



RÉGIME DE PRÉVOYANCE

Notice d'information
Édition octobre 2011

**relative au contrat de prévoyance
collective à adhésion obligatoire
souscrit par l'Association des Paralysés
de France (APF) au bénéfice de ses
salariés non cadres et cadres**

Garanties à compter du 1^{er} janvier 2010



PRÉAMBULE

Votre employeur a souscrit, auprès de l'UNPMF, un contrat de prévoyance collective à adhésion obligatoire pour l'ensemble de son personnel salarié non cadre (sur les tranches A et B du salaire) et cadre (dans la limite de la tranche A du salaire), qui a pour objet de vous permettre de bénéficier des garanties décès, incapacité temporaire totale et invalidité/incapacité permanente. Ces garanties sont gérées par l'intermédiaire de Chorum qui perçoit les cotisations et verse les prestations dues, pour le compte de l'assureur.

La présente notice vous permet de connaître les garanties et prestations définies au contrat de prévoyance collective

à adhésion obligatoire souscrit par votre employeur, les conditions de leur application, les formalités à accomplir et les justificatifs à fournir.

Ce document indique également le contenu des clauses édictant les nullités, les déchéances, les exclusions ou les limitations de garanties ainsi que les délais de prescription.

Votre employeur doit vous remettre obligatoirement, dès lors que vous êtes dûment affilié, un exemplaire de la présente notice d'information. A cet effet, vous devez compléter et remettre à votre employeur l'attestation se trouvant à la page 17 ; cette attestation est destinée à certifier que vous avez bien reçu ce document.

SOMMAIRE

EFFET ET CESSATION DES GARANTIES	Page 2
GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE	Pages 3 à 4
GARANTIE INVALIDITÉ - INCAPACITÉ PERMANENTE	Pages 4 à 7
GARANTIE DÉCÈS	Pages 7 à 9
DISPOSITIONS GÉNÉRALES	Pages 9 à 14
DÉFINITIONS	Page 15
PIÈCES À FOURNIR	Page 16
ATTESTATION DE RÉCEPTION	Page 17

EFFET ET CESSATION DES GARANTIES

>> QUAND VOS GARANTIES PRENNENT-ELLES EFFET ?

Vous garanties prennent effet à la date de votre affiliation au contrat de prévoyance collective souscrit par votre employeur.

Vous avez été automatiquement affilié au contrat dès lors que vous étiez déjà salarié de l'APF à la date de prise d'effet du contrat, à savoir au 1^{er} janvier 2006. Si vous avez été embauché ultérieurement à cette date, votre affiliation prend effet à la date de votre embauche sous réserve que la déclaration de votre embauche ait

été réalisée dans les trois mois suivant votre prise effective de fonction. Au delà de ce délai, votre affiliation ne prend effet qu'à partir de la réception par les services de gestion Chorum de la déclaration effectuée par l'APF.

>> QUAND CESSENT-ELLES ?

Lorsque vous cessez d'appartenir aux effectifs de l'APF (démission - licenciement - terme du contrat de travail par exemple dans le cas de contrat à durée déterminée), vous êtes radié de la garantie à la date de rupture de votre contrat de travail, lorsque vous ne percevez pas ou ne remplissez pas les conditions pour percevoir des prestations de l'UNPMF.

GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE

>> QUEL EST L'OBJET DE LA GARANTIE ?

Lorsque vous êtes en incapacité temporaire totale, c'est à dire que vous vous trouvez dans l'obligation de cesser votre activité professionnelle à la suite d'un accident ou d'une maladie ouvrant droit au versement d'indemnités journalières par la Sécurité sociale au titre de l'assurance maladie ou de la législation sur les accidents du travail et maladies professionnelles, l'UNPMF vous verse une prestation complémentaire à celle versée par la Sécurité sociale.

Seules peuvent être indemnisées les périodes d'arrêt de travail donnant lieu à l'attribution d'indemnités journalières par la Sécurité sociale.

>> QUELLES SONT LES PRESTATIONS GARANTIES ?

Le montant des indemnités journalières est égal à :

- **Si vous êtes non cadre : 75 % du salaire de référence tranches A et B** prévu au paragraphe « assiette des prestations », page 9 de la présente notice, y compris les prestations versées par la Sécurité sociale, CSG/CRDS non retranchées.
- **Si vous êtes cadre : 75 % du salaire de référence tranche A** prévu au paragraphe « assiette des prestations », page 9 de la présente notice, y compris les prestations versées par la Sécurité sociale, CSG/CRDS non retranchées.

Le montant de cette prestation sera limité, le cas échéant, en application des règles définies au paragraphe « Montant maximum d'indemnisation », en page 10 de la présente notice.

Dans l'hypothèse où les prestations perçues de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme seraient réduites (notamment en cas d'envoi à la Caisse primaire d'assurance maladie de l'avis d'interruption de travail ou de prolongation d'arrêt de travail au-delà des délais prévus), celles-ci seront réputées avoir été versées à leur taux normal pour le calcul des prestations servies par l'UNPMF.

>> QUELLES SONT LES RÈGLES D'INDEMNISATION ?

Quand débute l'indemnisation ?

Les indemnités journalières sont servies à l'issue **d'une franchise de 90 jours d'arrêt de travail continu ou discontinu**.

On entend par franchise, la période d'arrêt de travail se situant entre le point de départ de l'arrêt de travail et le point de départ de la prestation. La détermination de la franchise est appréciée en décomptant, à la date de l'arrêt au titre duquel l'indemnisation est demandée, tous les arrêts indemnisés par la Sécurité sociale, intervenus en cours d'assurance dans les douze mois consécutifs précédents.

Toutefois, cette franchise n'est pas appliquée en cas de rechute constatée ou de rechute d'une maladie entrant dans la catégorie des affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse (articles L.322.3 ,3°,4° et L.324.1 du Code de la Sécurité sociale).

Lorsque, à la date d'arrêt au titre duquel l'indemnisation est demandée, la franchise n'est pas épuisée, on ajoute aux arrêts des 12 mois précédents susmentionnés, les jours de l'arrêt lui-même à due concurrence d'un total de 90 jours.

Toutefois, à l'issue du délai de franchise, les indemnités journalières complémentaires ne sont versées que si la Sécurité sociale verse elle-même ses prestations. Notamment, lorsqu'elle fait application de la franchise de trois jours, les indemnités journalières complémentaires ne sont liquidées qu'après épuisement de cette franchise.

Quelle est la durée de l'indemnisation ?

Les indemnités journalières complémentaires aux indemnités journalières de la Sécurité sociale sont servies pendant toute la durée du versement de celles-ci, dans la limite de 1 095 jours d'arrêt de travail.

Les indemnités journalières sont-elles revalorisées ?

La revalorisation des indemnités journalières s'effectue conformément aux règles définies au chapitre « Quelles

sont les règles relatives aux prestations? » des Dispositions générales, en page 10 de la présente notice.

>> QUELLES SONT LES CONDITIONS ET MODALITÉS DU VERSEMENT DES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES?

Comment formuler la demande d'indemnités journalières?

La demande d'indemnisation doit être adressée aux services de gestion Chorum par votre employeur, dans les 6 mois qui suivent la date à partir de laquelle vous pouvez prétendre à des indemnités journalières complémentaires.

Comment sont versées les indemnités journalières ?

Les pièces et justificatifs suivants sont à fournir :

- la demande d'indemnités journalières, formulée sur le document prévu à cet effet, et signée par le représentant de l'APF;
- le décompte des indemnités Journalières versées par la Sécurité sociale;
- les copies des bulletins de salaire des 3 mois civils précédant le début de l'arrêt de travail;
- et toute autre pièce mentionnée sur le formulaire de demande de prestations.

Le versement des indemnités journalières s'effectue ensuite au fur et à mesure de la présentation des décomptes des indemnités journalières émanant de la Sécurité sociale, à votre employeur tant que vous êtes sous contrat de travail avec l'APF, directement à vous-même si votre contrat de travail est rompu.

Quand cesse le versement des indemnités journalières dues par l'UNPMF?

Le service des indemnités journalières complémentaires prend fin à dater, soit :

- **du jour de la reprise de travail à temps complet, ou à temps partiel, sauf si celle-ci est préconisée par la Sécurité sociale pour des raisons thérapeutiques;**

- **du jour où la Sécurité sociale cesse le versement des indemnités journalières;**
- **et en tout état de cause au 1 095^e jour d'arrêt de travail.**

Le versement de la prestation cesse définitivement à compter soit :

- **de la date à laquelle vous percevez une pension d'invalidité de la Sécurité sociale;**
- **de la date à laquelle vous percevez une rente d'incapacité de la Sécurité sociale au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle étant à l'origine du versement des indemnités journalières;**
- **de la date à laquelle vous percevez une pension vieillesse de la Sécurité sociale sauf si vous vous trouvez en situation de cumul emploi-retraite telle que définie par les textes en vigueur;**
- **du jour où vous ne remplissez plus les conditions exigées par le contrat pour bénéficier des prestations.**

GARANTIE INVALIDITÉ - INCAPACITÉ PERMANENTE

>> QUEL EST L'OBJET DE LA GARANTIE ?

Lorsque vous êtes reconnu en invalidité permanente par la Sécurité sociale au titre d'une maladie ou d'un accident de la vie courante, ou reconnu en incapacité permanente professionnelle d'un taux supérieur ou égal à 33% par la Sécurité sociale au titre d'une maladie professionnelle ou d'un accident professionnel, l'UNPMF vous verse une rente complémentaire à celle versée par la Sécurité sociale.

>> QUELLES SONT LES PRESTATIONS GARANTIES ?

Invalidité

Par invalidité, il faut entendre la réduction d'au moins 2/3 de la capacité de travail ou de gain, reconnue par la Sécurité sociale et entraînant le classement dans l'une des catégories d'invalidité visées à l'article L.341-4 du Code de la Sécurité sociale.

Le montant de la rente d'invalidité est déterminé par catégorie d'invalidité et est égal à :

1^{re} catégorie* : **50 % du salaire de référence****

2^e et 3^e catégories* : **80 % du salaire de référence****

*Art. L.341-4 du Code de la Sécurité sociale. En vue de la détermination du montant de la pension, les invalides sont classés comme suit :

- 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.

** Le salaire de référence (tranches A et B pour les non cadres, Tranche A uniquement pour les cadres) s'entend tel que prévu au paragraphe « assiette des prestations », page 9 de la présente notice, y compris les prestations versées par la Sécurité sociale, CSG/CRDS non retranchées et hors majoration pour tierce personne.

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

Il s'agit de la reconnaissance par la Sécurité sociale (au sens de l'article L.434-2 du Code de la Sécurité sociale) d'un taux d'incapacité permanente 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 versée par l'UNPMF est calculé selon la formule suivante :

$R \times 3 N$	N étant le taux d'incapacité permanente
2	R le montant trimestriel de la rente invalidité UNPMF de 2 ^e catégorie.

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).

Le montant de la rente d'incapacité permanente d'un taux égal ou supérieur à 66 % versée par l'UNPMF qui résulte d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle est calculé selon les mêmes modalités que la rente d'invalidité de 2^e catégorie (ou de 3^e catégorie si l'état de l'assuré nécessite l'assistance permanente d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie).

Le montant de cette prestation sera limité, le cas échéant, en application des règles définies au paragraphe « Montant maximum d'indemnisation », en page 10 de la présente notice.

Dans l'hypothèse où les prestations perçues de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme seraient réduites (notamment en cas d'envoi à la Caisse primaire d'assurance maladie de l'avis d'interruption de travail ou de prolongation d'arrêt de travail au-delà des délais prévus), celles ci seront réputées avoir été versées à leur taux normal pour le calcul des prestations servies par l'UNPMF.

>> QUELLES SONT LES RÈGLES D'INDEMNISATION ?

Quels sont les salariés indemnisés sur la base des nouvelles règles applicables à compter du 1^{er} janvier 2010 ?

Les assurés dont l'indemnisation au titre de la garantie invalidité ou incapacité permanente est survenue ou surviendra à compter du 1^{er} janvier 2010 et dont la survenance du passage en invalidité ou incapacité permanente est non consécutive à un arrêt de travail antérieur au 1^{er} janvier 2010, sont indemnisés conformément au montant des prestations garanties tel que défini ci-dessus.

En revanche, les assurés indemnisés au titre de la garantie invalidité ou incapacité permanente avant le 1^{er} janvier 2010, et ceux pour lesquels la survenance du passage en invalidité ou incapacité permanente est consécutive à un arrêt de travail antérieur au 1^{er} janvier 2010, restent indemnisés selon les règles en vigueur à la date de départ de leur indemnisation. Ils ne peuvent donc prétendre au bénéfice des dispositions contenues dans la présente notice pour ces garanties.

Quand débute l'indemnisation ?

La rente est versée par l'UNPMF à compter du règlement par la Sécurité sociale de la pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité.

Quelle est la durée de l'indemnisation ?

La rente est versée aussi longtemps que vous percevez une pension d'invalidité ou une rente d'incapacité permanente de la Sécurité sociale.

La rente est-elle revalorisée ?

La revalorisation de la rente s'effectue conformément aux règles définies au chapitre « Quelles sont les règles relatives aux prestations ? » des Dispositions générales, en page 10 de la présente notice.

Règles particulières d'indemnisation en cas de rechute

Lorsqu'il est interrompu en application des dispositions ci-dessous, le règlement de la rente reprend automatiquement à compter du jour où il a été médicalement constaté que l'incapacité est redevenue supérieure à 33 %, sous réserve que la rechute ait lieu dans un délai maximum de 2 mois.

Ce délai est porté à un an si vous justifiez immédiatement que l'aggravation de votre état a été provoquée par la même affection et sous réserve, le cas échéant, du contrôle médical prévu à la page 11 de la présente notice d'information.

L'UNPMF proroge ce dernier délai s'il s'agit d'une maladie entrant dans la catégorie des affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse (art. L.322-3-3^e et 4^e du Code de la Sécurité sociale) ou des affections de longue durée (art. L.324-1 du Code de la Sécurité sociale).

>> QUELLES SONT LES CONDITIONS ET MODALITÉS DU VERSEMENT DES RENTES ?

Comment formuler la demande de rente ?

La demande doit être adressée aux services de gestion Chorum par votre employeur dans un délai de 6 mois à compter de la date à partir de laquelle vous pouvez prétendre aux prestations.

Les pièces et justificatifs suivants sont à fournir :

- une demande de rente ou de pension, formulée sur le document prévu à cet effet, et signée par le représentant de l'APF ;
- la photocopie de la notification d'attribution de la pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité par la Sécurité sociale ;
- les photocopies des bulletins de salaire des 3 mois civils précédant le début de l'arrêt de travail ;
- et toute autre pièce mentionnée sur le formulaire de demande de prestations.

Quand est versée la rente ?

Elle est versée, à terme échu, selon la même périodicité que le versement par la Sécurité sociale des pensions d'invalidité ou des rentes d'incapacité, sur production périodique par vos soins d'un justificatif attestant de la poursuite du versement de la pension ou de la rente par la Sécurité sociale (ce document devra être retourné au service qui vous en fera la demande par courrier).

Quand cesse le versement de la rente ?

Le service de la rente prend fin à dater, soit :

- **du jour où la Sécurité sociale cesse le versement de la pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité ;**
- **du jour de la reprise de travail à temps complet, ou à temps partiel, sauf si celle-ci est préconisée par la Sécurité sociale pour des raisons thérapeutiques ;**
- **du jour où cesse le classement de l'assuré en 1^{re}, 2^e et 3^e catégorie d'invalidité de la Sécurité sociale ;**
- **du jour où le taux d'incapacité permanente est devenu inférieur à 33 %.**

Et en tout état de cause, la rente cesse définitivement à compter :

- **de la date à laquelle vous percevez une pension vieillesse de la Sécurité sociale sauf si vous vous trouvez en situation de cumul emploi-retraite telle que définie par les textes en vigueur;**
- **du jour où vous ne remplissez plus les conditions exigées par le contrat pour bénéficier des prestations.**

GARANTIE DÉCÈS

>> QUEL EST L'OBJET DE LA GARANTIE ?

La garantie Décès a pour objet de garantir au profit d'un ou plusieurs bénéficiaires le versement :

- d'un capital « décès toutes causes » en cas de décès ou d'Invalidité absolue et définitive (IAD*) pour quelque cause que ce soit et
- d'un capital « décès accidentel » supplémentaire en cas de décès ou d'IAD* d'origine accidentelle.

** Par Invalidité absolue et définitive, il faut entendre l'invalidité de 3^e catégorie définie à l'article L.341-4 3^e du Code de la Sécurité sociale et indemnisée comme telle par 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 assimilée à l'Invalidité absolue et définitive, l'Incapacité permanente et totale avec attribution d'une majoration de rente pour assistance d'une tierce personne.

Par Incapacité permanente totale, il faut entendre l'incapacité définie à l'article L.434-2 du Code de la Sécurité sociale et indemnisée comme telle par la Sécurité sociale : « Personnes reconnues incapables d'exercer une activité professionnelle quelconque leur procurant gain ou profit, dont le taux d'incapacité fonctionnelle reconnu par la Sécurité sociale est égal ou supérieur à 80%, avec attribution d'une majoration de rente pour assistance d'une tierce personne ».

>> QUI SONT LES BÉNÉFICIAIRES DE LA PRESTATION ?

Bénéficiaires du capital en cas de décès

En l'absence de désignation expresse de votre part, le capital est attribué suivant l'ordre de priorité ci-après :

- à votre conjoint survivant non séparé de corps par un jugement définitif passé en force de chose jugée;
- à défaut à votre concubin ou à votre partenaire de Pacs (sous réserve de toujours justifier de cette qualité au jour du décès);
- à défaut à vos enfants vivants ou représentés;
- à défaut à vos ascendants;
- à défaut à vos héritiers en application des règles de dévolution successorales légales.

Votre choix peut être différent de la clause bénéficiaire type décrite ci-dessus; dans ce cas, il convient que vous adressiez aux services de gestion Chorum le formulaire de « Désignation expresse de bénéficiaire(s) du capital en cas de décès », que vous pouvez vous procurer auprès de votre employeur ou des services de gestion Chorum.

Vos bénéficiaires seront alors la ou les personnes ayant fait l'objet d'une désignation écrite et formelle de votre part sur ce formulaire. En cas de pré-décès du bénéficiaire ou de tous les bénéficiaires désignés, le capital sera attribué suivant l'ordre de priorité prévu par la clause bénéficiaire type.

Vous pouvez à tout moment faire une nouvelle désignation expresse qui annule et remplace la précédente, sauf si la désignation précédente est devenue irrévocable.

En effet, en vertu des dispositions de la loi du 17 décembre 2007, la désignation de bénéficiaire(s) devient irrévocable en cas d'acceptation par ce(s) dernier(s), effectuée dans les conditions suivantes :

- par un écrit co-signé par l'assureur ou son représentant, par vous-même et par le bénéficiaire;
- ou par voie d'acte authentique ou sous seing privé, signé par vous-même et par le bénéficiaire, celui-ci devant être notifié par écrit aux services de gestion Chorum pour lui être opposable.

Lorsque le bénéficiaire a ainsi fait connaître dans ces conditions son acceptation, durant la période de validité du contrat de prévoyance collective liant l'APF et l'UNPMF, vous ne pouvez plus modifier la désignation effectuée à son bénéfice sans son accord.

En cas de pluralité de bénéficiaires de même rang et de pré-décès 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 leurs parts respectives.

En tout état de cause, qu'il existe ou non une désignation expresse, les bénéficiaires du capital correspondant à la majoration éventuelle de la prestation pour enfant à charge versée en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive de l'assuré, sont les enfants à charge par parts égales entre eux.

Ces capitaux sont versés directement aux enfants à charge s'ils sont majeurs ou, s'ils sont mineurs non émancipés, pour leur compte à la personne qui, au moment du versement du capital, assume leur charge effective et permanente. Si le bénéficiaire est majeur protégé, le capital est servi pour son compte à son représentant légal.

Bénéficiaire du capital en cas d'IAD toutes causes et d'IAD par accident

Si vous êtes atteint d'une Invalidité absolue et définitive telle que définie ci-avant, vous pouvez demander le versement par anticipation des prestations prévues en cas de décès toutes causes et de décès accidentel.

Dans ce cas, le bénéficiaire des capitaux n'est autre que vous-même, à l'exception des majorations pour enfant ou personne à charge (remises aux intéressés).

Le versement du capital au titre de l'IAD toutes causes met fin à la garantie décès toutes causes et celui au titre de l'IAD en cas d'accident met fin à la garantie décès accidentel.

Si vous demandez le bénéfice de cette garantie par anticipation, les bénéficiaires des capitaux décès ne pourront plus prétendre au versement des capitaux décès toutes causes et de décès accidentel.

>> QUEL EST LE MONTANT DU CAPITAL DÉCÈS ?

Le montant du capital versé en cas de décès ou d'IAD est déterminé comme suit, en pourcentage du salaire annuel de référence* applicable :

Situation de famille de l'assuré	Capital décès de base *	Capital supplémentaire par accident*
Célibataire, veuf, divorcé sans enfant ou personne à charge	75%	75%
Marié, concubin ou Pacsé sans enfant ou personne à charge	100%	100%
Majoration par enfant ou personne à charge	25%	25%

* Le salaire annuel de référence (tranches A et B pour les non cadres; tranche A pour les cadres) s'entend tel que défini au paragraphe « assiette des prestations », page 9 de la présente notice.

Le capital peut être majoré pour enfant ou personne à charge tel que défini au chapitre « Définitions » des Dispositions générales, page 15 de la présente notice. L'ensemble des majorations familiales est limité au double du capital décès.

L'assiette des prestations est revalorisée conformément au chapitre « Quelles sont les règles relatives aux prestations ? » défini aux Dispositions Générales, page 10 de la présente notice.

>> QUELLES SONT LES CONDITIONS ET MODALITÉS DU VERSEMENT DU CAPITAL DÉCÈS ?

La demande du capital doit être effectuée dans un délai de six mois à compter de la date du décès.

Comment formuler la demande ?

En cas de Décès, les capitaux sont versés sur production des pièces et justificatifs suivants :

- une demande de capital « Décès » formulée sur le document prévu à cet effet, et signée par le représentant de l'APF ;
- une pièce justifiant le décès de l'assuré sous la forme, en principe, d'un bulletin de décès ;
- un certificat médical indiquant si le décès est dû ou non à une cause naturelle ;

- le cas échéant, toute pièce justifiant soit du lien conjugal, du concubinage (justificatifs de domicile commun), du Pacs (soit la copie du contrat de Pacs, soit l'acte d'enregistrement au Tribunal d'Instance), soit de la qualité d'enfant ou de personne à charge (soit le certificat de scolarité, soit la copie de la carte d'invalidité...);
- les justificatifs relatifs à l'identité, la qualité et l'adresse des bénéficiaires, tels que mentionnés sur le formulaire ;
- toute autre pièce ou justificatif mentionné sur le formulaire de demande de capital ou de rente.

En cas d'IAD, les capitaux sont versés sur production des pièces et justificatifs suivants :

- une demande de capital « Invalidité absolue et définitive », formulée sur le document prévu à cet effet, et signée par le représentant de l'APF ;
- un titre de pension d'invalidité de 3^e catégorie (IAD) ou de rente d'accident du travail ayant donné lieu à l'attribution d'une majoration pour tierce personne, émis par la Sécurité sociale ;
- éventuellement les pièces et justificatifs relatifs à la situation de famille du salarié et ceux relatifs aux éventuels bénéficiaires, tel que précisé ci-dessus pour le cas général (hors IAD) ;
- toute autre pièce ou justificatif mentionné sur le formulaire de demande de capital ou de rente.

Quand le capital est-il versé ?

Il est versé en une seule fois, à réception des pièces visées ci-dessus, après acceptation du dossier de demande par l'UNPMF, et sous réserve, le cas échéant, du contrôle médical prévu en cas de demande de capital pour IAD.

Quand cesse la garantie Décès ?

Elle prend fin à dater soit :

- **de la date de rupture de votre contrat de travail, sauf si vous pouvez prétendre au bénéfice du maintien des garanties tel que prévu au chapitre « Maintien des garanties » des Dispositions générales, page 13 de la présente notice ;**

- **du jour où vous bénéficiez de la pension vieillesse de la Sécurité sociale, sauf si vous vous trouvez en situation de cumul emploi-retraite telle que définie par les textes en vigueur.**

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

>> DÉTERMINATION DES ASSIETTES

Quelle est l'assiette des cotisations ?

Le salaire de référence servant de base au calcul des cotisations est égal au salaire brut fixe limité aux tranches A et B pour les assurés non cadres, et à la tranche A pour les assurés cadres, y compris les rémunérations variables supplémentaires qui auraient été régulièrement perçues au cours de l'année civile d'assurance (13^e mois, prime de vacances...), à l'exclusion des primes à périodicité plus longue que l'année (primes de départ à la retraite...).

La tranche A du salaire est la partie du salaire brut limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale et la tranche B est la partie du salaire brut comprise entre le plafond de la tranche A et quatre fois ce plafond.

Les indemnités journalières versées au titre du présent contrat, tout comme les indemnités journalières versées par la Sécurité sociale, sont exclues de l'assiette des cotisations dues au titre du présent régime.

Quelle est l'assiette des prestations ?

Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations est égal au salaire brut fixe ayant donné lieu au paiement de la cotisation dans la limite des tranches A et B pour les assurés non cadres et de la tranche A pour les assurés cadres, et perçu par l'assuré au cours des 3 derniers mois civils d'activité précédant la date de l'événement ouvrant droit à des prestations.

Ce salaire est majoré du quart des rémunérations variables supplémentaires qui auraient été régulièrement versées (13^e mois, prime de vacances...) et ayant donné lieu à cotisation dans les derniers mois civils d'activité, à l'exclusion des primes à périodicité plus longue que l'année (primes de départ à la retraite...).

Si vous êtes déjà en arrêt de travail au cours de cette période, le salaire de référence est égal à votre salaire brut reconstitué à hauteur de votre temps de travail contractuel à la date d'arrêt de travail.

Dans le cas où votre période d'assurance serait inférieure à la durée prévue au 1^{er} alinéa, le salaire de référence défini ci-dessus est reconstitué sur la base du ou des derniers mois civils d'activité.

Lorsque les prestations sont exprimées annuellement, le salaire de référence défini ci-dessus est multiplié par quatre.

>> QUELLES SONT LES RÈGLES RELATIVES AUX PRESTATIONS ?

Revalorisation de l'assiette des prestations

Le salaire de référence est revalorisé pour le calcul des prestations invalidité, incapacité permanente et décès, lorsque l'assuré justifie ou justifiait d'un arrêt de travail indemnisé par la Sécurité sociale d'une durée égale ou supérieure à 6 mois continus, à la date de mise en invalidité ou d'incapacité permanente ou à celle de son décès.

Le taux de revalorisation appliqué par l'UNPMF est fixé par référence à la variation du point de retraite Agirc constatée entre le début de l'arrêt de travail et la date de mise en invalidité ou d'incapacité permanente ou à celle de son décès.

Revalorisation des prestations périodiques en cours de service

Les prestations périodiques en cours de service sont revalorisables au 1^{er} janvier et 1^{er} juillet de chaque année sous réserve, lorsque le bénéficiaire est l'assuré, qu'il justifie d'un arrêt de travail d'une durée égale ou supérieure à 6 mois continus à la date d'application de la revalorisation.

Les revalorisations sont servies dans la limite des disponibilités financières de deux fonds correspondant aux garanties collectives Vie et non-Vie créés à cet effet par l'UNPMF et qui demeurent en tout état de cause la propriété de l'UNPMF. Ces fonds sont alimentés par un prélèvement de 6% sur les cotisations nettes de chargement de gestion.

Le taux de revalorisation appliqué par l'UNPMF au montant de la prestation initiale est fixé par référence à la variation du point Agirc connue à la date de la revalorisation.

Montant maximum d'indemnisation

Le total des prestations versées par l'UNPMF ne devra pas, en s'ajoutant aux indemnités ou rentes servies par la Sécurité sociale, au salaire versé par votre employeur (pour une activité à temps complet ou à temps partiel), à tout autre revenu du travail et aux allocations versées par Pôle Emploi ou tout autre organisme, vous permettre de percevoir en net plus que votre salaire net d'activité tel qu'il est défini ci-après.

En cas de dépassement, la prestation servie par l'UNPMF sera réduite à due concurrence. Le cas échéant, il pourra vous être réclamé les prestations ou fractions de prestations indûment versées.

On entend par « salaire d'activité » :

- si le salarié n'exerce plus d'activité, le salaire de référence servant de base au calcul de la prestation, revalorisé sur la base du taux de revalorisation défini ci-dessus ;
- si le salarié exerce une activité à temps partiel, le salaire perçu par le salarié pendant la période objet de l'indemnisation, reconstitué à hauteur de son temps de travail contractuel à la date d'arrêt de travail.

Prescription

Toutes les actions dérivant des opérations mentionnées à la présente notice sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance, dans les conditions et sous les réserves prévues à l'article L.221-11 du Code de la Mutualité.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, de votre fait, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
- en cas de réalisation du risque, que du jour où vous en avez eu connaissance et si vous prouvez que vous l'avez ignoré jusque là.

Quand l'action tant de vous-même que de vos ayants droit contre l'UNPMF a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre vous-même ou votre ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à 10 ans lorsque vous n'êtes pas le bénéficiaire des garanties.

Subrogation

En cas d'accident avec tiers responsable(s) donnant lieu au paiement de prestations complémentaires au titre des garanties incapacité temporaire totale et/ou invalidité-incapacité permanente, l'UNPMF est subrogée dans les droits et actions des assurés contre le(s) tiers responsable(s) dans la limite des dépenses qu'elle a supportées et ce, conformément à l'article L224.9 du Code de la Mutualité et à la jurisprudence en vigueur.

Contrôles

L'UNPMF peut à tout moment faire procéder à tous contrôles, visites médicales et enquêtes qu'elle jugerait nécessaires pour se prononcer sur l'ouverture ou la continuation du service des prestations.

Elle peut également, à tout moment, effectuer elle-même les enquêtes et contrôles administratifs qu'elle juge utiles.

Le service des prestations peut être refusé ou suspendu si vous refusez ces contrôles ou refusez de fournir les pièces justificatives demandées par l'UNPMF.

Litiges médicaux

En cas de contestation médicale de votre part, celle-ci est appréciée en dernier ressort par un médecin arbitre, tiers expert, désigné d'un commun accord par le médecin conseil de l'UNPMF et le médecin traitant de votre choix.

Dans le cas où cet accord ne pourrait être réalisé, le médecin tiers expert sera désigné, à la demande d'un des deux médecins, par le président du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de votre domicile.

Les honoraires du médecin conseil ou du médecin choisi par l'UNPMF restent à la charge de l'UNPMF 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 votre égard, les honoraires et les frais de nomination du tiers expert seront à votre charge.

Fausse déclaration intentionnelle

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de votre part de nature à entraîner le changement d'objet du risque ou à diminuer l'appréciation du risque faite par l'UNPMF, la garantie qui vous est accordée est nulle, alors même que le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à l'UNPMF qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

Informatique et libertés

En vertu des dispositions de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des informations nominatives détenues, qui s'exerce auprès de l'UNPMF ou des services de gestion Chorum.

Autorité de contrôle des Assurances et des Mutuelles

L'organisme de contrôle de l'UNPMF est l'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP), anciennement dénommée l'Autorité de contrôle des Assurances et des Mutuelles (Acam) située au 61, rue Taitbout - 75009 PARIS.

Réclamation et litige

Pour toute réclamation ou litige, il convient de vous adresser aux services de gestion Chorum. Si toutefois la réclamation ou le litige n'était pas réglé après son intervention, vous pouvez écrire à la Direction des projets de l'UNPMF- Service Qualité Relations Clientèle - 125, avenue de Paris 92327 CHÂTILLON Cedex, en joignant la copie des réponses écrites qui vous ont été faites.

>> QUELLES SONT LES LIMITES DE VOS GARANTIES ?

Plafonds de garanties (Valeur au 1^{er} janvier 2010)

Plafonds de garanties par assuré :

Les engagements de l'UNPMF sur les capitaux et capitaux constitutifs de rentes versés au décès de chaque assuré sont limités à 5 000 000 € par assuré, y compris les capitaux supplémentaires pour accident, accident du travail. Les capitaux constitutifs de rentes d'invalidité et d'incapacité sont plafonnés par assuré à 2 530 000 €.

Plafond par événement catastrophique* :

Si un même événement catastrophique entraîne, au sein de l'APF, le décès ou la constatation de l'invalidité absolue et définitive ou de l'invalidité-incapacité permanente d'au moins 4 assurés dans les 12 mois de sa survenance, les engagements de l'UNPMF pour l'ensemble des capitaux et capitaux constitutifs de rentes versés ou garantis au titre de cet événement seront tenus dans la limite de 41 000 000 €.

*On entend par «événement catastrophique» une cause unique d'une durée maximale de 72 heures entraînant au minimum 4 sinistres à l'occasion d'un même accident.

Exclusions

Exclusions générales

L'UNPMF prend en charge tous les risques sauf ceux résultant :

- de votre fait intentionnel provoquant une incapacité temporaire ou permanente;
- directement ou indirectement du fait de guerres civiles ou étrangères;
- directement ou indirectement de la désintégration du noyau atomique;
- de la pratique des sports aériens, à l'exclusion de tout vol à bord d'un avion ayant une finalité de déplacement dans un cadre privé ou professionnel et relevant du transport aérien, au sens de l'article L.310.1** du Code de l'aviation civile, et à condition que l'appareil soit muni d'un certificat valable de navigabilité ou conduit par un pilote possédant un brevet valable pour l'appareil utilisé ou ayant une licence en cours de validité, ce pilote pouvant être vous-même;
- de la participation à des tentatives de records, essais préparatoires, de réception d'un engin et compétitions sportives.

**Article L.310.1 du Code de l'aviation civile : «le transport aérien consiste à acheminer par aéronef d'un point d'origine à un point de destination des passagers, des marchandises ou de la poste».

Exclusions propres aux garanties

- En ce qui concerne les capitaux Décès, ne sont pas pris en charge les décès résultant :
 - de votre suicide survenant dans les 12 mois suivant l'adhésion. Ce délai peut être acquis au titre d'un précédent contrat assurant des garanties équivalentes et dont le présent contrat prend la suite immédiate;
 - de votre homicide volontaire par le bénéficiaire de la garantie décès ayant fait l'objet d'une condamnation pénale.
- Ne sont pas pris en charge les arrêts de travail, invalidités, incapacités permanentes, décès accidentels et invalidités absolues et définitives résultant :
 - de luttes, rixes (sauf en cas de légitime défense), d'attentats ou d'agressions auxquels vous auriez participé;
 - d'un acte effectué sous l'emprise de l'ivresse si l'alcoolémie est supérieure à la limite fixée par le Code de la route en vigueur au moment de l'accident, de l'utilisation de stupéfiants ou de substances médicamenteuses en l'absence ou en dehors des limites des prescriptions médicales;
 - directement ou indirectement du fait d'émeutes, d'actes de terrorisme ou de sabotage auxquels vous auriez participé;
 - de tout cataclysme tel que tremblement de terre ou inondation;
 - de la pratique des sports automobiles, motocyclistes à titre professionnel ou amateur et de tous les autres sports à titre professionnel;
 - de la maternité sauf cas pathologique (pour la garantie Incapacité temporaire totale uniquement).

Suspension des garanties

Les garanties sont suspendues de plein droit dans les cas suivants de suspension de votre contrat de travail :

- **congé sabbatique visé à l'article L.3142-91 et suivants du Code du travail;**
- **congé pour création d'entreprise visé à l'article L.3142-78 et suivants du Code du travail;**
- **congé parental d'éducation visé à l'article L.1225-47 et suivants du Code du travail;**
- **congé de soutien familial visé à l'article L.3142-22 et suivants du Code du travail;**
- **congé sans solde, tel que convenu après accord entre l'employeur et le salarié;**

et tout autre congé considéré par la législation du travail comme un cas de suspension du contrat de travail ne donnant lieu à aucune indemnisation que ce soit sous la forme d'un maintien de salaire total ou partiel ou d'indemnités journalières complémentaires versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers.

La suspension des garanties intervient à la date à laquelle le congé débute.

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

Les garanties reprennent effet dès votre reprise du travail en tant que salarié de l'APF (cadre ou non cadre), sous réserve que les services de gestion Chorum en soient informés dans le délai de trois mois suivant la reprise.

Suspension des garanties pour non-paiement de la cotisation

Le défaut de paiement de la cotisation par l'APF entraîne la suspension des garanties si la mise en demeure de payer n'est pas suivie d'effet dans un délai de 30 jours.

L'arrêt de travail ou le décès survenant durant cette période ne peut donner lieu à prise en charge au titre du contrat.

>> MAINTIEN DES GARANTIES

Suspension du contrat de travail indemnisé

Lorsque la suspension de votre contrat de travail est liée à une maladie, une maternité ou à un accident et donne lieu à un maintien total ou partiel de salaire ou au versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, les garanties prévues à la présente notice sont maintenues pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée, sous réserve du paiement de la cotisation correspondante, sauf en cas d'exonération.

Rupture du contrat de travail

Lorsque vous cessez d'appartenir aux effectifs de l'APF (démission, licenciement, survenance du terme du contrat de travail...), vous êtes radié de la garantie dès la date d'effet de la démission, du licenciement (préavis éventuel effectué ou non, inclus) ou du terme du contrat de travail.

Toutefois, si vous êtes en arrêt de travail pour maladie, accident, invalidité ou incapacité et que vous bénéficiez à ce titre de prestations au titre du présent contrat ou que vos droits à prestations sont nés antérieurement à la rupture du contrat de travail, vous restez garanti pendant toute la durée de votre indemnisation et ce, dans les conditions contractuelles en vigueur au jour de la rupture de votre contrat de travail.

Résiliation ou non renouvellement du contrat

En application de l'article 7-1 de la loi Evin du 31 décembre 1989 modifiée par la loi du 17 juillet 2001, la garantie décès est maintenue lors de la résiliation ou du non-renouvellement du contrat entre l'UNPMF et l'APF au bénéfice des salariés en incapacité ou en invalidité.

En cas d'incapacité temporaire, le maintien vous est dû au plus tard jusqu'au 1095^e jour d'arrêt de travail et en tout état de cause ce maintien cesse à la date de liquidation de votre pension vieillesse.

En cas d'invalidité ou d'incapacité permanente, le maintien de la garantie décès vous est dû pendant toute la durée de l'indemnisation due au titre du contrat souscrit entre l'UNPMF et l'APF, et au plus tard jusqu'à la date de liquidation de votre pension vieillesse.

QUEL EST LE TERME DES GARANTIES ?

Les garanties cessent :

- à la date de la liquidation de votre pension de retraite de la Sécurité sociale, sauf si vous vous trouvez en situation de cumul emploi retraite telle que définie par les textes en vigueur ;
- à l'issue de la procédure de suspension des garanties en cas de non paiement des cotisations par l'APF ;
- à la date à laquelle vous cessez d'appartenir à la catégorie assurée ;
- et en tout état de cause, à la date de résiliation du contrat souscrit par l'APF.

Ces deux derniers cas ne s'appliquent pas si vous pouvez prétendre au bénéfice du maintien des garanties tel que prévu au chapitre « Maintien des garanties » des Dispositions générales ci-avant.

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 extinction des droits.

DÉFINITIONS

>> ENFANT À CHARGE

Sont considérés comme tels les enfants (qu'ils soient légitimes, naturels, adoptifs ou recueillis), lorsque vous subvenez à leurs besoins et assumez la charge effective et permanente de leur entretien, ou pour lesquels vous versez une pension alimentaire constatée judiciairement ou déduite fiscalement dès lors qu'ils sont âgés :

- de moins de 16 ans, ou
- de moins de 26 ans, sous réserve :
 - qu'ils poursuivent leurs études et peuvent en justifier par un certificat de scolarité avec, s'ils sont âgés de plus de 20 ans, mention de leur appartenance à un régime de Sécurité sociale des étudiants (Article L.381-3, et suivants du Code de la Sécurité sociale).
 - qu'ils soient en apprentissage et perçoivent une rémunération mensuelle inférieure à 55 % du Smic ; pour en justifier, ils doivent fournir une copie du contrat d'apprentissage et leurs bulletins de salaire.
 - que, par suite d'infirmité ou de maladie incurable, ils soient atteints d'une incapacité permanente d'un taux égal ou supérieur à 80 % reconnu au sens de l'article L.241.3 du Code de l'action sociale et des familles. Toutefois, en ce qui concerne les majorations familiales des capitaux ou des rentes, aucune limitation d'âge ne leur est appliquée.

>> PERSONNES À CHARGE

Sont considérées comme personnes à charge, les personnes vivant sous votre toit, et titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L.241-3 de l'Action sociale et des familles.

>> ACCIDENT

On entend par accident toute atteinte corporelle non intentionnelle de votre part, provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. Ne sont pas considérés comme accidentels les dommages résultants d'un traitement médical ou chirurgical ou de conséquences d'exams médicaux.

>> ACCIDENT DU TRAVAIL

Par accident du travail, il faut entendre celui reconnu comme tel par la Sécurité sociale.

>> ACCIDENT DE LA CIRCULATION

On entend par accident de la circulation celui dont vous êtes victime soit au cours d'un trajet à pied sur une voie publique ou privée du fait de la circulation d'un véhicule, d'un animal ou d'un autre piéton ; soit à l'occasion d'un parcours effectué par voie de terre, de fer, d'air ou d'eau, lorsque l'accident affecte le moyen de transport public ou privé utilisé.

>> DÉFINITION DES CONJOINTS, CONCUBINS ET PARTENAIRES DE PACS

Conjoint : votre conjoint(e) survivant(e) non divorcé(e) et non séparé(e) de corps judiciairement (c'est à dire ayant toujours cette qualité juridique au jour du décès).

Concubin : personne vivant en couple avec une autre personne dans le cadre d'une union de fait s'il peut être prouvé que sa durée est d'au moins 2 ans. Cette durée n'est pas exigée si un enfant reconnu des deux parents est né de l'union.

Partenaire de Pacs : personne ayant conclu avec une autre personne une convention solennelle (Pacte civil de solidarité) ayant pour but d'organiser leur vie commune. Les signataires d'un Pacs sont désignés par le terme de « partenaires ». L'existence d'un Pacs peut être prouvée soit par l'acte d'enregistrement au Tribunal d'Instance soit par la copie du contrat de Pacs.

Principales pièces à fournir aux services de gestion Chorum par l'intermédiaire de l'APF pour toute demande de prestation

L'assureur se réserve le droit de réclamer toute autre pièce nécessaire au paiement des prestations

DOCUMENTS À FOURNIR	Incapacité temporaire	Incapacité permanente	Décès
Demande de rente signée par le représentant qualifié de l'APF		•	
Attestation sur l'honneur de non activité rémunérée		•	
Notification d'attribution de la pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité par la Sécurité sociale		•	
Photocopies des bulletins de salaire des 3 mois civils précédant le début de l'arrêt de travail	•	•	
Demande d'indemnités journalières signée par le représentant qualifié de l'APF	•		
Décompte des prestations des indemnités journalières émanant de la Sécurité sociale	•		
Pièce justifiant du décès de l'assuré (ex : bulletin de décès...)			•
Certificat médical indiquant si le décès est dû ou non à une cause naturelle			•
Justifications relatives à l'identité, qualité et adresse des bénéficiaires			•
Toute autre pièce ou justificatif mentionné sur le formulaire de demande de capital			•
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 la Sécurité sociale			•
Toute pièce justifiant le lien conjugal, le concubinage, le Pacs et, le cas échéant, la qualité d'enfant à charge (ou de personne à charge)			•
Demande de capital décès signée par le représentant qualifié de l'APF			•
Demande de capital Invalidité Absolue et Définitive signée par le représentant qualifié de l'APF			•

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, immatriculée au répertoire Sirene sous le n° 442 574 166, agréée pour les branches 1, 2, 20, 21 et 22.
Siège social : 255, rue de Vaugirard - 75015 PARIS.

IMPORTANT

ATTESTATION DE RÉCEPTION
de la Notice d'information
à remettre à votre employeur

Je soussigné(e),

Reconnais avoir reçu la notice d'information Edition octobre 2011 relative au contrat de prévoyance collective souscrit auprès de l'UNPMF par mon employeur, l'Association des Paralysés de France, au bénéfice du personnel salarié non cadre et cadre.

A le

Signature :

