociale.

ARTICLE 33 - ENFANTS À CHARGE

Sont considérés comme tels, indépendamment de la position fiscale, les enfants de l'assuré et de son conjoint (ou concubin ou partenaire lié par un Pacs), qu'ils soient légitimes, naturels, adoptifs, reconnus ou recueillis :

- jusqu'à leur 18^e anniversaire, sans condition ;
- jusqu'à leur 26^e anniversaire, et sous condition, soit :
 - de poursuivre des études dans un établissement d'enseignement secondaire, supérieur ou professionnel ;
 - d'être en apprentissage ;
 - de poursuivre une formation professionnelle en alternance, dans le cadre d'un contrat d'aide à l'insertion professionnelle des jeunes associant d'une part des enseignements généraux professionnels et technologiques dispensés pendant le temps de travail, dans des organismes publics ou privés de formation, et d'autre part l'acquisition d'un savoir-faire par l'exercice en entreprise d'une ou plusieurs activités professionnelles en relation avec les enseignements reçus ;
 - d'être préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré :
 - ▶ inscrits auprès de Pôle Emploi comme demandeurs d'emploi,
 - ▶ ou stagiaires de la formation professionnelle ;
 - d'être employés dans un Établissement et Service d'Aide par le Travail (E.S.A.T) ou dans un atelier protégé, en tant que travailleurs handicapés ;
- sans limitation de durée en cas d'invalidité avant le 26^e anniversaire, équivalente à l'invalidité de 2^e ou 3^e catégorie de la Sécurité sociale justifiée par un avis médical ou tant qu'ils bénéficient de l'allocation spécifique aux personnes handicapées (Allocation d'Enfant Handicapé ou d'Adulte Handicapé) et tant qu'ils sont titulaires de la carte d'invalidité civile, sous réserve d'être âgés de moins de 26 ans à la date du décès du parent assuré.

Par assimilation, sont considérés à charge, s'ils remplissent les conditions indiquées ci-dessus, les enfants à naître et nés viables et les enfants recueillis, c'est-à-dire ceux de l'ex-conjoint éventuel, du conjoint ou du concubin ou du partenaire lié par un Pacs, de l'assuré décédé qui ont vécu au foyer jusqu'au moment du décès et si leur autre parent n'est pas tenu au versement d'une pension alimentaire.

ARTICLE 34 - CONJOINT, CONCUBIN, PACSÉ

On entend par conjoint, l'époux ou l'épouse de l'assuré non divorcé ni séparé de corps judiciairement.

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

On entend par partenaire lié par un Pacs, la personne liée à l'assuré par un Pacte Civil de Solidarité tel que défini à l'article 515-1 du Code Civil.

TITRE II : LES GARANTIES

Chapitre X GARANTIE DÉCÈS - INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE

ARTICLE 35 - OBJET DE LA GARANTIE

Cette garantie a pour objet le versement d'un capital en cas de décès ou d'Invalidité Absolue et Définitive (I.A.D.) ou d'Incapacité Permanente Professionnelle (I.P.P.) d'un taux égal ou supérieur à 80 % de l'assuré, telles que définies à l'article 31 du chapitre IX des présentes Conditions Générales, reconnue par la Sécurité sociale (ou le médecin conseil des organismes assureurs pour les salariés ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits en espèces de la Sécurité sociale), quelle qu'en soit la cause, au profit d'un ou plusieurs bénéficiaires tels que décrits à l'article 37 ci-après.

ARTICLE 36 - MONTANT DES PRESTATIONS

36.1. Capital en cas de décès :

- **350 % du salaire annuel brut de référence défini à l'article 10.2.1. du chapitre IV des présentes Conditions Générales.**

36.2. Capital en cas d'I.A.D. ou I.P.P. d'un taux égal ou supérieur à 80% de l'assuré :

- **450 % du salaire annuel brut de référence défini à l'article 10.2.1. du chapitre IV des présentes Conditions Générales.**

Le versement du capital au titre de l'Invalidité Absolue et Définitive ou l'I.P.P. d'un taux égal ou supérieur à 80% se substitue à la garantie Décès et y met fin par anticipation.

36.3. Capital pour orphelin (double effet) :

Le décès postérieur ou simultané du conjoint non remarié, du concubin ou du partenaire de Pacs et alors qu'il reste des enfants à charge tels que définis à l'article 33 du chapitre IX des présentes Conditions Générales, entraîne le versement au profit de ces derniers d'un capital égal à 100% du capital versé en cas de décès toutes causes.

L'Invalidité Absolue et Définitive ou l'I.P.P. d'un taux supérieur ou égal à 80% du conjoint sont assimilées au décès pour l'attribution de la prestation « Capital pour orphelin ».

Le versement anticipé du capital pour orphelin faisant suite à l'Invalidité Absolue et Définitive ou l'I.P.P. d'un taux supérieur ou égal à 80% du conjoint met fin à la garantie capital pour orphelin.

ARTICLE 37 - BÉNÉFICIAIRES DES PRESTATIONS EN CAS DE DÉCÈS

37.1. En cas de décès

Les bénéficiaires des capitaux dus lors du décès de l'assuré sont la ou (les) personne(s) ayant fait l'objet d'une désignation écrite et formelle de la part de l'assuré auprès des organismes assureurs.

En cas de pluralité de bénéficiaires de même rang et de prédécès de l'un ou de plusieurs d'entre eux, la part du capital lui (leur) revenant est répartie entre les autres bénéficiaires au prorata de leur part respective.

En l'absence de désignation expresse ou en cas de prédécès de tous les bénéficiaires, le capital est attribué suivant l'ordre de priorité ci-après :

- au conjoint survivant non divorcé ni séparé de corps judiciairement, à défaut au partenaire de Pacs ou au concubin notoire (ceux-ci ayant toujours cette qualité au jour du décès);
- à défaut, à ses enfants nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales;
- à défaut, à ses petits enfants par parts égales;
- à défaut de descendants directs, à ses parents survivants par parts égales;
- à défaut de ceux-ci, aux grands-parents survivants par parts égales;
- à défaut, et par parts égales, à ses frères et sœurs;
- à défaut de tous les susnommés, aux héritiers et selon la répartition en vigueur conformément aux principes du droit des successions.

Il est précisé que l'assuré peut, à tout moment, faire une désignation différente par lettre adressée aux organismes assureurs, à condition que le ou (les) bénéficiaire(s) n'ait (n'aient) pas accepté le bénéfice de l'assurance.

La désignation du (ou des) bénéficiaire(s) devient irrévocable en cas d'acceptation par ce (ou ces) dernier(s), si elle est effectuée dans les conditions suivantes :

- soit par voie d'acte authentique ou sous seing privé, signé de l'assuré et du bénéficiaire désigné, qui devra être notifié aux organismes assureurs pour leur être opposable;
- soit par un écrit signé conjointement par l'assuré, le bénéficiaire désigné et les organismes assureurs.

Si le bénéficiaire fait connaître dans ces conditions, en cours de contrat, son acceptation, l'assuré ne pourra plus modifier la désignation effectuée sans l'accord du bénéficiaire acceptant.

37.2. En cas d'I.A.D. ou d'I.P.P. d'un taux égal ou supérieur à 80%

En cas d'I.A.D. ou d'I.P.P. d'un taux égal ou supérieur à 80%, le bénéficiaire est l'assuré lui-même.

37.3. En cas de « capital pour orphelin »

Les bénéficiaires de la garantie « capital pour orphelin » sont les enfants à charge par parts égales entre eux tels que définis à l'article 33 du chapitre IX des présentes Conditions Générales.

ARTICLE 38 - CONDITIONS DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Les capitaux sont versés en une seule fois à réception des pièces visées au tableau récapitulatif des pièces à fournir et sous réserve, le cas échéant, du contrôle médical prévu à l'article 21 du chapitre VIII des présentes Conditions Générales.

Chapitre XI GARANTIE RENTE ÉDUCATION / RENTE TEMPORAIRE SUBSTITUTIVE DE CONJOINT

ARTICLE 39 - OBJET DE LA GARANTIE

En cas de décès de l'assuré, quelle qu'en soit la cause, ou de la reconnaissance par la Sécurité sociale (ou par le médecin conseil des organismes assureurs) de l'état d'I.A.D. ou d'I.P.P. d'un taux égal ou supérieur à 80% telles que définies à l'article 31 du chapitre IX des présentes Conditions Générales, il est versé une rente éducation ou, en cas d'absence d'enfant à charge, une rente temporaire substitutive de conjoint.

ARTICLE 40 - MONTANT DES PRESTATIONS

40.1. Rente éducation

Il est versé au profit de chaque enfant à charge une rente temporaire dont le montant annuel est égal à :

- jusqu'au 19^e anniversaire :
 - 15 % du salaire annuel brut de référence défini à l'article 10.2.1. du chapitre IV des présentes Conditions Générales.
- du 19^e au 26^e anniversaire (sous conditions d'étude ou événements assimilés) :
 - 20 % du salaire annuel brut de référence défini à l'article 10.2.1 du chapitre IV des présentes Conditions Générales.

Le montant de la rente servie par enfant à charge ne pourra être inférieur à 200 € par mois.

Le versement des rentes éducation par anticipation en cas d'I.A.D. ou d'I.P.P. d'un taux égal ou supérieur à 80% met fin à la garantie.

Le décès de l'assuré consécutif à une Invalidité Absolue et Définitive (I.A.D.) ou à une incapacité permanente professionnelle d'un taux égal ou supérieur à 80 %, ne peut donner lieu au versement d'une nouvelle rente éducation. En tout état de cause, le versement de la rente éducation ayant débuté à la date de reconnaissance de l'I.A.D. ou de l'I.P.P. d'un taux égal ou supérieur à 80 % se poursuit en cas de décès de l'assuré.

40.2. Rente temporaire substitutive de conjoint

En cas d'absence d'enfant à charge, il est versé au conjoint, concubin ou partenaire de Pacs, tels que définis à l'article 34 du chapitre IX des présentes Conditions Générales, une rente temporaire de conjoint dont le montant annuel est égal à :

5 % du salaire de référence défini à l'article 10.2.1. du chapitre IV des présentes Conditions Générales.

Le décès de l'assuré consécutif à une I.A.D. ou à une I.P.P. d'un taux égal ou supérieur à 80 % ne peut donner lieu au versement d'une nouvelle rente substitutive de conjoint.

En tout état de cause, le versement de la rente substitutive de conjoint ayant débuté à la date de reconnaissance de l'I.A.D. ou de l'I.P.P. d'un taux égal ou supérieur à 80 % se poursuit en cas de décès de l'assuré.

ARTICLE 41 - BÉNÉFICIAIRES DES PRESTATIONS

41.1. Rente éducation

Les bénéficiaires des rentes éducation sont les enfants à charge de l'assuré tels que définis à l'article 33 du chapitre IX des présentes Conditions Générales.

La qualité d'enfant à charge s'apprécie à la date de l'événement ouvrant droit à prestations.

Si le bénéficiaire est mineur non émancipé, la rente est servie pour son compte à la personne qui, au moment du versement de la rente, assume la charge effective et permanente de l'enfant.

Si le bénéficiaire est majeur protégé, la rente est servie pour son compte à son représentant légal.

Si l'enfant est majeur, la rente lui est versée directement, sur sa demande.

En cas d'I.A.D. ou d'I.P.P. d'un taux égal ou supérieur à 80%, la rente est versée à l'assuré.

En tout état de cause, les enfants répondant aux définitions et conditions ci-dessus doivent obligatoirement être à la charge du bénéficiaire.

41.2. Rente temporaire substitutive de conjoint

Le bénéficiaire de la rente temporaire substitutive de conjoint est le conjoint survivant de l'assuré non divorcé, ni séparé de corps judiciairement ou son concubin ou son partenaire de Pacs (ceux-ci ayant toujours cette qualité au jour du décès ou de l'invalidité absolue et définitive ou de l'I.P.P. d'un taux égal ou supérieur à 80%).

ARTICLE 42 - DURÉE DU SERVICE DES PRESTATIONS

42.1. Point de départ du service des rentes

Les rentes sont servies à compter du 1^{er} jour du mois civil qui suit le décès ou la constatation de l'invalidité absolue et définitive (I.A.D.) ou l'incapacité permanente professionnelle (I.P.P.) d'un taux égal ou supérieur à 80 %.

42.2. Cessation du paiement des rentes

42.2.1. Rente éducation

Le service des rentes prend fin à dater :

- du dernier jour du trimestre civil au cours duquel l'enfant cesse d'être à charge tel que défini à l'article 33 du chapitre IX des présentes Conditions Générales;
- et en tout état de cause, à compter du premier jour du mois suivant la date du décès du bénéficiaire.

Le service de la rente ne peut en aucun cas être repris.

42.2.2. Rente temporaire substitutive de conjoint

Le service de la rente temporaire cesse à la date de liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale du bénéficiaire et en tout état de cause le dernier jour du trimestre civil au cours duquel se produit son décès.

ARTICLE 43 - CONDITIONS DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Les rentes sont versées trimestriellement et à terme avance sur production des pièces et justificatifs demandés par les organismes assureurs et prévus au tableau récapitulatif des pièces à fournir sur production périodique d'un justificatif attestant que le bénéficiaire remplit toujours les conditions requises pour la poursuite du versement des prestations; le premier paiement comprenant, le cas échéant, un prorata au titre de la période écoulée entre la date d'effet de la rente et la fin du trimestre en cours.

En l'absence de justification, le versement de la rente est suspendu.

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

Chapitre IX GARANTIE RENTE HANDICAP

ARTICLE 44 - OBJET DE LA GARANTIE ET MONTANT DES PRESTATIONS

En cas de décès de l'assuré, quelle qu'en soit la cause, ou de la reconnaissance par la Sécurité sociale (ou par le médecin

conseil des organismes assureurs) de l'état d'I.A.D. ou d'I.P.P. d'un taux égal ou supérieur à 80% telles que définies à l'article 31 du chapitre IX des présentes Conditions Générales, il est versé une rente handicap pour chacun des enfants handicapés tels que décrits à l'article 45 ci-après, quel que soit leur âge à la date du décès ou de l'I.A.D. ou de l'I.P.P., dont le montant mensuel est égal à 500 euros pour l'année 2011.

L'évolution du montant de cette garantie est indexée sur l'augmentation du montant de l'Allocation aux Adultes Handicapés (A.A.H.). En cas de modification notable, ou bien de la disparition de l'A.A.H., un avenant à l'accord cadre devra déterminer une autre allocation spécifique aux personnes handicapées afin d'indexer le montant de la rente prévue par la présente garantie.

Le décès de l'assuré consécutif à une I.A.D. ou à une I.P.P. d'un taux égal ou supérieur à 80 % ne peut donner lieu au versement d'une nouvelle rente handicap. En tout état de cause, le versement de la rente handicap ayant débuté à la date de reconnaissance de l'I.A.D. ou de l'I.P.P. d'un taux égal ou supérieur à 80 % se poursuit en cas de décès de l'assuré.

ARTICLE 45 - BÉNÉFICIAIRES DES PRESTATIONS

Les bénéficiaires sont les enfants handicapés de l'assuré, à la date du décès ou de l'I.A.D. ou de l'I.P.P. d'un taux égal ou supérieur à 80% de l'assuré, dont l'état de handicap est reconnu selon les modalités prévues ci-dessous.

Reconnaissance de l'état de handicap : pour justifier du handicap du ou des bénéficiaire(s), il doit être obligatoirement joint à la demande de liquidation des prestations, sous enveloppe cachetée destinée au médecin-conseil des organismes assureurs, un certificat médical attestant, à la date du décès ou de l'invalidité absolue et définitive ou de l'I.P.P. d'un taux égal ou supérieur à 80% assimilable au décès de l'assuré, de l'état de handicap du bénéficiaire potentiel, limitant son activité ou restreignant sa participation à la vie en société, subie dans son environnement en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.

En outre, les organismes assureurs se réservent le droit de demander toutes autres pièces complémentaires qui leur seraient nécessaires pour l'étude du dossier de liquidation, et attestant du caractère substantiel, durable ou définitif du handicap et notamment toute décision administrative rendue par une commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées.

ARTICLE 46 - DURÉE DU SERVICE DES PRESTATIONS

42.1. Point de départ du service des rentes

Les rentes sont servies à compter du 1^{er} jour du mois civil qui suit le décès ou la constatation de l'invalidité absolue et définitive (I.A.D.) ou l'incapacité permanente professionnelle (I.P.P.) d'un taux égal ou supérieur à 80 %.

42.2. Cessation du paiement des rentes

Le service des rentes handicap cesse à compter du premier jour du mois suivant la date du décès du bénéficiaire.

ARTICLE 47 - CONDITIONS DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Les rentes sont versées trimestriellement et à terme avance et sous condition de vie, au bénéficiaire ou à son représentant légal, sur production des pièces et justificatifs demandés par les organismes assureurs.

Chapitre X GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL

ARTICLE 48 - OBJET DE LA GARANTIE

Cette garantie a pour objet de faire bénéficier d'indemnités journalières les assurés qui se trouvent momentanément dans l'incapacité totale médicalement constatée d'exercer une activité professionnelle quelconque par suite de maladie ou d'accident d'ordre professionnel ou non, prise en compte ou non par la Sécurité sociale (exclusivement dans ce dernier cas au profit des salariés ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits en espèces de la Sécurité sociale).

ARTICLE 49 - MONTANT DES PRESTATIONS

100% du salaire net de référence défini à l'article 10.2.2. du chapitre IV des présentes Conditions Générales, y compris les prestations nettes de CSG et de CRDS de la Sécurité sociale (restituées de manière théorique pour les salariés ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits en espèces de la Sécurité sociale).

En tout état de cause, le total net à payer perçu par le salarié (prestation nette de CSG/CRDS de la Sécurité sociale reconstituée de manière théorique le cas échéant, éventuel salaire net à payer à temps partiel et prestations complémentaires nettes ainsi que toutes autres ressources nettes) ne saurait excéder son salaire net à payer d'activité. Les organismes assureurs pourront donc réduire le montant de ces prestations si cette limite venait à être dépassée.

ARTICLE 50 - DURÉE DU SERVICE DES PRESTATIONS

50.1. Point de départ du service des prestations

Les indemnités journalières sont servies à compter du 91^e jour d'arrêt de travail, à l'issue d'une franchise de 90 jours d'arrêt de travail continus ou discontinus.

La franchise discontinue est appréciée au 1^{er} jour d'arrêt de travail en décomptant tous les jours d'arrêts (indemnisés ou non par les organismes assureurs) intervenus au cours des 12 mois consécutifs antérieurs.

Toutefois, dès lors que la prise en charge de l'arrêt de travail intervient durant la période de franchise de la Sécurité sociale, le montant de la prestation complémentaire s'entend y compris les prestations versées par la Sécurité sociale qui sont reconstituées de manière théorique.

Lorsque la franchise est atteinte, tout nouvel arrêt de travail fera l'objet d'une indemnisation dès le premier jour d'arrêt.

50.2. Cessation du paiement des prestations

La prestation cesse d'être versée :

- du jour où la Sécurité sociale cesse le versement des indemnités journalières, ou à la date à laquelle le médecin conseil des organismes assureurs cesse de reconnaître l'état d'incapacité temporaire de travail;
- dès la reprise du travail à temps complet;
- dès la reprise de travail à temps partiel, sauf si celle-ci est préconisée par la Sécurité sociale pour des raisons thérapeutiques;
- à la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale, sauf cas de cumul emploi-retraite tel que défini par la législation en vigueur;
- au jour du décès de l'assuré;
- à la date de reconnaissance par la Sécurité sociale de l'état d'invalidité ou d'une incapacité permanente professionnelle;
- et au plus tard, au 1 095^e jour d'arrêt de travail.

ARTICLE 51 - CONDITIONS DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Les demandes d'indemnités journalières doivent être transmises auprès des organismes assureurs dès réception des décomptes de prestations en espèces de la Sécurité sociale sur production des justificatifs définis dans le tableau récapitulatif des pièces à fournir, et à défaut d'intervention de la Sécurité sociale (exclusivement dans ce dernier cas au profit des salariés ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits en espèces de la Sécurité sociale), dès notification de l'arrêt de travail signé par le médecin traitant et réception de l'attestation de non prise en charge de la Sécurité sociale.

Les indemnités journalières sont versées par les organismes assureurs, au fur et à mesure de la présentation des pièces justificatives mentionnées ci-dessus au souscripteur, et en cas de rupture du contrat de travail, à l'assuré.

Chapitre XIV GARANTIE INVALIDITÉ, INCAPACITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE

ARTICLE 52 - OBJET DE LA GARANTIE

Dès la reconnaissance par la Sécurité sociale de l'état d'invalidité telle que définie à l'article L.341-4 du code de la Sécurité sociale ou d'Incapacité Permanente Professionnelle d'un taux supérieur ou égal à 33% en application de l'article L.434-2 du code de la Sécurité sociale (ou par le médecin conseil des organismes assureurs selon les modalités définies à l'article 22 du chapitre VIII des présentes Conditions Générales) de l'assuré, les organismes assureurs versent, sous réserve du contrôle médical prévu à l'article 21 du chapitre VIII des présentes Conditions Générales, une pension ou une rente complétant celle de la Sécurité sociale afin de compenser la perte de salaire.

ARTICLE 53 - MONTANT DES PRESTATIONS

Le montant de la prestation, y compris les prestations nettes de CSG et de CRDS servies par la Sécurité sociale et hors majoration pour tierce personne, est défini comme suit :

53.1. En cas d'invalidité 1^{ère} catégorie Sécurité sociale :

60 % du salaire net de référence défini à l'article 10.2.2. du chapitre IV des présentes Conditions Générales.

53.2. En cas d'invalidité 2^e ou 3^e catégorie Sécurité sociale ou d'I.P.P. d'un taux égal ou supérieur à 66 % :

100 % du salaire net de référence défini à l'article 10.2.2. du chapitre IV des présentes Conditions Générales.

3. En cas d'I.P.P. d'un taux compris entre 33 % et moins 66 % :

$$\frac{R \times 3N}{2}$$

«R» étant la rente d'invalidité versée en cas d'invalidité 2^e catégorie et «N» le taux d'incapacité déterminé par la Sécurité sociale.

En tout état de cause, le total net à payer perçu par l'assuré, hormis la majoration pour tierce personne (prestation nette de CSG/CRDS de la Sécurité sociale, reconstituée de manière théorique le cas échéant, éventuel salaire net à payer à temps partiel, prestation nette complémentaire, ainsi que toute autre ressource nette) ne saurait excéder son salaire net à payer d'activité. Les organismes assureurs pourront donc réduire le montant de ces prestations si cette limite venait à être dépassée.

ARTICLE 54 - DURÉE DE SERVICE DE PRESTATIONS

54.1. Point de départ du service des rentes

Les rentes d'invalidité ou d'incapacité sont servies à compter du versement par la Sécurité Sociale de la pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité (ou à compter de la décision prise par le médecin conseil des organismes assureurs selon les modalités définies à l'article 22 du chapitre VIII des présentes Conditions Générales).

La nécessaire antériorité du fait générateur :

Si l'assuré est licencié ou est arrivé au terme de son contrat de travail et se voit attribuer par la Sécurité sociale (ou par le médecin conseil des organismes assureurs) une pension d'invalidité ou une rente d'incapacité, les organismes assureurs n'interviendront à leur tour qu'à la condition que l'arrêt de travail initial médicalement constaté et indemnisé par la Sécurité sociale (ou pris en charge à titre complémentaire sur décision du médecin conseil des organismes assureurs), ait eu lieu avant la rupture du contrat de travail.

54.2. Cessation du paiement des rentes

La prestation cesse d'être versée :

- à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale, sauf cas de cumul emploi-retraite tel que défini par la législation en vigueur;
- au jour où la Sécurité sociale cesse le versement de la pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité ou à la date à laquelle le médecin conseil des organismes assureurs cesse de reconnaître l'état d'invalidité ou d'incapacité de l'assuré;
- au jour où cesse le classement de l'assuré en 1^{ère}, 2^e ou 3^e catégorie ;
- au jour où le taux d'incapacité permanente professionnelle est devenu inférieur à 33 % ;
- au jour de la reprise à temps complet;
- au jour de la reprise de travail à temps partiel, sauf si celle-ci est préconisée pour des raisons thérapeutiques ;
- et, en tout état de cause, au jour du décès de l'assuré.

Le service des rentes, interrompu en application des dispositions prévues ci-dessus est automatiquement repris dans les limites fixées au contrat à compter du jour où il a été médicalement constaté par la Sécurité sociale ou le médecin conseil des organismes assureurs que l'incapacité de travail est redevenue supérieure à 33% ou que l'état d'invalidité génère à nouveau un classement en 1^{ère}, 2^e ou 3^e catégorie.

ARTICLE 54 - CONDITIONS DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Les demandes de prestations doivent être effectuées auprès des organismes assureurs sur production des justificatifs définis dans le tableau récapitulatif des pièces à fournir et ce :

- dès réception de la notification d'attribution de la pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité par la Sécurité sociale, ou dès la reconnaissance par le médecin conseil des organismes assureurs, de la situation d'invalidité ou d'incapacité de l'assuré;
- à défaut d'intervention de la Sécurité sociale, pour les assurés ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits en espèces de la Sécurité sociale, dès la notification de l'arrêt de travail signé par le médecin traitant ainsi que l'attestation de non prise en charge émanant de la Sécurité sociale.

Les prestations sont versées par les organismes assureurs à l'assuré à terme échu mensuellement sur production périodique d'un justificatif attestant de la poursuite du versement de la pension ou de la rente par la Sécurité sociale.

À FOURNIR POUR TOUTE DEMANDE DE PRESTATIONS

Les organismes assureurs se réservent le droit de réclamer tout autre pièce nécessaire au paiement des prestations

DOCUMENTS À FOURNIR		Incapacité de travail (I.J.)	Rentes Invalidité et I.P.P.	Décès I./A.D.	Rente Éducation	Rente substitutive de conjoint	Rente handicap
Demande d'indemnités journalières, signée par le représentant qualifié de l'employeur		●					
Décomptes d'indemnités journalières de la Sécurité sociale, à défaut, la notification de l'arrêt de travail du médecin traitant de l'assuré et l'attestation de non prise en charge émanant de la Sécurité sociale		●					
En cas de temps partiel thérapeutique joindre les attestations de salaires et les bordereaux de Sécurité sociale		●					
Photocopies des bulletins de salaire des 12 derniers mois civils précédant l'évènement ouvrant droit aux prestations		●	●	●	●	●	●
Demande de rente d'invalidité, d'incapacité permanente professionnelle, de rente éducation, de rente substitutive de conjoint ou de rente handicap signée par le représentant qualifié de l'employeur			●		●	●	●
Notification d'attribution de la rente d'invalidité ou d'incapacité Permanente Professionnelle en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, émanant de la Sécurité sociale, à défaut, la notification de l'arrêt de travail du médecin traitant de l'assuré et l'attestation de non prise en charge émanant de la Sécurité sociale			●				
Attestation sur l'honneur de non activité rémunérée ou justificatif de salaire en cas d'activité rémunérée			●	●			
Demande de capital Décès signée par le représentant qualifié de l'employeur				●			
Acte de décès (bulletin de décès)				●			
Titre de pension d'invalidité de 3 ^e catégorie ou de rente d'accident du travail ayant donné lieu à l'attribution d'une majoration pour tierce personne, émis par Sécurité sociale				●	●	●	●
Copie du livret de famille du défunt ou un acte de mariage, à défaut un acte de naissance du défunt				●			
Acte de naissance de chaque enfant bénéficiaire si le livret de famille du défunt n'est pas produit					●		●
Justificatif de la qualité de conjoint ou à défaut, d'ayants droit ainsi que les numéros de Sécurité sociale des ayants droit				●	●	●	●
Acte de naissance de chaque bénéficiaire lorsque le bénéficiaire est un ascendant de l'assuré ou un bénéficiaire désigné (autre que conjoint et enfants) ou un héritier				●	●	●	●
Photocopie du dernier avis d'imposition du salarié, et le cas échéant du concubin ou partenaire Pacs				●	●	●	●
En présence d'enfants, un certificat de scolarité ou, à défaut pour les enfants de plus de 18 ans, copie du contrat d'apprentissage ou de professionnalisation				●	●		●
Si personne infirme à charge, la carte d'invalidité civil ou d'attribution de l'allocation pour adulte handicapé					●	●	●
Justificatifs utiles de l'identité, la qualité et l'adresse des bénéficiaires				●	●		●
Attestation d'inscription à Pôle Emploi				●	●	●	●
Copie certifiée conforme du jugement de tutelle nommant le représentant légal des orphelins.					●		●
S'il y a lieu, une attestation de concubinage délivrée par la mairie, une photocopie du livret de famille pour les concubins ayant des enfants en commun ou, à défaut, une déclaration sur l'honneur accompagnée d'un justificatif de domicile commun (quittance de loyer aux deux noms, quittance d'électricité, de téléphone)				●		●	
S'il y a lieu une attestation établissant l'engagement dans les liens d'un Pacs, délivrée par le greffe du tribunal d'instance du lieu de naissance (attestation de moins de 3 mois)				●		●	●
Attestation détaillée du médecin traitant de l'assuré				●	●	●	●
Certificat médical sous enveloppe cachetée attestant de l'état de handicap du bénéficiaire							●

En tout état de cause, le numéro de Sécurité sociale de l'assuré devra figurer sur chaque demande ci-dessus.



Union Nationale de la Prévoyance de la Mutualité Française (U.N.P.M.F.)

Union soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité,
enregistrée au Registre National des Mutuelles sous le n° 442 574 166,
Siège social : 255, rue de Vaugirard - 75015 PARIS

MALAKOFF MEDERIC Prévoyance

Institution de prévoyance relevant du Code de la Sécurité sociale,
Siège social : 21, rue Laffitte - 75009 PARIS

La gestion étant confiée à la Mutuelle CHORUM

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité,
enregistrée au Registre National des Mutuelles sous le n° 784 621 419,
Siège social : 56-60 rue Nationale - 75013 PARIS