

Notice d'information au régime de prévoyance du Personnel des Cabinets médicaux

Dans le cadre de la présente notice, votre employeur est désignée sous le terme « d'entreprise adhérente », ses salariés assurés sont désignés sous le terme « participants » et Vauban Humanis Prévoyance sous le terme « l'Institution ».

La présente notice a pour objet de décrire le régime de prévoyance dont bénéficient les salariés affiliés dans le cadre du contrat souscrit auprès de Vauban Humanis Prévoyance par leur entreprise.

Ce régime de prévoyance est défini dans le Contrat d'adhésion au régime de prévoyance du Personnel des Cabinets médicaux, et le bulletin d'adhésion, souscrits entre l'Institution et l'entreprise adhérente.

La présente notice définit les garanties assurées par Vauban Humanis Prévoyance, leurs modalités d'entrée en vigueur et les formalités à remplir en cas de sinistre.

Les garanties rente éducation, rente de conjoint et rente handicap sont assurées par l'Organisme Commun des Institutions de Rente et de Prévoyance (l'OCIRP), Union d'Institutions de Prévoyance régie par le code de la Sécurité sociale dont le siège est situé 10, rue Cambacérès 75008 Paris qui a confié la gestion de ses garanties à Vauban-Humanis Prévoyance.

• Affiliation

1. Participants

Sont affiliés au régime de prévoyance :

- d'une part l'ensemble des salariés **cadres** (y compris les articles 4 bis au sens de la convention collective nationale du 14 mars 1947) de l'entreprise adhérente **sans condition d'ancienneté**,
- d'autre part l'ensemble des salariés **non-cadres comptant dans le cadre de leur contrat de travail au moins un an d'ancienneté**.

Les salariés cadres et les salariés non-cadres sont couverts par des garanties différentes en contrepartie de montants de cotisation différents.

Ils sont ci-après dénommés participants.

2. Formalités d'affiliation du participant

L'affiliation du participant se matérialise :

lors de l'adhésion de l'entreprise :

par la déclaration par l'entreprise adhérente sur le bulletin d'adhésion de la totalité des salariés appartenant à la catégorie de personnel couvert par le Contrat d'adhésion .

L'entreprise adhérente ou le participant doit également faire parvenir à l'Institution, dans les 90 jours qui suivent l'adhésion, le bulletin individuel d'affiliation individuel.

en cours d'adhésion :

par l'envoi par l'entreprise adhérente au siège de l'Institution, d'un bulletin d'affiliation, pour tout participant remplissant les conditions d'affiliation (embauche, acquisition de l'ancienneté d'un an ou promotion dans la catégorie cadre). Cet envoi doit parvenir à l'Institution dans les 90 jours suivant l'entrée du nouveau participant dans le groupe considéré.

3. Prise d'effet de l'affiliation

lors de l'adhésion

L'affiliation prend effet le jour indiqué sur les dispositions particulières.

en cours d'adhésion

L'affiliation prend effet à la date à laquelle le nouveau participant entre dans le groupe assuré (sous réserve que son entrée dans ledit groupe soit signalée à l'Institution dans les formes et le délai prévus). À défaut, l'affiliation prend effet à la date de réception par l'Institution du bulletin d'affiliation du participant en cause (le cachet de la poste faisant foi).

4. Suspension et fin de l'affiliation

4.1. Suspension de l'affiliation :

Les garanties de prévoyance sont suspendues en cas de suspension du contrat de travail du salarié.

Toutefois, dans les cas de suspension du contrat de travail énumérés ci-après les garanties de prévoyance sont maintenues dans les conditions suivantes:

- a) L'ensemble des garanties sont maintenues sans contrepartie de cotisation à l'assuré dont le contrat de travail est suspendu, pour la période au titre de laquelle il bénéficie d'un maintien, total ou partiel, de salaire de l'employeur ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur.
- b) Autres cas de suspension du contrat de travail sans maintien de salaire:
 - 1) En cas de maladie ou d'accident, l'intéressé est assuré dans les conditions prévues à l'article 6.4 "Maintien des garanties décès aux salariés en incapacité temporaire de travail ou en invalidité".

- 2) Maternité - Paternité : pour les périodes de congé légal de maternité ou de paternité, le participant reste couvert contre le risque décès sans contrepartie de cotisation.
- 3) Congé Parental d'éducation:
- pendant la durée du congé parental d'éducation, le participant reste couvert en cas de décès sans contrepartie de cotisation.
 - pendant la durée du congé parental d'éducation les prestations d'incapacité temporaire de travail et d'invalidité ne sont pas versées. Si un participant se trouve en situation d'incapacité de travail ou d'invalidité à l'issue de son congé parental d'éducation, l'arrêt de travail est censé avoir débuté à la date fixée initialement pour la reprise du travail et commence à être indemnisé à l'issue de la période de franchise prévue à l'article 6-1-2. Les cotisations ne sont pas dues pendant cette période.

Dans tous les cas, la prestation sera calculée selon la base de calcul des prestations définie à l'article 7 précédant la date de suspension du contrat de travail. Les garanties maintenues sont celles dont bénéficie le salarié au titre de la catégorie de personnel dont il relève à la date de suspension du contrat de travail.

4.2. Fin de l'affiliation

L'affiliation prend fin:

- par la résiliation de l'adhésion;
- lorsque le participant ne fait plus partie du groupe assuré, notamment en cas de rupture de son contrat de travail ou s'il ne remplit plus les conditions d'affiliation (fin du congé parental sans reprise d'activité,...).

La fin de l'affiliation met fin aux garanties.

4.3. Prise d'effet et durée des garanties

Les garanties décès prennent effet en même temps que l'affiliation du participant.

Sauf résiliation de l'adhésion ou fin de l'affiliation, les garanties cessent à la date de la liquidation de la pension de vieillesse de la Sécurité sociale.

• Garanties

5. Garanties Décès

Deux types de sinistres peuvent donner lieu au déclenchement des garanties décès, le décès du participant ou sa mise en Invalidité Absolue et Définitive.

Invalidité Absolue et Définitive n'est prise en compte que dans le cadre de la prestation « capital décès » à l'exclusion des prestations « double effet », « rente éducation » et « rente de conjoint ».

Le paiement au titre de l'Invalidité Absolue et Définitive met fin aux garanties décès. En cas de décès ultérieur, il ne sera versé aucune nouvelle prestation.

5.1. Définitions

Décès

C'est l'arrêt des fonctions vitales du participant constaté par une autorité médicale compétente. La date du décès est fixée par cette autorité médicale et notifiée dans l'acte de décès.

Invalidité Absolue et Définitive (IAD)

On entend par Invalidité Absolue et Définitive, le cas du participant reconnu définitivement incapable de se livrer à aucune occupation ni aucun travail lui procurant gain ou profit, et dont l'état de santé nécessite l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie. Il doit pour cela être classé en invalidité de 3ème catégorie par la Sécurité sociale (art. L. 341-4 du code de la Sécurité sociale), ou se voir attribuer, en cas d'accident de travail ou de maladie professionnelle, une rente correspondant à un taux

de 100% résultant du barème accidents du travail, majorée pour l'assistance d'une tierce personne (art. L. 434-2 du code de la Sécurité sociale).

La date de la survenance de l'Invalidité Absolue et Définitive est fixée au jour de sa notification par la Sécurité sociale.

Peuvent être amenés à bénéficier de certaines prestations dans le cadre des garanties décès :

Le conjoint

On entend par conjoint toute personne unie au participant par les liens du mariage tel que défini aux articles 144 et suivants du code civil et non séparée de corps judiciairement.

Le partenaire lié par un Pacs :

On entend par partenaire toute personne unie au participant par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) dans les conditions prévues aux articles 515-1 et suivants du code civil.

Le concubin

On entend par concubin toute personne vivant maritalement avec un participant. Le concubinage, tel que défini à l'article 515-8 du code civil, se matérialise par une union de fait, caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité, entre deux personnes, de sexe différent ou de même sexe, qui vivent en couple.

Le caractère de stabilité et de continuité de cette union est reconnu par l'Institution lorsque les éléments suivants sont réunis à la date du sinistre :

- le concubin, ainsi que le participant doivent être libres de tous liens de mariage et de Pacte Civil de Solidarité,
- l'union doit avoir une durée continue au moins égale à deux ans. Cette preuve incombe au concubin survivant à l'aide de deux au moins des justificatifs suivants, preuve du domicile commun de plus de deux ans au moment du sinistre :
 - les deux derniers avis d'imposition de chacun des concubins mentionnant un domicile commun,
 - la carte d'assuré social de l'un des concubins reprenant l'autre comme ayant droit ou les cartes d'assuré social de chacun d'eux mentionnant un domicile commun. L'établissement des cartes doit être supérieur à deux ans,
 - les quittances EDF ou factures de téléphone ou bail commun avec quittances de loyer ou attestation d'assurance des trois derniers mois précédent le sinistre.

Seuls les documents originaux ou copies certifiées conforme sont acceptés par l'Institution. Après traitement, ils sont retournés à leur expéditeur.

En cas de naissance d'au moins un enfant issu de l'union, le délai de deux ans de vie commune n'est pas exigé, mais la preuve de la réalité de l'union incombe toujours au concubin survivant.

Les enfants à charge

Sont considéré comme enfants à charge, les enfants du participant ou de son conjoint, concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité, qu'ils soient légitimes, naturels, adoptifs, reconnus ou recueillis.

Ces enfants sont considérés « à charge » jusqu'à leur 18ème anniversaire ou jusqu'à leur 26ème anniversaire s'ils poursuivent des études ou sont en apprentissage ou titulaires d'un contrat de professionnalisation ou sont dans le cadre d'un stage préalable à l'exercice d'un premier emploi rémunéré.

Sont considérés comme enfants à charge sans limitation d'âge, les enfants du participant ou de son conjoint, concubin ou partenaire lié par un Pacs reconnus invalides par la Sécurité sociale avant leur 26ème anniversaire et étant dans l'impossibilité de se livrer à une activité professionnelle.

Est aussi considéré comme enfant à charge, l'enfant du participant né viable moins de 300 jours après le décès du participant.

Les ascendants à charge :

Lorsque les garanties prennent en compte les ascendants à charge au moment du décès du participant, sont considérés comme tels, les ascendants directs (parents, grands-parents, arrière-grands-parents) du participant répondant aux conditions de l'article 1411 III du Code Général des Impôts.

5.2. Fait générateur des garanties

Pour que les garanties puissent jouer, le fait générateur doit s'être réalisé durant la période de couverture du participant. Pour les garanties décès, le fait générateur correspond à la date du décès constaté par l'autorité médicale ou à la date de l'état d'Invalidité Absolue et Définitive notifiée par la Sécurité sociale.

5.3. Prestations

Garanties décès couvrant les participants cadres et non cadres.

5.3.1. Capital décès (participants cadres et non cadres)

Prestation dont le montant sert à indemniser forfaitairement le ou les bénéficiaires désignés des conséquences du décès du participant.

A : Conditions d'attribution

Modalités de déclaration du sinistre :

L'entreprise adhérente ou le bénéficiaire doit adresser à l'Institution, dans les 15 jours suivant le sinistre, une demande de prestation composée des pièces justificatives récapitulées ci-dessous.

En cas de décès :

1. un extrait d'acte de décès et un extrait d'acte de naissance du participant décédé avec mention marginale ;
2. une copie du ou des livrets de famille du participant décédé certifiée conforme à l'original ;
3. un extrait d'acte de naissance du ou des bénéficiaires ;
4. un certificat médical attestant que le décès du participant résulte d'une mort naturelle, accidentelle ou d'un suicide ;
5. une photocopie du dernier avis d'imposition du défunt (et si nécessaire de l'ex-conjoint en cas de divorce),
6. une photocopie de l'ordonnance du juge désignant l'administrateur légal des biens du ou des enfants mineurs pour le versement des prestations les concernant ;
7. si le bénéficiaire est le concubin ou le partenaire, les pièces nécessaires à la justification de cet état ;
8. une déclaration de l'entreprise adhérente, permettant de déterminer le salaire de référence et attestant que le participant était effectivement salarié par elle lors de son décès ou lors de l'arrêt de travail précédant le décès ;
9. s'il y a lieu, une copie du rapport de police ou du procès-verbal de gendarmerie ;
10. un Relevé d'Identité Bancaire du ou des bénéficiaires.

En cas d'Invalidité Absolue et Définitive:

1. la notification d'attribution de la pension de 3^{ème} catégorie d'invalidité de la Sécurité sociale ou le justificatif de la majoration de pension accordée pour assistance d'une tierce personne en cas d'accident du travail ou maladie professionnelle ;
2. une copie du ou des livrets de familles du participant invalide certifiée conforme à l'original ;
3. un certificat médical attestant que l'I.A.D du participant résulte d'une maladie ou d'un accident ;
4. une photocopie du dernier avis d'imposition du participant (et si nécessaire de l'ex-conjoint en cas de divorce) ;
5. une déclaration de l'entreprise adhérente, permettant de déterminer le salaire de référence et attestant que le participant était effectivement salarié par elle lors de la reconnaissance de cette I.A.D ou lors de l'arrêt de travail précédant cette reconnaissance ;
6. un Relevé d'Identité Bancaire du bénéficiaire.

En vue du règlement des prestations, l'Institution se réserve le droit de demander toute autre pièce à l'occasion du décès ou de l'Invalidité Absolue et Définitive.

B : Montant

Le montant de la prestation exprimé en pourcentage du salaire annuel brut de référence tel que défini à l'article 7 varie en fonction de la catégorie de personnel à laquelle appartient le participant et de sa situation de famille au jour de son décès ou de son Invalidité Absolue et Définitive :

Pour les participants cadres	
Participant célibataire, veuf, divorcé, sans enfant ou ascendant à charge	140%
Participant célibataire, veuf, divorcé, avec un enfant ou un ascendant à charge	190%
Participant marié, « pacsé » ou vivant en concubinage, sans enfant ou ascendant à charge	200%
Majoration par enfant ou ascendant à charge supplémentaire	50%

Pour les participants non-cadres	
Participant célibataire, veuf, divorcé, sans enfant ou ascendant à charge	110%
Participant célibataire, veuf, divorcé, avec un enfant ou un ascendant à charge	150%
Participant marié, « pacsé » ou vivant en concubinage, sans enfant ou ascendant à charge	160%
Majoration par enfant ou ascendant à charge supplémentaire	40%

C : Délai et modalités de paiement

Le capital est payé en une seule fois au plus tard dans un délai d'un mois après la constitution complète et le dépôt du dossier auprès de l'Institution.

Le paiement est opéré par virement sur le compte du ou des bénéficiaires.

D : Bénéficiaires

Le capital garanti en cas de décès du participant est attribué par ordre de préférence et sous réserve des modalités particulières précisées ci-après :

- en premier lieu au conjoint survivant non divorcé ni séparé judiciairement,
- à défaut, au partenaire lié par un PACS,
- à défaut au concubin (cf. ci-dessus),
- à défaut, aux enfants légitimes, naturels, reconnus, recueillis ou adoptifs, vivants ou représentés, par parts égales entre eux ;
- à défaut, aux parents, par parts égales entre eux ;
- à défaut, aux ascendants, par parts égales entre eux ;
- à défaut de tous les susnommés, aux héritiers, par parts égales entre eux.

Dans tous les cas, l'assuré a la faculté, lors de son adhésion ou postérieurement à son admission à l'assurance, de modifier la désignation contractuelle ou sa désignation particulière initiale lorsque celle-ci n'est plus appropriée. Il doit alors indiquer par écrit, à l'Institution, la ou les personnes physiques ou morales qu'il désigne comme bénéficiaires. La désignation peut être effectuée via le bulletin de désignation mis à disposition du participant par l'Institution, mais également par acte sous seing privé adressé à l'Institution ou par acte authentique.

Lorsque le participant désigne nommément son ou ses bénéficiaires, il peut préciser les coordonnées de ces derniers, celles-ci seront utilisées par l'Institution en cas de décès du participant. Lorsqu'une désignation de bénéficiaire nominative devient caduque par la disparition du ou des bénéficiaires, par annulation du participant ou en cas de révocation de plein droit prévue par le code civil, sans

nouvelle désignation, la désignation contractuelle s'applique pour la part du capital initialement prévue pour ce ou ces bénéficiaires. L'institution attire l'attention du participant sur le fait que l'acceptation de la désignation par le bénéficiaire a pour effet de rendre irrévocable la stipulation faite à son profit.

Le capital accordé par anticipation en cas d'Invalidité Absolue et Définitive de 3ème catégorie est attribué au participant.

5.3.2 Double effet (participants cadres et non cadres)

Capital ayant pour objet d'indemniser forfaitairement les enfants à charge du participant des conséquences du décès, du conjoint, partenaires ou concubin non-remarié du participant, lorsque ce décès est simultané ou postérieur à celui du participant.

A : Conditions d'attribution

- modalités de déclaration du sinistre : voir la prestation capital décès à l'article 5.3.1
- pièces justificatives :
Elles sont identiques à celles demandées pour la prestation capital décès en les adaptant à la personne du défunt et en ajoutant les pièces nécessaires à la justification de l'état de conjoint, partenaire ou concubin et à celle d'enfant à charge en fournissant notamment, un certificat de scolarité ou toute attestation justifiant de la poursuite des études pour les enfants de plus de 18 ans, ou tout document justifiant de la reconnaissance d'un handicap pour ces derniers.

Cette prestation n'est pas due lorsque le décès du conjoint, postérieur à celui du participant, intervient alors que l'adhésion de l'entreprise adhérente a été résiliée.

B : Montant

Le montant du capital double effet est égal au montant du capital décès qui a été versé par l'Institution au titre du décès du participant.

C : Délai et modalités de paiement

Le capital est payé en une seule fois au plus tard dans un délai d'un mois après la constitution complète et le dépôt du dossier auprès de l'Institution.

Le paiement est opéré par virement sur le compte du ou des bénéficiaires

D : Bénéficiaires

Le capital « double effet » accordé en cas de décès du conjoint simultané ou postérieur à celui du participant, est attribué par parts égales entre les enfants qui étaient à charge du participant au moment de son décès et qui sont toujours à charge de son conjoint, concubin ou partenaire au moment du décès de ce dernier.

5.3.3. Rente éducation (participants cadres et non cadres)

La garantie rente éducation est assurée par l'OCIRP.

L'OCIRP est seul porteur de la présente garantie et est seul responsable de la bonne fin des prestations. La présente garantie est régie par la présente notice et par les stipulations figurant ci-dessous.

L'OCIRP a confié la gestion administrative de la présente garantie à l'Institution.

A : Objet

Rente servant à couvrir en tout ou partie les frais relatifs à l'éducation et à la scolarité des enfants à charge du participant décédé.

B : Montant

La rente éducation est calculée en pourcentage du salaire de référence tel que défini à l'article 7. Le montant de la rente varie en fonction de l'âge de l'enfant à charge :

- jusqu'à leur 18ème anniversaire : 18 % par enfant à charge ;
 - au-delà et jusqu'au 26ème anniversaire: 23 % par enfant à charge ;
- (si étudiant, apprenti ou stagiaire dans le cadre d'un stage préalable

à l'exercice d'un premier emploi rémunéré).

Le versement de la rente est maintenu en cas d'invalidité de l'enfant à charge reconnue par la Sécurité sociale avant son 26ème anniversaire et mettant l'enfant à charge dans l'impossibilité de se livrer à une activité professionnelle.

En cas de décès du conjoint ou concubin ou partenaire du participant décédé postérieur au décès de ce dernier, le montant de chaque rente d'éducation versée est doublé. Il en va de même si le participant décédé était une mère célibataire dont le ou les enfants à charge n'ont pas fait l'objet d'une reconnaissance de paternité.

Les termes de conjoint, concubin ou partenaire sont définis au 5.1.

C : Bénéficiaires

La rente éducation accordée en cas de décès du participant est attribuée à chacun de ses enfants à charge au moment du décès. La rente est versée tant que le bénéficiaire a la qualité d'enfant à charge jusqu'au 18ème anniversaire ou jusqu'au 26ème anniversaire si l'enfant poursuit des études ou est en apprentissage ou titulaire d'un contrat de de qualification ou de professionnalisation.

Par enfant à charge, on entend, dans le cadre de la présente garantie, les enfants du participant ou de son conjoint, concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité, qu'ils soient légitimes, naturels, adoptifs, reconnus ou recueillis.

D. Conditions d'attribution et modalités de paiement de la rente éducation

Formalités à remplir pour les demandes de liquidation de rentes :

Lors du décès du participant, il doit être remis à l'Institution :

- un certificat de décès du participant ;
- un extrait d'acte de naissance avec filiation pour chacun des bénéficiaires ,
- tous documents justifiant la qualité d'enfant à charge au sens de l'article 5.1 ci-dessus, avec le cas échéant : les documents d'état civil avec mention des autres enfants nés du participant décédé, ou reconnus, adoptés ou recueillis par celui-ci lors de situations antérieures,
- en cas de mise sous tutelle, en copie certifiée conforme du jugement de mise sous tutelle nommant le représentant légal du ou des orphelins,
- En cas de concubinage, au au moins deux justificatifs de la qualité de concubins, preuve du domicile commun au moment du décès : quittance EDF, facture Téléphonique, bail commun, attestation d'assurance, formulaire de témoignage du greffe du Tribunal d'Instance,
- en cas de contrat de Pacs, les mêmes types de justificatifs que ceux prévus en cas de concubinage avec au moins le document attestant l'engagement dans les liens du Pacs délivré par le greffe du Tribunal d'Instance,
- tout document concernant l'activité salariée du participant décédé demandé par l'Institution au bénéficiaire.

Délais et date d'effet des prestations

Les prestations sont payées au plus tard dans un délai de trois mois après le dépôt du dossier (demande de liquidation de prestations accompagnée de l'ensemble des pièces justificatives) auprès de l'Institution dont dépend l'entreprise adhérente.

La déclaration du décès et le dépôt du dossier auprès de l'Institution membre doivent avoir lieu dans un délai d'un an.

Les prestations prennent alors effet à compter du premier jour du mois civil suivant la date du décès.

Si la déclaration est faite après un délai d'un an, les prestations prendront effet à partir du premier jour du mois civil suivant la date de dépôt du dossier.

En cas de disparition du participant, le paiement des prestations interviendra après reconnaissance du décès par absence, par le tribunal compétent.

Modalités de paiement des prestations

Le paiement des prestations n'est subordonné à aucune condition

de situation d'emploi, ni de remariage, ni de concubinage, ni de contrat de Pacs, intervenant après le décès du participant.

Les rentes sont payables trimestriellement à terme échu. Celles dont la date d'effet se situe en cours d'exercice donnent lieu à un versement pour la période restant à courir jusqu'au 31 décembre de l'année considérée.

Les rentes en cours de service sont revalorisées en fonction des taux fixés par le conseil d'administration de l'OCIRP au 1er janvier et au 1^{er} juillet de chaque année sous réserve des dispositions prévues en cas de résiliation de l'adhésion de l'entreprise.

E. Revalorisation de la rente éducation en cas de résiliation de l'adhésion de l'entreprise

La résiliation de l'adhésion à l'OCIRP met fin aux revalorisations, toutefois l'entreprise peut obtenir la poursuite de la revalorisation des prestations qui lui sont rattachées moyennant le paiement d'une somme forfaitaire égale à la différence entre, d'une part, les provisions techniques desdites prestations établies selon les tables réglementaires en vigueur au jour de la résiliation de l'adhésion avec application d'un taux d'intérêt technique de 0% ; et d'autre part, les provisions techniques de l'Union-Ocirp pour lesdites prestations calculées au taux technique en vigueur au jour de la résiliation de l'adhésion. Le paiement de cette somme est obligatoire si l'entreprise n'assure pas cette revalorisation ou si un nouvel assureur ne le fait pas (article L912-3 du code de la Sécurité sociale).

5.4.4. Rente handicap (participants cadres et non cadres)

La présente garantie est assurée par l'OCIRP.

Définition

En cas de décès ou d'Invalidité Absolue et Définitive d'un salarié ayant un enfant handicapé, il est versé à ce dernier une rente viagère handicap.

Montant et service de la rente

Le montant de la rente versée au bénéficiaire est de 500 € par mois. L'évolution annuelle du montant de base de cette prestation est indexée sur l'augmentation du montant de l'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH). En cas de modification notable ou de disparition de l'AAH, un avenant devra déterminer la référence à une allocation spécifique aux personnes handicapées afin d'indexer le montant de la rente prévue par la présente garantie.

Les rentes handicap sont versées à chaque enfant handicapé ou à son représentant légal. Elles sont payables trimestriellement à terme échu. La prestation prend effet à compter du 1er jour du mois civil suivant la date du décès ou celle de reconnaissance de l'Invalidité Absolue et Définitive.

Cette prestation est versée jusqu' au décès du bénéficiaire.

Le versement anticipé en cas d'Invalidité Absolue et Définitive met fin à la garantie.

Bénéficiaires

Bénéficie du versement de la prestation l'enfant reconnu handicapé d'un salarié décédé.

Est reconnu comme handicapé, l'enfant légitime, naturel ou adoptif atteint d'une infirmité physique et/ou mentale qui l'empêche soit de se livrer, dans des conditions normales à une activité professionnelle sans adaptation du poste de travail, soit s'il est âgé de moins de 18 ans, d'acquérir une instruction ou une formation professionnelle dans les conditions équivalentes à celles d'une personne dite « valide », ou tel que définit par l'article 199 septies du Code général des impôts ».

Le handicap est apprécié au jour du décès ou de l'Invalidité Absolue et Définitive assimilable au décès du salarié.

Formalités à remplir pour les demandes de liquidation de rentes

Pour justifier du handicap du ou des bénéficiaires, doit être obligatoirement joint à la demande de liquidation des prestations, sous enveloppe cachetée destinée au médecin-conseil, un certificat médical attestant, à la date du décès ou de l'Invalidité Absolue et Définitive assimilable au décès, du participant, de la nature de l'infirmité physique et/ou mentale dont sont atteints le ou les

enfants bénéficiaires et qui les empêchent soit de se livrer, dans des conditions normales à une activité professionnelle sans adaptation du poste de travail, soit s'ils sont âgés de moins de 18 ans, d'acquérir une instruction ou une formation professionnelle dans les conditions équivalentes à celles d'une personne dite « valide ».

En outre, l'Union-OCIRP se réserve le droit de demander toutes autres pièces complémentaires qui lui seraient nécessaires pour l'étude du dossier de liquidation, notamment :

- un justificatif d'un taux d'incapacité de 80 % reconnue par la COTOREP, la CDES ou la CDAPH (la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées qui remplace les COTOREP ET CDES depuis la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances des personnes handicapées),
- un justificatif d'un taux d'incapacité compris entre 50 % et 80 %, si la Cotorep, la CDES ou la CEDAPH a reconnu au bénéficiaire l'impossibilité de travailler,
- la preuve du bénéfice d'une mesure relevant de la loi n° 2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées du 11 février 2005,
- un certificat d'admission en établissement spécialisé.

5.3.5. Revalorisation des rentes éducation et handicap

Les rentes éducation et handicap sont revalorisées chaque année suivant un taux fixé par le Conseil d'administration de l'Union-OCIRP.

Les prestations périodiques, versées sous forme de rente (rente éducation et rente Handicap) en cours de versement cessent d'être revalorisées par l'organisme assureur quitté et sont maintenues au niveau atteint à la date d'effet de la résiliation.

• Garanties décès couvrant les seuls salariés cadres

5.3.6. Rente viagère de conjoint (garantie ne couvrant que les participants cadres)

La présente garantie est assurée par l'OCIRP.

En cas de décès du salarié cadre laissant un conjoint ou un concubin ou un pacsé, il est versé à l'ayant droit survivant une rente viagère.

Montant de la rente

La rente viagère est égale à 10 % du salaire annuel de référence tel que défini à l'article 7.

Cette prestation est versée jusqu' au décès du bénéficiaire.

Bénéficiaires de la garantie

Bénéficient de la garanties les conjoints, concubins et pacsés.

Le contrat de Pacs doit avoir été conclu depuis au moins deux ans avant la date de décès du participant sauf si le bénéficiaire justifie d'une durée de vie commune avec celui-ci d'au moins deux ans avant son décès.

Le concubin ou la concubine survivant(e) doit apporter la preuve qu'il ou elle a vécu jusqu'au moment du décès au moins deux ans en concubinage notoire avec le participant décédé. De plus, il ou elle doit être au regard de l'état civil, ainsi que le participant décédé, libre de tout autre lien de mariage ou de contrat de Pacs.

En cas de naissance ou d'adoption dans le couple concubin ou lié par un Pacs, ce délai de deux ans n'est pas exigé.

Les rentes sont payables trimestriellement à terme échu. La prestation prend effet à compter du 1er jour du mois civil suivant la date du décès.

Formalités à remplir pour les demandes de liquidation

Les demandes de liquidation sont effectuées auprès de l'institution membre au moyen d'un dossier constitué du formulaire de demande de liquidation OCIRP et des pièces justificatives :

- un certificat de décès du participant ;
- un extrait d'acte de naissance avec filiation pour le bénéficiaire.

En cas de concubinage : au moins deux justificatifs de la qualité de concubins, preuve du domicile commun au moment du décès : quittance EDF, facture téléphonique, bail commun, attestation d'assurance, formulaire de témoignage du greffe du Tribunal d'Instance.

En cas de contrat de Pacs : le document attestant l'engagement dans les liens du Pacs délivré par le greffe du Tribunal d'Instance.

Et dans tous les cas, attestation de l'employeur concernant l'activité salariée du participant, demandée par l'Institution membre au bénéficiaire ainsi que tout document justifiant que le participant décédé était assimilé à un salarié conformément à l'article L.931-3 du code de la Sécurité sociale.

Revalorisation des rentes en cours de service

Les rentes viagères de conjoint servies dans le cadre du présent accord sont revalorisées chaque année, suivant un taux fixé par le Conseil d'Administration paritaire de l'organisme désigné ci-après pour l'assurance de ces deux garanties.

En cas de changement d'organisme assureur de la présente garantie, la revalorisation des prestations sera poursuivie par l'organisme assureur de ces garanties.

5.3.7. Prédécès du conjoint, concubin ou partenaire lié par un Pacs (garantie ne couvrant que les participants cadres)

Capital ayant pour objet d'indemniser forfaitairement le bénéficiaire des conséquences du décès, du conjoint, concubin ou partenaire du participant.

A : Conditions d'attribution

- modalités de déclaration du sinistre : voir la prestation capital décès article 5.3.1
- pièces justificatives :
Pour le décès du participant : pièces N° 1 et 2 de l'article 5.3.1. en les adaptant à la personne du défunt, en ajoutant les pièces nécessaires à la justification de l'état de concubin ou de partenaire.

B : Montant

50% de la base des prestations .

C : Délai et modalités de paiement

Le capital est payé en une seule fois au plus tard dans un délai d'un mois après la constitution complète et le dépôt du dossier auprès de l'Institution.

Le paiement est opéré par virement sur le compte bancaire du bénéficiaire.

D : Bénéficiaires

Le capital est attribué au participant.

5.4. Exclusions (garanties bénéficiant aux cadres et/ou aux non cadres)

Le décès ou l'Invalidité Absolue et Définitive du participant ne donne pas lieu à prestations :

- d'une façon générale, pour toutes les causes d'exclusion prévues par la loi,
- lorsqu'il (ou elle) est la conséquence des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de la transmutation de noyaux atomiques sauf utilisation médicale maîtrisée.

Si le bénéficiaire a commis ou fait commettre un meurtre sur la personne du participant et a été condamné pour ces faits par décision de justice devenue définitive, le capital est alors

versé au(x) bénéficiaire(s) de rang suivant.

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

• Garanties arrêt de travail

6. Garanties en cas d'incapacité de travail ou d'invalidité

Pour les participants en congé parental voir l'article 4.1.

6.1. Garantie Incapacité de travail

Lorsqu'un participant est dans l'impossibilité temporaire de travailler, l'Institution lui garantit le versement d'une prestation en complément de celle versée par la Sécurité sociale afin de faire face à la perte de salaire subie.

6.1.1. Définitions

Peut donner lieu au déclenchement de la garantie incapacité de travail, l'incapacité temporaire totale. Elle correspond à l'impossibilité physique totale et temporaire de travailler des suites d'une maladie (y compris une maladie professionnelle) ou d'un accident (y compris un accident du travail), constatée par une autorité médicale compétente, ouvrant droit aux prestations en espèces de la Sécurité sociale, et reconnue par l'Institution.

Durant le congé légal de maternité, l'Institution ne verse pas de prestations en complément de celles versées par la Sécurité sociale au titre de la maternité ; il en va de même pour le congé paternité.

6.1.2. Fait générateur et franchise

La date de l'arrêt de travail notifié par le médecin traitant du participant constitue le fait générateur de la garantie incapacité temporaire. Toutefois, la garantie joue uniquement si la période de franchise prévue ci-dessous arrive à expiration durant la période couverte par l'Institution.

Il ne peut être versée de prestation au titre de période d'incapacité de travail antérieure à la date d'effet de l'adhésion de l'entreprise au présent contrat d'adhésion.

Franchise :

Période ininterrompue suivant le point de départ de chaque arrêt de travail d'un participant, ne donnant lieu au versement d'aucune prestation par l'Institution.

- En cas de Maladie ou d'accident de droit commun, chaque arrêt de travail sera indemnisé à l'issue d'un délai de franchise égal à 3 jours calendaires. Tout nouvel arrêt de travail consécutif à la même affection, survenant moins de 60 jours après la reprise d'activité, n'entraîne pas l'application de la période de franchise dès lors qu'il est indemnisé par la Sécurité sociale et reconnu par l'Institution.
- Aucun délai de franchise n'est appliqué si l'arrêt de travail est occasionné par une maladie professionnelle ou un accident du travail autre qu'un accident de trajet.

6.1.3. Prestations

A : Conditions d'attribution

Pour ouvrir droit à prestation, le participant devra :

- être pris en charge par la Sécurité sociale au titre des indemnités journalières (sauf en ce qui concerne les salariés à temps partiel ne remplissant pas, du fait de cet horaire, les conditions d'ouverture de droits en matière d'assurance maladie vis-à-vis du régime de Sécurité sociale qui peuvent être indemnisés dans les conditions prévues au B ci-dessous),
- être reconnu en incapacité de travail par l'Institution.

Modalités de déclaration du sinistre :

Toute incapacité de travail entraînant une cessation d'activité du participant supérieure au délai de franchise doit être déclarée par l'entreprise adhérente en adressant à l'Institution une demande de prestation accompagnée notamment des pièces suivantes :

- l'avis d'arrêt de travail fourni par l'Institution, dûment complété ;
- l'attestation de versement d'indemnités journalières de la Sécurité sociale ;
- une attestation de l'entreprise adhérente précisant les salaires bruts et nets de référence tels que définis à l'article 7.
- en cours d'arrêt de travail, l'entreprise adhérente (ou le participant s'il n'a plus de lien avec l'entreprise adhérente) doit justifier de l'état de santé du participant par l'envoi régulier du relevé des prestations en espèces versées par la Sécurité sociale pour la période correspondante.

L'Institution se réserve le droit de demander toute autre pièce au moment du sinistre et au cours du règlement des prestations.

B : Montant

Base et principe de calcul :

La prestation est calculée en pourcentage de la 1/360ème partie du salaire net de référence défini à l'article 7.

Le participant percevra 100 % du salaire net de référence. De cette garantie complémentaire seront déduites par l'Institution les indemnités journalières brutes de CSG et de CRDS versées par la Sécurité sociale et toutes autres rémunérations ou indemnités versées ou maintenues par l'employeur.

Les salariés cadres à temps partiel ou non-cadres ayant un an d'ancienneté dans le cadre de leur contrat de travail, y compris ceux ne remplissant pas, du fait de cet horaire, les conditions d'ouverture de droits en matière d'assurance maladie vis-à-vis du régime de Sécurité sociale bénéficient de la présente garantie. Dans ce cas le montant de la prestation versée par l'organisme de prévoyance sera celui prévu à l'alinéa précédent, déduction faite du montant reconstitué des prestations brutes que l'intéressé aurait perçues de la Sécurité sociale si celle-ci était intervenue et des rémunérations versées ou maintenues par l'employeur.

En tout état de cause, la présente garantie ne doit pas conduire le participant, compte tenu des sommes versées de toute provenance, à percevoir pour la période indemnisée à l'occasion d'une maladie ou d'un accident une somme supérieure à la rémunération nette qu'il aurait effectivement perçue s'il avait continué à travailler ; dans le cas contraire, les prestations versées par l'Institution seront réduites à due concurrence.

C : Délai et modalités de paiement

Les indemnités journalières sont payées dans les 15 jours qui suivent la réception par l'Institution du dossier complet. Elles sont versées par virement sur le compte bancaire du bénéficiaire.

D : Périodicité

Les indemnités journalières sont versées dans un délai de 10 jours à compter de la réception de chaque décompte de la Sécurité sociale par l'Institution.

E : Durée

Le versement des indemnités journalières cesse au premier des événements suivants :

- à la date de reprise d'activité, ou s'il est établi par un médecin contrôleur mandaté par l'entreprise adhérente ou l'Institution que le bénéficiaire peut reprendre une activité,
- en cas de suspension ou de cessation des prestations de la Sécurité sociale,
- à la date d'attribution d'une pension d'invalidité ou rente d'incapacité permanente professionnelle par la Sécurité sociale ;
- au 1095ème jour d'arrêt de travail;
- en cas de décès du participant;

- au plus tard, à la date d'effet de la liquidation de la pension de vieillesse de la Sécurité sociale.

6.2. Garantie Invalidité

Le participant a droit à une pension lorsqu'il présente une invalidité permanente totale ou partielle, à la suite d'une maladie ou d'un accident constaté par un médecin, réduisant, dans des proportions notifiées par la Sécurité sociale, sa capacité de travail ou de gain, prise en charge par la sécurité sociale, et expressément reconnue par l'Institution.

Cette prestation ne peut être cumulée avec les indemnités journalières complémentaires prévues à l'article 6.1 ci-dessus, sauf en ce qui concerne les invalides de 1ère catégorie.

6.2.1. Définitions

Trois types de sinistres peuvent donner lieu au déclenchement de la garantie Invalidité.

Les invalides sont classés comme suit (voir article L. 341-1 et suivants du code de la Sécurité sociale) :

- Invalidité de 1ère catégorie (de 50% à moins de 66% d'incapacité de travail) : Invalides capables d'exercer une activité rémunérée ;
- Invalidité de 2ème catégorie (66% et plus d'incapacité de travail) : Invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque ;
- Invalidité de 3ème catégorie (66% et plus d'incapacité de travail avec majoration pour assistance d'une tierce personne) : 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.

En cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, tels qu'ils sont définis par le code de la Sécurité sociale, l'invalidité est déterminée en fonction du taux d'incapacité permanente. Ce taux figure ci-dessus entre parenthèses.

6.2.2. Fait générateur de la garantie

Pour que la garantie puisse jouer, le fait générateur doit s'être révélé durant la période de couverture par l'Institution. Pour l'invalidité, le fait générateur prend naissance à la date de notification de l'invalidité par la Sécurité sociale. Toutefois, lorsque l'invalidité est issue de manière continue, exclusive et directe d'une incapacité de travail c'est le fait générateur de la garantie incapacité qui est considéré comme fait générateur de l'invalidité.

6.2.3. Prestations

La prestation est versée sous forme de rente et varie en fonction du classement du participant dans l'une des trois catégories d'invalidité fixées par la Sécurité sociale ou du taux d'incapacité permanente fixé en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle.

A : Conditions d'attribution

Modalités de déclaration du sinistre :

L'invalidité d'un participant doit être déclarée par l'entreprise adhérente (ou le participant s'il ne fait plus partie de l'effectif) en adressant à l'Institution une demande de prestation accompagnée notamment des pièces suivantes :

Pièces justificatives à la constitution du dossier :

- la notification de classement en 1ère, 2ème ou 3ème catégorie par la Sécurité sociale ou l'attribution du taux d'incapacité permanente en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle ;
- la date de la première constatation médicale de la maladie ou de la survenance de l'accident attestant de l'invalidité ;
- l'attestation de l'entreprise adhérente précisant le salaire de référence, tel que défini à l'article 7, précédant l'arrêt de travail ;

- un relevé d'identité bancaire ;
- le dernier avis d'imposition ;

Pièces justificatives en cours d'invalidité :

- pour chaque trimestre, la notification du Pôle emploi ou le montant du salaire partiel versé par l'employeur ainsi que le relevé des prestations en espèces versées par la Sécurité sociale pour les invalides de 1^{ère} catégorie,
- pour chaque année, l'envoi du relevé des prestations en espèces versées par la Sécurité sociale pour les invalides de 2^{ème} et 3^{ème} catégorie.

L'Institution se réserve le droit de demander toute pièce qu'elle jugerait nécessaire pour la constitution du dossier.

B : Montant

La rente d'invalidité est calculée en pourcentage du salaire net de référence.

- Invalidité 2^{ème} et 3^{ème} catégories résultant de maladie ou d'accident au titre de la législation générale ou participant bénéficiant d'une rente pour accident du travail ayant entraîné un taux d'incapacité d'au moins 66 % :

Le participant percevra 100 % du salaire net référence. De cette garantie complémentaire seront déduites les prestations brutes de CSG et de CRDS versées par la Sécurité sociale et toutes autres rémunérations ou indemnités versées ou maintenues par l'employeur ou le Pôle emploi.

- Invalidité 1^{ère} catégorie résultant de maladie ou d'accident au titre de la législation générale ou participant bénéficiant d'une rente accident du travail ayant entraîné un taux d'incapacité compris entre 50 % et 65 % :

Le participant percevra 50 % de la rente calculée comme ci-dessus.

Les participants ne remplissant pas les conditions d'ouverture de droits en matière d'assurance maladie vis-à-vis du régime de Sécurité sociale (car ne pouvant justifier d'une durée d'activité salariée suffisante) bénéficient, après contrôle du médecin mandaté par l'Institution, de la présente garantie. Dans ce cas, le montant de la prestation versée par l'Institution sera celui prévu à l'alinéa précédent, déduction faite du montant reconstitué des prestations brutes que l'intéressé aurait perçues de la Sécurité sociale si celle-ci était intervenue et des rémunérations versées ou maintenues, notamment par l'employeur. En aucun cas l'Institution ne versera les prestations de la Sécurité sociale ainsi reconstituées.

En tout état de cause, la présente garantie ne doit pas conduire le bénéficiaire, compte tenu des sommes versées de toute provenance, à percevoir pour la période indemnisée à l'occasion d'une maladie ou d'un accident une somme supérieure à son salaire net d'activité ; dans le cas contraire, les prestations versées par l'Institution seront réduites à due concurrence.

C : Délai et modalités de paiement

La rente est payée au plus tard à l'échéance trimestrielle après la constitution complète et le dépôt du dossier auprès de l'Institution. Le paiement est opéré par virement sur le compte du bénéficiaire.

D : Périodicité

Les rentes sont payables par trimestre civil à terme échu.

Un prorata est versé pour la période s'écoulant entre la date de notification de l'invalidité et l'échéance trimestrielle suivante. En cas de survenance d'un des événements prévus au E ci-dessous, le versement de la rente prend fin le 1^{er} du mois civil qui suit cet événement.

E : Durée

Le versement de la rente d'invalidité cesse au premier des événements suivants :

- si le taux d'incapacité permanente devient inférieur à 50% ;
- s'il est établi par un médecin contrôleur mandaté par l'Institution

que l'invalidité ou l'incapacité permanente professionnelle n'est plus justifiée ;

- en cas de suspension ou de suppression de la pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité permanente professionnelle versée par la Sécurité sociale ;
- en cas de décès du participant;
- au plus tard, à la date d'effet de la liquidation de la pension de vieillesse de la Sécurité sociale.

6.3. Bénéficiaires

Les prestations dues en cas d'incapacité de travail sont versées à l'entreprise adhérente, sauf en cas de rupture du contrat de travail. Dans ce cas, elles sont versées au participant lui-même.

Les prestations dues en cas d'invalidité permanente sont versées au participant lui-même.

6.4. Maintien des garanties décès aux incapables et invalides

Conformément aux articles 7-1 et 30 nouveaux de la loi 89-1009 du 31 décembre 1989, tant qu'un participant est indemnisé par l'Institution au titre de la garantie « incapacité de travail » ou de la garantie « invalidité », les garanties en cas de décès dont il bénéficie lui sont maintenues, même après la résiliation de l'adhésion de l'entreprise adhérente et ce jusqu'au jour où il n'est plus indemnisé par l'Institution.

En cas de rupture du contrat de travail du participant en situation d'incapacité ou d'invalidité, la garantie maintenue est celle dont il bénéficiait la veille de la rupture.

Si l'entreprise adhérente a résilié un précédent contrat collectif obligatoire garantissant le décès des salariés pour adhérer au présent contrat d'adhésion, les prestations en cas de décès sont versées, par l'Institution, sous déduction de celles dues par le précédent organisme assureur, au titre du maintien de la garantie décès en cas de résiliation du contrat dudit organisme.

En cas de sinistre, le montant de la prestation est déterminé en fonction de la base des prestations calculée au premier jour de l'arrêt de travail. Cette base est revalorisée chaque 1^{er} janvier en fonction de l'évolution du point ARRCO au cours de l'exercice précédent. Cette revalorisation cesse à la date d'effet de la résiliation ou du non renouvellement du contrat d'assurance.

Pour les participants indemnisés par l'Institution dont l'arrêt de travail est antérieur au 1er janvier 2002, l'article 30 de la loi susmentionnée prévoit une période transitoire de dix ans au terme de laquelle l'intégralité de la provision correspondant à l'engagement de l'Institution à cette date sera constituée. Pour ce faire, l'Institution évaluera les engagements constatés à la fin de chaque année et constituera une provision égale au montant de ces engagements dans le rapport entre le nombre d'années écoulées depuis le 1er janvier 2002 et le nombre d'années prévues pour la période transitoire.

En cas de résiliation de l'adhésion de l'entreprise adhérente au cours de la période transitoire de dix ans, l'entreprise adhérente devra verser à l'Institution le solde des provisions restant à constituer à la date de résiliation. Le solde est égal à la différence entre le montant des engagements évalués à la date d'effet de la résiliation et la provision constituée à cette date.

6.5. Revalorisation des prestations

Les indemnités journalières et rentes d'incapacité ou d'invalidité complémentaires versées par l'Institution seront revalorisées au 1^{er} janvier de chaque exercice en fonction de l'évolution de la valeur du point ARRCO au cours de l'exercice précédent. Cette revalorisation cesse le jour de la résiliation de l'adhésion, les prestations continuant d'être versées au niveau atteint à cette date. Le nouvel assureur

auquel adhère l'entreprise résiliée devra assumer la charge des revalorisations futures.

• Dispositions diverses

7. Salaire de référence servant au calcul des prestations

La base des prestations doit être égale au salaire fixe des trois derniers mois pleins de salaire brut, déclaré par l'entreprise adhérente à l'administration fiscale en vue de l'établissement de l'impôt sur le revenu, multiplié par quatre, majoré des rémunérations variables des douze mois précédant l'arrêt de travail ou la date du décès. La base de calcul des prestations est limitée à trois fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.

En cas de sinistre suite à une période sans cotisation, c'est la dernière base de prestations soumises à cotisation qui est pris en compte pour le calcul de la prestation.

Pour les prestations exprimées en pourcentage du salaire net, la base des prestations est celle prévue à l'alinéa précédent déduction faite des charges fiscales et sociales.

Il est précisé que la CSG et la CRDS sont des impôts dus par le salarié et ne peuvent pas être prises en charge par l'organisme de prévoyance ou l'entreprise adhérente.

Pour le participant travaillant à temps partiel, le montant des prestations est calculé sur le salaire de référence défini ci-dessus versé par l'entreprise adhérente.

8. Fausse déclaration

Lorsque la réticence ou la fausse déclaration intentionnelle du participant change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Institution, alors même que le risque omis ou dénaturé par le participant a été sans influence sur la réalisation du risque, la garantie accordée par l'Institution à ce participant est nulle.

Les cotisations payées à ce titre demeurent acquises à l'Institution.

9. Recours subrogatoire de l'Institution contre le tiers responsable

Conformément aux dispositions de l'article L.931-11 du code de la Sécurité sociale l'Institution est subrogée, pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, jusqu'à concurrence desdites prestations dans les droits et actions du participant, du bénéficiaire ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables.

Ont, notamment, un caractère indemnitaire les indemnités journalières de maladie et les prestations d'invalidité versées par l'Institution (article 29 de la loi du 5 juillet 1985).

Le participant, le bénéficiaire ou leurs ayants droit victimes d'un dommage causé par un tiers responsable et ouvrant droit au versement de prestations de la part de l'Institution doivent fournir à cette dernière dans les meilleurs délais, tous les éléments nécessaires à la mise en œuvre de la procédure.

10. Prescription

Conformément à l'article L. 932-13 du code de la Sécurité sociale, toutes les actions dérivant des opérations du Contrat d'adhésion sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois ce délai ne court :

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

Quand l'action de l'entreprise adhérente, du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre l'Institution a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'entreprise adhérente, le participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à cinq ans en ce qui concerne l'incapacité de travail.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations dépendant de la durée de la vie humaine, le bénéficiaire n'est pas le participant et, dans les opérations relatives à la couverture du risque accident, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du participant décédé.

11. Contrôle et expertise médicale

A toute époque, les médecins délégués par l'Institution doivent avoir, sous peine de déchéance de garantie et de suspension du paiement de la prestation en cours de service, un libre accès auprès du participant en état d'incapacité ou d'invalidité, à son lieu de traitement ou à son domicile tous les jours ouvrables, afin de pouvoir constater la réalité et la gravité de son état, ainsi que la régularité du montant des prestations.

L'Institution se réserve la possibilité de demander, dans le respect du secret médical, outre les pièces justificatives prévues pour chacune des garanties, des pièces complémentaires permettant une juste appréciation de la situation du participant.

Les décisions de l'Institution relatives à l'ouverture, au maintien, à la réduction ou à la cessation des prestations, prises en fonction des conclusions de son médecin délégué, sont notifiées au participant par courrier recommandé. Elles s'imposent à lui, s'il n'en a pas contesté le bien fondé dans les trente jours suivant leur envoi, au moyen d'une attestation médicale détaillée.

Cette contestation doit être adressée à l'Institution par lettre recommandée avec accusé de réception.

En cas de désaccord sur l'état de santé du participant, il est procédé à une expertise amiable et contradictoire par le médecin choisi par le participant et le médecin délégué par l'Institution. Si ces deux médecins ne peuvent parvenir à des conclusions communes, ils choisissent un médecin arbitre pour les départager. Faute d'entente sur son choix, la désignation en est faite par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile du participant.

Dans ce cas, la décision du médecin arbitre s'impose au participant et à l'Institution qui supportent par moitié les frais relatifs à sa nomination.

Tant que cette procédure d'arbitrage n'a pas été menée jusqu'à son terme, les parties s'interdisent d'avoir recours à la voie judiciaire pour le règlement des prestations.

12. Territorialité

Sauf stipulation contraire figurant aux conditions particulières, les garanties ne sont acquises qu'aux participants exerçant leur activité professionnelle sur le territoire français. Les prestations sont payables dans l'ensemble des pays de l'Union européenne en euros.

Concernant les garanties liées à l'arrêt de travail, en cas de sinistre survenant au cours de voyages ou de séjours hors du territoire français, seront pris en charge par l'Institution uniquement les sinistres indemnisés par le régime de base de la sécurité sociale française.

13. Informatique et libertés

L'article 27 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux informations données en réponse aux questions nécessaires à la conclusion du Contrat d'adhésion. L'adhérent et le participant disposent d'un droit d'accès et de rectification auprès de l'Institution.

L'adhérent et le participant autorisent l'Institution à communiquer ces informations à tout organisme appelé à connaître le Contrat d'adhésion en raison de sa gestion et de son exécution.

NOTES :

Lined area for notes, consisting of two columns of horizontal lines.

Vauban Humanis Prévoyance

Siège social : 18, avenue Léon Gaumont - 75 980 Paris Cedex 20.

www.vaubanhumanis.com



Une solidarité d'avance