

Régime Prévoyance

Notice d'information

SOMMAIRE

TITRE 1	PRÉAMBULE	4
TITRE 2	DESCRIPTIF DES VOS GARANTIES DE PRÉVOYANCE	6
TITRE 3	DISPOSITIONS GÉNÉRALES	8
ARTICLE 3.1	Objet du contrat	8
ARTICLE 3.2	Organismes assureurs	8
ARTICLE 3.3	Prescription	8
ARTICLE 3.4	Protection des données à caractère personnel	9
ARTICLE 3.5	Réclamations - Médiation	10
ARTICLE 3.6	Fausse déclaration	10
ARTICLE 3.7	Recours contre tiers responsable	10
ARTICLE 3.8	Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme	10
TITRE 4	CONDITIONS D'EXÉCUTION DU CONTRAT	11
ARTICLE 4.1	Durée	11
ARTICLE 4.2	Groupe Assuré	11
ARTICLE 4.3	Affiliation et prise d'effet de garanties	11
ARTICLE 4.4	Cessation de l'affiliation	11
ARTICLE 4.5	Cessation du droit aux garanties	11
ARTICLE 4.6	Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail	12
ARTICLE 4.7	Vos obligations	12
ARTICLE 4.8	Obligations de votre employeur	12

	ARTICLE	4.9 Restitution de l'indû	13
	ARTICLE	4.10 Cotisations	13
TITRE	5	GARANTIE INCAPACITÉ DE TRAVAIL	14
	ARTICLE	5.1 Dispositions communes	14
	ARTICLE	5.2 Incapacité temporaire de travail	15
	ARTICLE	5.3 Incapacité permanente de travail	17
TITRE	6	GARANTIE DÉCÈS	19
	ARTICLE	6.1 Capital Décès	19
	ARTICLE	6.2 Rente Education	21
	ARTICLE	6.3 Garantie obsèques	21
	ARTICLE	6.4 Exclusions	21
	ARTICLE	6.5 Maintien des prestations décès	22
	ARTICLE	6.6 Versement des prestations des décès	22
TITRE	7	PORTABILITÉ DES DROITS	23
	ARTICLE	7.1 Bénéficiaire	23
	ARTICLE	7.2 Ouverture et durée des droits à portabilité	23
	ARTICLE	7.3 Obligation de votre entreprise	23
	ARTICLE	7.4 Vos obligations	24
	ARTICLE	7.5 Prestations	24
	ARTICLE	7.6 Cessation de la portabilité	24
TITRE	8	DÉFINITIONS	25

TITRE 1

PRÉAMBULE

Vous bénéficiez auprès de CCPMA PREVOYANCE d'un contrat collectif obligatoire souscrit par votre employeur vous garantissant un régime de prévoyance.

Votre régime de prévoyance comprend les garanties suivantes :

- Incapacité de travail ;
- Décès.

La présente Notice d'information, remis par votre employeur, constitue un descriptif des garanties dont vous bénéficiez au titre de ce contrat et de leurs modalités d'application.

Si vous souhaitez des précisions sur vos garanties, nous vous invitons à vous rapprocher de votre service du personnel

Votre couverture prévoyance assure le risque décès. Soyez vigilant sur la désignation de vos bénéficiaires pour permettre un versement des prestations à ces derniers dans les meilleures conditions.

IMPORTANT

Ce document est à compléter et à signer par le salarié, puis à remettre à votre service du personnel.

ATTESTATION DE RÉCEPTION DE LA NOTICE D'INFORMATION

Je soussigné(e),

Nom :

Prénom :

reconnais avoir reçu la Notice d'information du contrat :

Votre entreprise doit conserver la preuve de la remise de la Notice d'information à ses salariés (cf. article "Obligations de l'entreprise adhérente" des Conditions générales).

RÉSERVÉ AU SALARIÉ

À

Le

Signature



TITRE 2

DESCRIPTIF DES VOS GARANTIES DE PRÉVOYANCE

Vous bénéficiez exclusivement des garanties prévues dans le tableau « Descriptif des garanties » figurant ci-après :

Le détail des conditions d'affiliation au contrat, d'ouverture et d'attribution des prestations CCPMA PREVOYANCE est précisé dans les articles de la présente Notice d'information.

GARANTIE	CARACTERISTIQUES DE LA GARANTIE	ARTICLES
GROUPE ASSURE	Ensemble du personnel	Art 4-2
SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL <ul style="list-style-type: none"> · Cas de suspension pour cause de maladie, maternité, accident · Cas de suspension pour une autre cause 	Oui non	Art 4-6
GARANTIES INCAPACITE DE TRAVAIL		
<u>Incapacité temporaire de travail</u>		Art 5-2
Délai de carence Délai de franchise IJC (Indemnité Journalière Complémentaire)	aucun 90 jours continus	
Maladie ou accident de la vie privée Accident du travail ou maladie professionnelle	<ul style="list-style-type: none"> ■ 1/365^{ème} de 31 % de la fraction de votre salaire annuel de base, dans la limite de 1 plafond du régime de base ■ 1/365^{ème} de 81 % de la fraction de votre salaire annuel de base, au-delà de 1 plafond et dans la limite de 8 plafonds du régime de base 	
<u>Incapacité permanente de travail</u> <u>Pension complémentaire</u>		Art 5-3
Invalidité catégorie 1	<ul style="list-style-type: none"> ■ 75 % du montant de la pension définie pour les catégories 2, 3 	
Invalidité catégories 2 et 3 ou Rente AT/Maladie professionnelle pour un taux d'incapacité supérieure à 66%	<ul style="list-style-type: none"> ■ 1/12^{ème} de 33 % de la fraction du salaire annuel de base dans la limite de 1 plafond du régime de base ■ 1/12^{ème} de 81 % de la fraction du salaire annuel de base au-delà de 1 plafond et dans la limite de 8 plafonds du régime de base. 	
Rente AT/Maladie professionnelle pour un taux d'incapacité compris entre 33% et 66%	<ul style="list-style-type: none"> ■ 75 % du montant de la pension définie pour la rente AT avec un taux d'incapacité supérieur à 66% 	
GARANTIE DECES AU CHOIX DU PARTICIPANT		Titre 6
OPTION N°1		
· Capital de base ou Invalidité Absolue et Définitive (IAD) non accidentel(le)	250% du salaire annuel de base	
· Capital de base ou Invalidité Absolue et Définitive (IAD) accidentel(le)	500% du capital décès de base	
· Double effet	250% du salaire annuel de base	
OPTION N°2		
· Capital de base ou Invalidité Absolue et Définitive (IAD) non accidentel(le)	125% du salaire annuel de base	
· Capital de base ou Invalidité Absolue et Définitive (IAD) accidentel(le)	250% du capital décès de base	
· Double effet	125% du salaire annuel de base	
· Rente éducation <ul style="list-style-type: none"> o Jusqu'à 8^{ème} ans anniversaire o Du 08^{ème} anniversaire jusqu'au 12^{ème} anniversaire o Du 12^{ème} anniversaire jusqu'au 18^{ème} anniversaire (25^{ème} anniversaire si poursuite d'étude) 	6% du salaire annuel de base 8% du salaire annuel de base 12% du salaire annuel de base	
OPTION N°3		
· Capital de base ou Invalidité Absolue et Définitive (IAD) non accidentel(le)	125% du salaire annuel de base	
· Capital de base ou Invalidité Absolue et Définitive (IAD) accidentel(le)	250% du capital décès de base	
· Double effet	125% du salaire annuel de base	
· Rente de conjoint viagère	5% du salaire annuel de base	
INDEMNITE FUNERAIRE En cas de décès de votre conjoint, pacsé, concubin ou d'un de vos enfants à charge	100% du PMSS (Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale)	Art 6-3

TITRE 3

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 3.1

Objet du contrat

Le contrat souscrit par votre employeur vous permet de bénéficier de garanties de prévoyance complémentaires comprenant :

- la garantie Incapacité temporaire et permanente de travail ;
- la garantie Décès avec options au choix.
- la garantie indemnité funéraire

L'ensemble des garanties choisies par votre employeur sont précisées dans le tableau « Descriptif de vos garanties de prévoyance ».

ARTICLE 3.2

Organismes assureurs

Les garanties du contrat sont assurées par :

- CCPMA PREVOYANCE, siège 21 rue de la Bienfaisance - 75382 Paris Cedex 08, Institution de prévoyance, régie par le Code de la Sécurité sociale, dénommée ci-après « l'Institution »,

CCPMA PREVOYANCE est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), dont le siège se situe 4, place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS cedex 09.

ARTICLE 3.3

Prescription

Conformément à l'article L.932-13 du Code de la Sécurité sociale, toute action relative aux garanties du présent contrat est prescrite, à compter de l'événement qui y donne naissance :

- par deux ans en ce qui concerne l'appel de cotisations ;
- par cinq ans en ce qui concerne la garantie incapacité temporaire de travail ;
- par deux ans en ce qui concerne la garantie incapacité permanente de travail ;
- par dix ans en ce qui concerne la garantie décès, lorsque le bénéficiaire est une personne distincte de l'assuré et par deux ans lorsque le bénéficiaire est l'assuré.

Toutefois ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse 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 ignorée jusque-là.

Quand l'action de l'entreprise, du salarié, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre l'Institution 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 l'entreprise adhérente, le participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit ou a été indemnisé par celui-ci.

En application de l'article L.932-13-3 du Code de la Sécurité sociale, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de celle-ci. Elles sont énumérées aux articles 2240 et suivants du Code civil.

Il s'agit notamment de :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel on prescrit (article 2240 du Code civil) ;

- une demande en justice, même en référé, jusqu'à l'extinction de l'instance. Il en est de même lorsque la demande en justice est portée devant une juridiction incomptente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (articles 2241 et 2242 du Code civil). L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périr l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée (article 2243 du Code civil) ;
- un acte d'exécution forcée ou une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution (article 2244 du Code civil).
- La prescription est également interrompue par :
 - la désignation d'experts à la suite d'une demande de prestation ;
 - l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique avec accusé de réception adressé par l'Institution à l'entreprise adhérente en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par le participant à l'Institution en ce qui concerne le règlement de la prestation.

ARTICLE 3.4

Protection des données à caractère personnel

Un traitement de vos données à caractère personnel sera mis en oeuvre dans le cadre du présent contrat. L'Institution est la responsable de ce traitement.

Les données que l'Institution traite sont indispensables à la mise en oeuvre du présent contrat. Le fondement légal justifiant le traitement des données est soit, l'intérêt légitime de l'Institution, soit le respect d'une obligation conventionnelle ou réglementaire.

Sont traitées les catégories de données suivantes :

- les données d'identification vous concernant et, s'il y a lieu, ceux de vos ayants droit et de vos bénéficiaires (numéro de Sécurité sociale, civilité, nom, prénom, date et lieu de naissance, adresse postale, numéro de téléphone, e-mail) ;
- les données relatives à votre situation professionnelle ;
- dans le respect du secret médical, les données santé que vous êtes susceptibles de communiquer au Médecin conseil de l'Institution ;
- les données bancaires ;
- le cas échéant, le numéro d'identification de votre espace privé du site internet.

Ces données sont traitées pour les finalités suivantes :

- la gestion administrative et financière du présent contrat ;
- l'appel des cotisations et le paiement des prestations ;
- la prospection commerciale en vue de la souscription de contrats individuels d'assurance de personnes, améliorant ou complétant les garanties du présent contrat ;
- l'élaboration de statistiques, d'indicateurs de gestion et de qualité ;
- la gestion des éventuelles procédures de médiation ou des procédures précontentieuses et contentieuses ;
- la lutte contre la corruption, le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme ;
- la lutte contre la déshérence ;
- la gestion de votre espace privé du site internet.

Les destinataires des données sont :

- l'Institution et les services de celle-ci ;
- les personnes qui en raison de leurs fonctions sont habilitées à traiter les données et notamment les éventuels mandataires, délégataires de gestion, intermédiaires, réassureurs, coassureurs, distributeurs, les organismes professionnels et organismes assureurs tiers intervenant au présent contrat.

Vos données ne font pas l'objet d'un transfert vers des pays tiers n'appartenant pas à l'Union Européenne. Si toutefois, elles devaient faire l'objet d'un tel transfert, l'Institution s'engage à l'effectuer en conformité avec la réglementation européenne et nationale relative à la protection des données à caractère personnel.

Vos données sont conservées pendant la durée du présent contrat, augmentée de la durée d'archivage et de la durée la plus longue des prescriptions légales.

Dans le cadre du traitement, aucune prise de décision automatisée, y compris le profilage, n'est mise en oeuvre.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation du traitement, d'opposition, ainsi que du droit à la portabilité et à la communication post-mortem de vos données.

Vous avez le droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

Vous pouvez exercer leurs droits en s'adressant au Délégué à la Protection des données par courrier électronique à l'adresse : dpo.blf@goupagrica.com ou par courrier postal à l'adresse : Groupe AGRICA, Direction déléguée Maîtrise des Risques, 21 rue de la Bien,faisance, 75382 PARIS cedex 08.

ARTICLE 3.5**Réclamations - Médiation**

En cas de désaccord persistant concernant le contrat et en dehors de toute demande de renseignement ou d'avis, vous pouvez adresser une réclamation :

- soit par courrier au siège de l'Institution, service Réclamations, 21, rue de la Bienfaisance 75 382 PARIS Cedex 08 ;
- soit par courriel sur le site Internet du Groupe AGRICA (www.groupagrica.com) en cliquant sur la rubrique « Une question, contactez-nous » puis, en précisant le sujet de votre demande « Faire une réclamation ».

Afin que votre demande soit traitée dans les plus brefs délais, vous devez communiquer

- votre code client ;
- le domaine concerné (prévoyance et/ou santé).

Dès lors, l'Institution vous adresse un accusé de réception dans les 10 jours suivants, puis traite la réclamation dans un délai maximal de 2 mois.

Par la suite, vous pouvez présenter un recours auprès du Médiateur de la protection sociale (CTIP), en adressant le dossier complet :

- soit par courrier au siège du CTIP (Centre Technique des Institutions de Prévoyance), 10 rue Cambacérès, 75008 PARIS ;
- soit par voie électronique sur le site internet du CTIP, www.ctip.asso.fr, en cliquant sur la rubrique « Médiateur de la protection sociale » puis en complétant le formulaire de saisine en ligne.

ARTICLE 3.6**Fausse déclaration**

Les déclarations faites tant par votre employeur que par vous-même servent de base aux garanties.

L'Institution ou le déléguétaire de gestion, le cas échéant, peut opérer une vérification des données ainsi communiquées.

Toute déclaration intentionnellement fausse ou incomplète, réticence, omission ou inexactitude dans la déclaration du risque entraîne l'application des sanctions prévues par le Code de la Sécurité sociale, c'est-à-dire, suivant le cas, la nullité de l'assurance ou la réduction des prestations.

Les cotisations payées demeurent acquises à l'Institution.

ARTICLE 3.7**Recours contre tiers responsable**

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

En application de ce texte, lorsque le participant est victime d'un accident (accident de la circulation, accident domestique, agression...), il doit, sous peine de perdre ses droits aux garanties, déclarer à l'assureur de l'auteur le nom de l'Institution et/ou le nom du déléguétaire de gestion, le cas échéant, en tant que tiers payeurs.

ARTICLE 3.8**Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme**

Les opérations du présent contrat s'inscrivent dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme conformément aux articles L561-1 et suivants du Code monétaire et financier.

Dans ce cadre, l'Institution se réserve le droit de demander tout justificatif relatif à votre identité.

TITRE 4

CONDITIONS D'EXÉCUTION DU CONTRAT

ARTICLE 4.1

Durée

Le contrat souscrit par votre employeur expire le 31 décembre de l'année en cours et se renouvelle ensuite par tacite reconduction, le 1^{er} janvier de chaque année civile, sauf résiliation par votre employeur ou par l'Institution.

ARTICLE 4.2

Groupe Assuré

Vous devez obligatoirement être affilié au contrat dès lors que vous appartenez au groupe assuré tel que défini par votre employeur.

Le groupe assuré est précisé dans le tableau « Descriptif de vos garanties de prévoyance ».

ARTICLE 4.3

Affiliation et prise d'effet de garanties

Vous êtes affilié au contrat :

- à la date de prise d'effet du contrat lorsque vous êtes inscrit sur les registres du personnel et que vous faites partie du groupe assuré ;
- à compter de votre date d'entrée dans l'entreprise ou de votre promotion lorsque vous êtes engagé ou promu postérieurement à la date de prise d'effet du contrat et que vous entrez dans le groupe assuré.

ARTICLE 4.4

Cessation de l'affiliation

Votre affiliation au contrat cesse :

- à la date à laquelle vous cessez d'appartenir au groupe assuré ;
- à la date de la rupture de votre contrat de travail, quel qu'en soit le motif, étant précisé qu'en cas de cumul Emploi-Retraite, il s'agit de la date de rupture de votre contrat de travail au titre de l'activité cumulée avec votre retraite.

ARTICLE 4.5

Cessation du droit aux garanties

Vos garanties prennent fin à la date de cessation de votre affiliation à l'exception :

- du maintien du versement, au niveau atteint, des prestations incapacité temporaire ou incapacité permanente si vous êtes en cours d'indemnisation ;
- du maintien du droit à la garantie décès si vous bénéficiez des prestations incapacité temporaire ou incapacité permanente et ce, durant toute la période de versement de celles-ci.

En tout état de cause, elles cessent, excepté en cas de cumul Emploi/Retraite, à la date de liquidation de votre pension de vieillesse du régime de base de Sécurité sociale, y compris pour inaptitude au travail.

La cessation du droit aux garanties s'opère toujours de plein droit.

ARTICLE 4.6**Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail****Votre contrat de travail est suspendu pour cause de maladie, maternité, accident**

Vos garanties sont maintenues pendant la période de suspension de votre contrat de travail, dès lors que vous êtes indemnisé au titre de l'incapacité temporaire et permanente de travail pour cause de maladie, accident de la vie privée, maternité, accident du travail ou maladie professionnelle pris en charge par le régime de base des assurances sociales.

Durant cette période, vous êtes exonéré, ainsi que votre employeur, du versement des cotisations pour tout mois civil entier d'arrêt de travail et aussi longtemps que vous ne reprenez pas votre activité.

Votre contrat de travail est suspendu pour une autre cause

Si le contrat souscrit par votre employeur le prévoit, vous pouvez demander le maintien de vos garanties lorsque vous bénéficiez d'un congé prévu par le Code du travail ou par votre Convention collective (congé sans solde, congé parental, congé pour création d'entreprise ...).

Dans ce cas, vous devez vous acquitter de la totalité des cotisations correspondantes (parts patronale et salariale). Celles-ci sont alors calculées sur la somme de vos rémunérations brutes ayant donné lieu à cotisations au cours des 4 derniers trimestres civils précédant la suspension de votre contrat de travail.

Dès réception de votre lettre recommandée annonçant à votre entreprise votre volonté d'exercer votre droit à congé, celle-ci doit en informer l'Institution ou le délégué de gestion le cas échéant, en communiquant vos nom, prénom, n° de Sécurité sociale, la date et le motif de la suspension de votre contrat de travail.

Dès réception de ces informations, l'Institution ou le délégué de gestion le cas échéant, vous adresse une demande de maintien que vous devez lui retourner dûment complétée et signée.

Votre affiliation personnelle prend effet dès lendemain de la cessation de votre couverture collective, sous réserve que l'Institution ou le délégué de gestion le cas échéant, ait reçu votre demande dans le mois qui suit la suspension de votre contrat de travail. A défaut, votre affiliation s'effectue le 1^{er} jour du mois qui suit la réception de votre demande de maintien.

Le paiement des cotisations s'effectue par prélèvement automatique sur votre compte bancaire. Selon votre choix, ce prélèvement est effectué mensuellement ou trimestriellement (le 10 de chaque mois ou le 10 du 1^{er} mois de chaque trimestre).

Si vous ne demandez pas le maintien des garanties, celles-ci cessent le dernier jour du mois pour lequel la cotisation a été versée par votre employeur.

ARTICLE 4.7**Vos obligations**

Vous vous engagez à accepter le précompte des cotisations sur votre bulletin de salaire et à fournir à CCPMA PREVOYANCE, soit directement, soit par l'intermédiaire de votre employeur tous renseignements nécessaires à l'établissement de vos droits et obligations ainsi qu'à retourner tous justificatifs demandés par CCPMA PREVOYANCE afin de vérifier la persistance des droits.

ARTICLE 4.8**Obligations de votre employeur**

Votre employeur doit vous remettre la présente notice d'information établie par l'Institution, décrivant la garantie. Il doit également vous informer de toute évolution de celle-ci.

Par ailleurs, votre employeur s'oblige vis-à-vis de l'Institution :

- à affilier l'ensemble des salariés appartenant au groupe assuré ;
- à verser les cotisations selon les modalités définies ci-après ;
- à répondre aux questions de l'Institution relatives à l'application du contrat ;
- à fournir à l'Institution ou au délégué de gestion, le cas échéant, les éléments nécessaires à la gestion du contrat, notamment les entrées et sorties du personnel.

ARTICLE 4.9

Rétablissement de l'indû

Conformément aux articles 1302 et 1302-1 du Code civil, toute prestation indûment versée fera l'objet d'une demande de restitution par l'Institution.

ARTICLE 4.10

Cotisations

Montant et base de calcul des cotisations

Les cotisations se composent d'une part patronale et d'une part salariale précomptée par votre employeur.

Les cotisations finançant vos garanties sont calculées sur les éléments de votre rémunération brute entrant dans l'assiette des cotisations du régime de base de Sécurité sociale.

La rémunération soumise à cotisations peut être délimitée comme suit :

- Fractions des rémunérations inférieure ou égale au plafond annuel de la Sécurité sociale ;
- Fractions des rémunérations supérieure au plafond de la Sécurité sociale dans la limite de 8 plafonds.

Modalités de paiement des cotisations

Excepté en cas de demande de maintien des garanties :

- le financement des garanties est assuré conjointement par vous-même et votre employeur, dès votre affiliation ;
- votre part de cotisations est directement précomptée sur votre fiche de paie ;
- votre employeur a la responsabilité du versement total des cotisations.

Exonération du paiement des cotisations

Les cotisations sont dues jusqu'à la date de la cessation de votre affiliation.

Toutefois, vous êtes exonéré ainsi que votre employeur du versement des cotisations CCPMA PREVOYANCE durant toute la période donnant lieu au service de prestations d'incapacité temporaire ou permanente, au titre du contrat.

En cas de reprise partielle d'activité, les cotisations doivent être versées par vous-même et votre employeur sur la base de votre salaire réel d'activité.

Les garanties continuent cependant à vous être accordées et sont déterminées d'après votre salaire annuel de base retenu pour le calcul des prestations d'incapacité de travail.

TITRE 5

GARANTIE INCAPACITÉ DE TRAVAIL

ARTICLE 5.1

Dispositions communes

Contrôle de l'Institution

Contrôle médical

Les prestations susceptibles d'être servies par l'Institution au titre de la garantie incapacité de travail peuvent être suspendues ou supprimées suite à un contrôle médical exercé par le médecin conseil mandaté par l'Institution.

Le médecin conseil mandaté par l'Institution pourra diligenter un contrôle médical auprès du participant ayant fait une demande d'indemnisation au titre de l'incapacité temporaire ou permanente (à adapter selon le contrat), et ce, afin qu'il puisse constater son état d'incapacité de travail.

Dans le cadre de ce contrôle médical, le médecin conseil mandaté par l'Institution demandera au participant de faire établir par son médecin traitant un certificat médical, lequel sera envoyé sous pli confidentiel à l'adresse du médecin dûment mandaté par l'Institution. Au vu de ce certificat médical, le médecin conseil mandaté par l'Institution pourra demander des pièces ou des examens médicaux complémentaires auprès du participant.

En cas de contestation par le participant, une procédure d'expertise médicale amiable peut être initiée entre le médecin choisi par ce dernier et le médecin désigné par l'Institution.

En cas de désaccord entre le médecin du participant et celui de l'Institution, ceux-ci désignent, d'un commun accord, un troisième médecin expert.

Les frais relatifs à l'arbitrage opéré par le troisième médecin expert sont supportés par moitié par chacune des parties.

L'avis du médecin expert s'impose de plein droit à l'Institution comme au participant. Les conclusions du contrôle médical peuvent conduire l'Institution à cesser le versement des prestations sans que le participant puisse se prévaloir de la poursuite de l'indemnisation par le régime de base.

De plus, le refus de satisfaire aux contrôles médicaux, l'utilisation de documents inexacts ainsi que les fausses déclarations ayant pour objet d'induire l'Institution en erreur sur les effets et les suites de la maladie ou de l'accident entraînent la perte de tout droit aux prestations de l'Institution.

Contrôle de la persistance des droits

L'Institution pourra vous demander tout justificatif qui lui semblerait nécessaire afin de vérifier que le montant de l'indemnisation ne dépasse pas les limites de cumul des prestations définies à l'article suivant.

Si vous ne produisez pas les justificatifs demandés, vos prestations complémentaires pourront être suspendues ou interrompues.

Cumul des prestations

Les prestations d'incapacité temporaire et permanente de travail sont servies en complément de celles attribuées par l'assurance maladie, invalidité ou par l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles (régime de base).

Toutefois, le total des sommes brutes qui vous sont allouées par l’Institution au titre :

- des prestations brutes du régime de base,
- des fractions de salaire brut maintenues par l’employeur,
- de tous autres revenus bruts liés à une activité professionnelle,
- des pensions brutes de toutes natures versées au titre d’un régime collectif,
- de tous revenus bruts de remplacement, et de la présente garantie,

ne peut avoir pour effet de porter le total des indemnités à une somme supérieure à 81% du salaire brut de référence ayant servi de base au calcul des prestations d’incapacité de travail complémentaires.

Si vous êtes indemnisé au titre de la garantie incapacité de travail (indemnités journalières, pension d’invalidité, rente accident du travail) et que vous êtes amenés à poursuivre ou reprendre une activité professionnelle à temps partiel et à bénéficier à ce titre, pour un taux d’activité identique, d’une augmentation de salaire, l’Institution n’en tiendra pas compte pour l’application de sa règle de cumul.

Si le montant de vos indemnités servies par le régime de base est réduit dans le cadre du dispositif de pénalités financières en cas d’inobservation des règles du code de la Sécurité sociale, le montant de vos prestations complémentaires diminuera dans les mêmes proportions.

Si vous êtes titulaire d’une pension d’invalidité catégorie 3 ou d’une rente accident du travail ou maladie professionnelle, la majoration pour tierce personne versée par le régime de base n’est pas prise en compte pour l’application de la règle de cumul visée ci-dessus.

Revalorisation des prestations

A la fin de chaque année civile, la revalorisation des prestations incapacité de travail est examinée par le Conseil d’administration de l’Institution lequel fixe, pour chaque exercice, le coefficient servant à la revalorisation des prestations en cours de service.

Maintien des prestations

En cas de résiliation du contrat par votre employeur ou de rupture de votre contrat de travail intervenant avant la fin de votre période d’indemnisation par le régime de base, le versement de vos prestations complémentaires est maintenu jusqu’à la fin de l’indemnisation par ce régime.

Exclusions

Sont garantis par CCPMA PREVOYANCE tous les risques d’incapacité de travail, à l’exclusion de ceux résultant :

- de la guerre,
- de maladies ou accidents qui sont de votre fait volontaire, à l’exception de la tentative de suicide.

ARTICLE 5.2

Incapacité temporaire de travail

Les prestations

En cas d’incapacité temporaire de travail, les prestations susceptibles d’être versées par l’Institution sont des indemnités journalières complémentaires à celles versées au titre de l’assurance maladie ou de l’assurance accidents du travail et maladies professionnelles par le régime de base.

Vos prestations incapacité temporaire de travail sont précisées dans le tableau « Descriptif de vos garanties de prévoyance ».

Conditions de l'indemnisation

Délai de carence

Un délai de carence peut être prévu par le contrat souscrit par votre employeur. Ce délai est précisé dans le tableau « Descriptif de vos garanties de prévoyance ».

Pendant cette période, aucune prestation ne peut vous être versée.

Toutefois, aucun délai de carence n'est appliqué en cas d'indemnisation par l'assurance accidents du travail ou maladies professionnelles.

Si aucun délai de carence n'est prévu par le contrat, vous ouvrez droit aux garanties dès votre date d'affiliation.

Délai de franchise

Un délai de franchise peut être prévu par le contrat souscrit par votre employeur. Ce délai est précisé dans le tableau « Descriptif de vos garanties de prévoyance ».

Durant cette période, aucune prestation complémentaire ne vous sera versée par l'Institution ou le délégataire de gestion le cas échéant.

Pour bénéficier des indemnités journalières, vous devez :

- percevoir des indemnités journalières du régime de base ;
- être affilié au contrat et avoir cotisé au contrat pendant toute la durée de ce délai de franchise, décompté à partir de la date à laquelle l'interruption totale de travail initiale est survenue.

En cas d'arrêt de travail, l'indemnité journalière complémentaire vous est versée à l'issue du premier jour qui suit la fin du délai de franchise (continu ou non), tant que le versement des indemnités journalières du régime de base vous est maintenu.

En cas de délai de franchise discontinu, les règles suivantes s'appliquent :

En cas d'alternance de périodes d'arrêts de travail et de reprises d'activité ou de congés de toute nature, et ce quelle que soit l'affection, le délai de franchise ne commence à être décompté qu'à partir d'un arrêt de travail à temps complet d'au moins 30 jours continus.

Les arrêts suivants se cumulent à votre arrêt initial d'au moins 30 jours tant que la période écoulée entre deux arrêts de travail n'a pas atteint 6 mois.

Dès lors que la période entre deux arrêts de travail est supérieure à 6 mois, un nouveau délai de franchise est décompté.

Les cotisations patronales et salariales, qui sont appelées durant le délai de franchise, le sont sur un salaire reconstitué à taux plein, même en cas d'interruption partielle de travail.

Modalités de l'indemnisation

Le montant de l'indemnité journalière complémentaire est précisé dans le tableau « Descriptif de vos garanties de prévoyance ».

En cas d'arrêts de travail successifs, le salaire de référence est calculé sur la base des rémunérations ayant précédé votre 1er arrêt de travail.

Les indemnités journalières complémentaires sont payables dès réception par l'Institution ou le délégataire de gestion le cas échéant, des justificatifs du régime de base auprès de votre entreprise.

En cas de reprise à temps partiel de votre travail et à condition que vous continuiez à bénéficier des prestations normales ou réduites du régime de base, le service de l'indemnité journalière complémentaire vous est maintenu en application des dispositions relatives au cumul des prestations.

Durée de l'indemnisation

Le service de l'indemnité journalière complémentaire est ouvert lorsque votre incapacité temporaire donne lieu au versement d'indemnités journalières par le régime de base.

Ce versement cesse définitivement :

- lorsque le régime de base ne vous verse plus d'indemnités journalières ;

- lorsque le régime de base vous reconnaît un état d'incapacité permanente ;
- lorsque le régime de base vous attribue une pension vieillesse.

Si vous bénéficiez du dispositif cumul Emploi-Retraite, le service des indemnités journalières attribuées au titre de votre reprise d'activité cesse à la rupture de votre contrat de travail.

ARTICLE 5.3

Incapacité permanente de travail

Prestations

En cas d'incapacité permanente de travail, les prestations susceptibles d'être versées par l'Institution sont :

- une pension mensuelle complémentaire en cas d'attribution par le régime de base d'une pension dans le cadre de l'assurance invalidité ;
- une rente correspondant à un taux d'incapacité au moins égal à 33 % dans le cadre de l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles.

Vos prestations incapacité permanente de travail sont précisées dans le tableau « Descriptif de vos garanties de prévoyance »

Conditions de l'indemnisation

Délai de carence

Un délai de carence peut être prévu par le contrat souscrit par votre employeur. Ce délai est précisé dans le tableau « Descriptif de vos garanties de prévoyance ».

Pendant cette période, aucune prestation ne peut vous être versée.

Toutefois, aucun délai de carence n'est appliqué en cas d'indemnisation par l'assurance accidents du travail ou maladies professionnelles.

Si aucun délai de carence n'est prévu par le contrat, vous ouvrez droit aux garanties dès votre date d'affiliation.

Conditions

Pour bénéficier d'une pension mensuelle d'incapacité permanente complémentaire, vous devez ne pas pouvoir prétendre à une retraite de base à taux plein, notamment au titre de l'inaptitude au travail.

La pension mensuelle d'incapacité permanente complémentaire vous est versée dès la date de reconnaissance de l'incapacité permanente par le régime de base.

Vous bénéficiez de cette prestation complémentaire tant que le versement de la pension d'invalidité ou de la rente accident du travail ou maladies professionnelles vous est maintenu par le régime de base.

Modalités de l'indemnisation

Le montant de la pension mensuelle est précisé dans le tableau « Descriptif de vos garanties de prévoyance ».

La pension nette de CSG et CRDS et de toute autre taxe est payable mensuellement à terme échu par l'Institution, sous réserve que vous présentiez les justificatifs nécessaires au règlement du dossier, notamment de la notification du régime de base, pendant toute la durée de l'incapacité permanente de travail.

La pension vous est versée directement par l'Institution.

Votre pension mensuelle peut être réduite, suspendue ou supprimée en cas de réduction de votre degré d'incapacité, ainsi que si vous reprenez une activité professionnelle en application des dispositions relatives au cumul des prestations.

Durée de l'indemnisation

Le service de la pension mensuelle d'incapacité permanente complémentaire est ouvert tant que la pension d'invalidité ou la rente accident du travail ou maladies professionnelles vous est servie par le régime de base.

Le versement cesse définitivement :

- à la date d'attribution de votre pension vieillesse par le régime de base ;
- à votre décès s'il intervient avant la liquidation de votre pension de vieillesse.

TITRE 6

GARANTIE DÉCÈS

ARTICLE 6.1

Capital Décès

Capital de base

En cas de décès, l'Institution verse aux bénéficiaires un capital de base dont le montant est exprimé en pourcentage du salaire annuel de base.

Le montant du capital de base est précisé dans le tableau « Descriptif de vos garanties de prévoyance ».

Bénéficiaires

A défaut de modalités spécifiques prévues par le contrat, les prestations décès sont attribuées dans les conditions suivantes :

Capital de base

Vous avez la possibilité de désigner le ou les bénéficiaires (personnes physiques) de votre choix.

Si plusieurs personnes sont désignées, le capital de base est attribué par parts égales entre elles sauf si vous indiquez une autre répartition à l'Institution.

Si une des personnes désignées est décédée au jour du versement du capital de base, sa fraction de capital est répartie par parts égales entre les bénéficiaires restants.

La désignation peut :

- se faire en remplissant le bulletin de désignation prévu à cet effet ;
- ou faire l'objet d'un acte sous seing privé ou d'un acte authentique.

Afin d'éviter tout risque d'homonymie et pour faciliter la recherche du (des) bénéficiaire(s) désigné(s), vous devez indiquer, pour chaque bénéficiaire, toutes précisions permettant son identification exacte, notamment ses nom, prénoms, date et lieu de naissance.

Toute désignation ou changement de désignation non portés à la connaissance de CCPMA PREVOYANCE lui est inopposable.

A défaut de désignation ou en cas de décès de tous les bénéficiaires désignés, le capital de base est versé aux bénéficiaires prioritaires dans les conditions suivantes :

- En l'absence d'enfants à charge : 100% à votre conjoint, cocontractant d'un PACS ou concubin.
- En présence d'enfants à charge :
 - ⦿ 50% à votre conjoint, cocontractant d'un PACS ou concubin ;
 - ⦿ 50 % à vos enfants à charge, étant entendu que ledit capital est réparti par parts égales entre chaque enfant à charge.
- En l'absence de conjoint, de cocontractant d'un PACS ou de concubin :
 - ⦿ 100 % à vos enfants à charge, étant entendu que ledit capital est réparti par parts égales entre chaque enfant à charge.

A défaut de désignation et en l'absence de bénéficiaires prioritaires, le capital de base est versé dans les conditions suivantes :

- 100% à vos héritiers, selon l'ordre successoral tel que défini aux articles 734 à 755 du code civil.

Pour ouvrir droit au versement du capital décès de base, votre conjoint, cocontractant d'un PACS, concubin et vos enfants à charge tels que définis à l'annexe 1 doivent être reconnus comme tels au jour de votre décès.

Décès accidentel

Si le contrat souscrit par votre employeur le prévoit, l'Institution verse en cas de décès par accident, aux bénéficiaires ci-dessus mentionnés, un capital décès (capital de base + majorations pour enfants à charge) majoré.

Le montant du capital « Décès accidentel » est précisé dans le tableau « Descriptif de vos garanties de prévoyance ».

L'accident se définit, d'une façon générale, comme l'atteinte corporelle, mais non intentionnelle de votre part, provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Le décès ne peut être considéré comme accidentel que s'il survient dans un délai maximum de 12 mois à compter du jour de l'accident. La preuve de la nature accidentelle du décès ou de la relation de cause à effet entre l'accident et le décès, incombe aux bénéficiaires.

Double effet

Si le contrat souscrit par votre employeur le prévoit, l'Institution verse à chaque enfant à charge, tel que défini à l'annexe 1, du dernier décédé un capital décès lorsque votre conjoint, cocontractant d'un PACS ou concubin décède :

- simultanément (dans les 24 heures qui précèdent ou suivent votre décès) ;
- ou postérieurement à votre décès (dans un délai maximal de 12 mois).

Le montant du capital décès « Double effet » est précisé dans le tableau « Descriptif de vos garanties de prévoyance ».

Les dispositions relatives au décès accidentel ne sont pas applicables au capital versé dans le cadre de la garantie Double effet.

Invalidité absolue et définitive

Si le contrat souscrit par votre employeur le prévoit, est assimilée au décès (accidentel ou non), l'invalidité absolue et définitive (accidentelle ou non) vous interdisant toute activité rémunérée et vous permettant de bénéficier de l'assistance d'une tierce personne au sens de l'assurance maladie, invalidité ou de l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles du régime de base.

L'invalidité absolue et définitive ouvre droit :

- dès la fourniture à l'Institution de la constatation médicale ;
- après en avoir fait la demande ;
- pour autant que votre état persiste ;
- et à condition que vous ne puissiez pas prétendre à une retraite de base à taux plein notamment au titre de l'inaptitude au travail,
- au paiement par anticipation entre vos mains ou de votre représentant légal du capital décès de base et de l'éventuelle majoration pour décès accidentel.

S'agissant des majorations pour enfants à charge, rentes éducation et/ou de conjoint, prévues le cas échéant au contrat, celles-ci ne seront servies qu'à compter de la date de votre décès sous réserve que vos enfants à charge et votre conjoint tels que définis à l'annexe 1 soient reconnus comme tels au jour de votre décès.

Le montant du capital décès est précisé dans le tableau « Descriptif de vos garanties de prévoyance ».

Le paiement du capital décès s'effectue par un versement unique et met définitivement fin à l'attribution de celui-ci.

Si votre invalidité cesse d'être absolue et définitive postérieurement au versement par anticipation du capital décès et avant la liquidation de votre retraite de base, les bénéficiaires ne peuvent plus prétendre au versement dudit capital décès.

ARTICLE 6.2

Rente Education

Si le contrat souscrit par votre employeur le prévoit, CCPMA PREVOYANCE verse, à votre décès, à chacun de vos enfants à charge, tels que définis à l'annexe 1, une rente éducation.

Le montant de la rente éducation est précisé dans le tableau « Descriptif de vos garanties de prévoyance ».

La rente éducation est versée soit au représentant légal de votre enfant ou avec son accord, à la personne ayant la charge effective de vos enfants lorsqu'ils sont mineurs, soit à vos enfants eux-mêmes lorsqu'ils sont majeurs.

La rente éducation est payable par quart, à terme échu, les 1er avril, 1er juillet, 1er octobre et 1er janvier. Le point de départ est fixé au lendemain à 0 heure du jour de votre décès.

La rente éducation cesse d'être payée à la fin du trimestre civil précédent celui au cours duquel le bénéficiaire ne répond plus à la définition de l'enfant à charge.

A la fin de chaque année civile, la revalorisation de la rente éducation, est examinée par le Conseil d'administration de CCPMA PREVOYANCE lequel fixe, pour l'exercice suivant, le coefficient servant à la revalorisation des prestations en cours de service.

ARTICLE 6.3

Garantie obsèques

Si le contrat souscrit par votre employeur le prévoit, l'Institution verse une indemnité funéraire dont le montant est égal à un pourcentage du plafond mensuel de Sécurité sociale en vigueur à la date de votre décès.

Le montant de l'indemnité funéraire est précisé dans le tableau « Descriptif de vos garanties de prévoyance ».

Selon l'option choisie dans le contrat souscrit par votre employeur, le versement de l'indemnité funéraire intervient dans les situations suivantes :

- si vous décedez ;
- ou si l'un de vos ayants droit, à savoir votre conjoint, cocontractant d'un PACS, concubin ou vos enfants à charge décède ;
- ou si vous décedez ou l'un de vos ayants droit décède.

L'indemnité funéraire est versée à la personne qui assupporté elle-même les frais d'obsèques.

En cas de décès d'un enfant de moins de 12 ans, l'indemnité funéraire sera limitée aux frais réels conformément à l'article L 932-23 du code de la Sécurité sociale, et en tout état de cause ne pourra dépasser le montant prévu par le contrat.

Pour connaître l'option choisie par votre employeur, il convient de vous reporter au tableau « Descriptif de vos garanties de prévoyance ».

ARTICLE 6.4

Exclusions

Exclusions liées aux garanties Décès exceptée la garantie Obsèques

Sont garantis par l'Institution tous les risques de décès ou d'invalidité absolue et définitive, à l'exclusion de ceux résultant :

- de la guerre ;
- de maladies ou accidents qui sont le fait volontaire du bénéficiaire ;
- de votre fait, s'il est intentionnel ou frauduleux - étant précisé que le suicide ou la tentative de suicide sont garantis.

De plus, s'agissant du « décès par accident », sont exclus tous les risques de décès ou d'invalidité absolue et définitive résultant :

- du suicide ou d'une tentative de suicide ;
- de l'explosion ou de la fission du noyau d'un atome ou des radiations ionisantes ;
- de la participation à une rixe (sauf cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et d'accomplissement du devoir professionnel), à un acte de terrorisme, à un délit intentionnel ou à un crime ;
- de la manipulation d'un engin de guerre dont la détention est illégale ;

- de la pratique de tout sport à titre professionnel, d'un sport aérien (voltige, parachutisme, parapente, vol à voile, ailes volantes, Ultra Légers Motorisés), de la spéléologie, de l'alpinisme (escalade en artificiel et grande course), du saut à l'élastique, des sports de combat ;
- de la participation à des compétitions et à leurs essais nécessitant l'utilisation d'un véhicule à moteur ;
- de paris, de défis, de tentatives de records ;
- d'un état d'ivresse (alcoolémie de taux supérieur ou égal au taux légal en vigueur) ;
- de l'usage de stupéfiants ou de tranquillisants en quantité non prescrite médicalement ;
- de traitements ou interventions chirurgicales exécutés dans un but de rajeunissement, ou esthétique qui ne seraient pas la conséquence d'un accident garanti par le contrat

Exclusions liées à la garantie Obsèques

Sont garantis par l'Institution tous les risques de décès, à l'exclusion de ceux résultant :

- de la guerre ;
- de maladies ou accidents qui sont de votre fait volontaire ou de votre ayant droit ;
- d'un fait de la personne décédée, s'il est intentionnel ou frauduleux - étant précisé que le suicide ou la tentative de suicide sont garantis.

ARTICLE 6.5

Maintien des prestations décès

L'ensemble des garanties décès choisies par votre employeur sont maintenues dans les cas suivants :

- si vous êtes indemnisé par l'Institution au titre des garanties incapacité temporaire de travail ou incapacité permanente de travail lorsque votre contrat de travail est rompu ;
- si vous êtes indemnisé par l'Institution au titre des garanties incapacité temporaire ou permanente de travail lorsque votre entreprise a résilié le contrat.

ARTICLE 6.6

Versement des prestations des décès

L'Institution doit transmettre, dans un délai de quinze jours après réception de l'avis de décès et de sa prise de connaissance des coordonnées du (des) bénéficiaire(s), un dossier de demande de règlement de prestations pour demander au(x) bénéficiaire(s) de lui fournir l'ensemble des pièces justificatives.

Les prestations sont versées dans le délai d'un mois civil suivant la réception des pièces nécessaires au paiement. A défaut, les sommes produisent de plein droit intérêt au double du taux légal pendant deux mois puis à l'expiration de ce délai de deux mois, au triple du taux légal.

Lorsqu'un bénéficiaire n'a pu être identifié à l'issue d'un délai de dix ans à compter de la date de prise de connaissance par l'Institution du décès du participant, les sommes dues au titre des prestations décès seront déposées à la Caisse des dépôts et consignations. Ce dépôt libère l'Institution de ses obligations envers le bénéficiaire.

Par suite, le bénéficiaire a la possibilité de demander le versement de sa prestation auprès de la Caisse des dépôts et consignations.

A défaut de demande de versement, ces sommes sont acquises à l'Etat dans un délai de trente ans suivant le décès du participant.

Revalorisation post mortem :

Entre le jour du décès et la réception des pièces justificatives permettant le versement des sommes par l'Institution, s'applique une revalorisation annuelle du capital, calculée en application du TME fixé au 1^{er} novembre de l'année précédente. Cette revalorisation est calculée prorata temporis en fonction du délai écoulé.

TITRE 7

PORТАBILITÉ DES DROITS

En cas de cessation de votre contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, vous pouvez bénéficier du maintien des garanties prévues par le contrat de votre entreprise en application de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale et ce, pour toute notification de rupture intervenue à compter de la date d'effet dudit contrat.

Si votre entreprise disposait de garanties prévoyance préalablement à l'entrée en vigueur du présent contrat, elle doit, dans un délai de trente jours suivant la souscription du contrat, informer l'Institution ou le déléataire de gestion le cas échéant, des anciens salariés susceptibles d'avoir droit à la portabilité au titre de l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale.

Le bénéfice du maintien des garanties vous est acquis sans versement de cotisation durant la période de portabilité, le financement de ce maintien étant inclus dans la cotisation des actifs.

ARTICLE 7.1

Bénéficiaire

Vous pouvez continuer à bénéficier des garanties, qui vous couvraient en tant qu'actif, lorsque votre contrat de travail a été rompu et que vous remplissez les conditions suivantes :

- ouvrir droit à indemnisation par le régime de l'assurance chômage ;
- avoir été affilié et ouvrir droit aux garanties avant la rupture de votre contrat de travail.

ARTICLE 7.2

Ouverture et durée des droits à portabilité

En tant qu'ancien salarié, vous avez acquis la possibilité de vous voir ouvrir, sous conditions, des droits à prestations au titre de la portabilité à compter de la date de rupture effective de votre contrat de travail.

La durée du maintien des garanties est égale à la durée de votre dernier contrat de travail ou, le cas échéant, de vos derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs dans votre entreprise.

Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, dans la limite maximale de 12 mois.

ARTICLE 7.3

Obligation de votre entreprise

Votre entreprise doit informer l'Institution ou le délétaire de gestion le cas échéant, de la cessation de votre contrat de travail si vous êtes susceptible d'avoir droit à la portabilité.

ARTICLE 7.4

Vos obligations

Vous devez justifier auprès de l’Institution ou le déléataire de gestion le cas échéant, que vous remplissez les conditions requises au moment de la demande de versement des prestations.

A ce titre, vous devez fournir une copie de votre certificat de travail et de votre attestation de prise en charge par l’assurance chômage ainsi qu’une copie de vos attestations de paiement de Pôle emploi.

En cas de décès, l’ensemble des pièces justificatives doivent être produites par les bénéficiaires au moment de la demande d’attribution des prestations décès.

Vous devez informer l’Institution ou le déléitaire de gestion le cas échéant de la cessation du versement des allocations chômage lorsque celle-ci intervient au cours de la période de portabilité.

ARTICLE 7.5

Prestations

Les prestations qui vous sont accordées au titre de la portabilité, sont identiques à celles définies par le contrat pour les salariés en activité.

Toutefois, pour les prestations incapacité temporaire et permanente de travail, le maintien des garanties ne peut vous conduire à percevoir une indemnisation globale (y compris indemnisation du régime de base) supérieure à celle des allocations chômage que vous auriez perçues au titre de la même période.

Toute modification des prestations du contrat intervenant au cours de votre période de portabilité vous est applicable.

ARTICLE 7.6

Cessation de la portabilité

Le maintien des garanties cesse au plus tard 12 mois après la date de rupture de votre contrat de travail et, en tout état de cause :

- à la fin de la durée de maintien à laquelle vous ouvrez droit si elle est inférieure à 12 mois ;
- à la date à laquelle vous reprenez une activité professionnelle ;
- à la date de cessation du versement des allocations chômage ;
- à la date de la liquidation de la pension d’assurance vieillesse du régime de base, y compris pour inaptitude au travail ;
- en cas de décès ;
- en cas de résiliation du contrat par votre entreprise.

En cas de changement d’organisme assureur, le nouvel assureur doit prendre en charge les bénéficiaires de la portabilité à compter de la date d’effet du nouveau contrat collectif.

DÉFINITIONS

ASSIETTE DE COTISATIONS

Les cotisations sont calculées sur les éléments de rémunération entrant dans l'assiette des cotisations de Sécurité sociale.

CONJOINT

Par « conjoint », il faut entendre la personne avec laquelle vous êtes marié . Toutefois, pour le bénéfice des prestations, la personne séparée de corps n'est plus considérée comme votre conjoint.

COCONTRACTANT D'UN PACS

Par « cocontractant d'un PACS », il faut entendre la personne avec laquelle vous avez conclu un Pacte Civil de Solidarité (PACS).

CONCUBIN

Par « concubin », il faut entendre la personne vivant avec vous en concubinage selon les dispositions de l'article 515-8 du Code Civil.

Par ailleurs, les concubins doivent justifier d'au moins deux ans de vie commune et être libres au regard de l'état civil de tout lien de mariage ou de PACS.

Toutefois, la condition de durée est considérée comme remplie lorsqu'au moins un enfant est né de votre union.

DELAI DE CARENCE

Par délai de carence, il faut entendre la période qui commence à courir :

- à la date de prise d'effet de l'adhésion de votre entreprise au contrat lorsque vous êtes inscrit sur les registres du personnel et que vous faites partie du groupe assuré ;
- à compter de votre date d'entrée dans l'entreprise ou de votre promotion lorsque vous êtes engagé ou promu postérieurement à la date de prise d'effet de l'adhésion de votre entreprise au contrat et que vous entrez dans le groupe assuré.

Elle est exprimée en nombre de jours calendaires. Pendant cette période, aucune prestation ne peut être versée. Toutefois, si vous êtes indemnisé par l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles, vous ouvrez droit à la garantie dès la prise d'effet de votre indemnisation par le régime de base.

DELAI DE FRANCHISE

Par délai de franchise, il faut entendre la période pendant laquelle aucune prestation complémentaire ne sera versée par l'Institution. Ce délai se décompte par jour calendaire.

ENFANTS A CHARGE

Par « enfant », il faut entendre :

- vos enfants, nés ou à naître, dont la filiation est légalement établie, y compris adoptive ;
- les enfants que vous avez recueillis et pour lesquels la qualité de tuteur vous est reconnue.

Sont considérés comme « enfants à charge » :

- tous les enfants âgés de moins de 18 ans ;
- tous les enfants âgés de moins de 25 ans s'ils sont étudiants, sous contrat d'alternance (apprentissage ou professionnalisation), ou demandeurs d'emploi inscrits à Pôle Emploi et non indemnisés au titre de l'assurance chômage ;
- tous les enfants, quel que soit leur âge, atteints d'un handicap tel qu'ils ne peuvent exercer aucune activité professionnelle rémunérée, à condition qu'ils soient titulaires d'une carte d'invalidité et que leur état d'invalidité ait été constaté avant leur 21^{ème} anniversaire.

REGIME DE BASE

Par « régime de base », il faut entendre tout régime obligatoire de protection sociale (Sécurité Sociale ou Mutualité Sociale Agricole ou autre) couvrant tout ou partie des risques liés à la maladie, à la maternité et aux accidents de la vie privée et professionnelle, les maladies professionnelles et les invalidités.

SALAIRE RECONSTITUE

Par salaire reconstitué, il faut entendre le salaire annuel brut que vous auriez perçu si vous n'aviez pas interrompu ou réduit votre activité (que les salaires aient été versés ou non).

Il est également fait application d'un salaire reconstitué si vous ne justifiez pas d'une condition d'ancienneté suffisante, c'est-à-dire si vous ne comptez pas au moins quatre trimestres civils d'activité.



CCPMA PRÉVOYANCE – Institution de prévoyance régie par le code de la Sécurité sociale, soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), dont le siège se situe 4, Place de Budapest CS 92459 75436 PARIS Cedex 09 - SIRET - 401 679 840 00033 - Membre du GIE AGRICA GESTION - RCS Paris n°493 373 682 - Siège social - 21 rue de la Bienfaisance 75008 Paris - Tél : 01 71 21 00 00 - Fax 01 71 21 00 01 - www.groupagrica.com