



Régime de prévoyance du personnel cadre et agent de maîtrise

MONOPRIX EXPLOITATION

Aon France

Siège social | 31-35 rue de la Fédération | 75717 Paris Cedex 15 | t +33(0)1 47 83 10 10 | f +33(0)1 47 83 11 11 | aon.fr
N° ORIAS 07 001 560 | SAS au capital de 46 027 140 euros | 414 572 248 RCS Paris | N° de TVA intracommunautaire : FR 22 414 572 248
GARANTIE FINANCIÈRE ET ASSURANCE DE RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE CONFORMES AUX ARTICLES L512-7 ET L512-6 DU CODE DES ASSURANCES

Risques. Réassurance. Ressources Humaines. Empower Results®

AON
Empower Results®

Conformément à l'article L911-1 du code de la Sécurité Sociale vous trouverez ci-après la Décision Unilatérale de l'Entreprise formalisant la mise en place du régime de prévoyance et la notice d'information de l'assureur vous précisant le détail des garanties et conditions d'assurance.

Cette notice d'information a pour objectif de vous présenter le détail du dispositif dont vous bénéficiez.

Pour toutes questions liées à votre régime de prévoyance, référez-vous à la liste des contacts utiles figurant au verso de cette notice.

Nous vous en souhaitons bonne lecture.

La Direction des Ressources Humaines

Sommaire

Décision unilatérale **4**

- Champ d'application
- Personnel bénéficiaire
- Nature de la couverture et des garanties
- Taux et montant des cotisations
- Portabilité
- Information des salariés
- Date d'entrée en vigueur - modifications

Notice d'information **7**

- Dispositions Particulières
- Dispositions Communes à l'ensemble des garanties
- Garantie Capital Décès
- Garantie Rente Education (Option 2)
- Garantie Incapacité de Travail – Invalidité Permanente
- Pièces à fournir toute demande de prestations selon la situation
- Services Complémentaires
- Filiales
- Maintien de l'assurance aux anciens salariés selon un système de cofinancement
- Maintien de l'assurance aux anciens salariés selon un système de mutualisation
- Maintien de l'assurance au personnel en congé sans solde
- Maintien de l'assurance au personnel licencié

Lexique **29**

Désignation de bénéficiaire **30**

- Qui sont les bénéficiaires du capital décès ?
- Existe-t-il une clause type de versement du capital décès ?
- Qu'est-ce qu'une désignation bénéficiaire(s) ?
- Qui perçoit le capital si aucun imprimé de désignation n'est rempli ?
- Peut-on modifier une désignation particulière ?
- Peut-on revenir à l'ordre prévu par la clause type ?
- Exemple de Désignations Bénéficiaires

Contacts utiles **33**

DECISION UNILATERALE DE LA SOCIETE MONOPRIX EXPLOITATION RELATIVE AUX GARANTIES COLLECTIVES PREVOYANCE DES SALARIES CADRES

La direction de l'entreprise Monoprix Exploitation dont le siège social est situé 14, 16 rue Marc Bloch 92116 CLICHY CEDEX immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 522 083 297 représentée par Madame Valérie Decaux en sa qualité de Directrice Ressources Humaines, Communication et Développement Durable.

1°) – CHAMP D'APPLICATION

Ce régime a fait l'objet d'un contrat d'assurance souscrit auprès de l'organisme assureur habilité UNIPREVOYANCE couvrant le risque lié à l'incapacité, l'invalidité ou le décès de l'assuré, par l'intermédiaire du Groupe CPMS.

La protection sociale complémentaire constitue un élément important de la politique sociale de l'entreprise Monoprix Exploitation.

L'employeur a ainsi considéré qu'il était opportun d'instaurer des garanties obligatoires couvrant, de manière satisfaisante, les principaux risques de la vie, tout en prenant en considération les évolutions législatives et réglementaires, mais également sociologiques.

La présente Décision Unilatérale vise à instaurer et présenter les modalités, conditions et garanties du système de garanties collectives de prévoyance complémentaire obligatoire mis en place.

Il a donc été décidé ce qui suit, en application de l'article L 911-1 du Code de la sécurité sociale, après information et consultation du comité d'entreprise.

2°) – PERSONNEL BENEFICIAIRE

Le système de garanties collectives de prévoyance complémentaire obligatoire s'applique à l'ensemble des salariés CADRE et AGENT DE MAITRISE de l'entreprise relevant de la Convention Collective Nationale des cadres du 14 mars 1947 au titre des articles 4, 4 bis et 36 de l'annexe 1 à ladite convention.

L'adhésion des salariés est maintenue en cas de suspension de leur contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient, pendant cette période, d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par l'employeur.

Dans une telle hypothèse, l'employeur verse une contribution calculée selon les règles applicables à la catégorie dont relève le salarié pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisé. Parallèlement, le salarié doit continuer à acquitter sa propre part de cotisations.

3°) – NATURE DE LA COUVERTURE & DES GARANTIES

Par ailleurs, en sa qualité de souscripteur, la société MONOPRIX Exploitation remet à chaque salarié concerné, et remettra à tout nouvel embauché, une notice d'information détaillée résumant notamment les garanties, leurs modalités d'application ainsi que les clauses d'exclusion.

Les prestations souscrites, qui figurent à titre informatif dans la notice d'information détaillée, ne constituent, en aucun cas, un engagement pour la société, qui n'est tenue, à l'égard de ses salariés concernés, qu'au seul paiement des cotisations. Par conséquent, les prestations figurant dans la notice d'information relèvent de la seule responsabilité de l'organisme assureur, au même titre que les modalités, limitations et exclusions de garanties.

Le présent régime ainsi que le contrat d'assurance précité sont mis en œuvre conformément aux prescriptions de l'article L.242-1, alinéa 6 et 8 du Code de la sécurité sociale, de l'article 83, 1° quater du Code général des impôts, ainsi que des décrets pris en application de ces dispositions.

4°) – TAUX ET MONTANT DES COTISATIONS

Le financement du système de garanties collectives est assuré par des cotisations exprimées en pourcentage des salaires bruts déclarés par l'entreprise aux administrations fiscales et sociales par répartition entre l'employeur et le salarié, comme suit :

La participation de l'entreprise est organisée comme suit pour le personnel Cadre et Agents de maitrise :

Prévoyance	Part Salariale	Part Patronale	Total
Tranche A	0.328 %	0.832 %	1.16 %
Tranche B	0.715 %	0.445 %	1.16 %
Tranche C	0.32 %	0.48 %	0.80 %

La cotisation globale est susceptible d'être révisée à l'occasion des renouvellements annuels des contrats d'assurance, en fonction des résultats et de l'équilibre financier constatés sur le régime ou en cas de changement législatif.

Il est expressément convenu que l'obligation de l'entreprise, en application de la présente décision unilatérale de l'employeur, se limite au seul paiement des cotisations rappelées ci-dessus pour leurs montants et taux arrêtés à cette date.

En conséquence, en cas d'augmentation des cotisations, due notamment à un changement de législation ou à un mauvais rapport sinistres à primes, l'obligation de la société sera limitée au paiement de la cotisation définie ci-dessus.

Cette augmentation de cotisations à l'exception de celles résultant de la clause d'indexation, des évolutions législatives ou réglementaires (désengagement Sécurité sociale, réforme des retraites, nouvelles taxes ou contributions) fera l'objet d'une nouvelle DUE précédée d'une information-consultation du Comité d'entreprise.

Entre temps, les prestations seront réduites proportionnellement par l'organisme assureur, de telle sorte que le budget de cotisations défini ci-dessus suffise au financement du système de garanties.

N ° SIREN : 522 083 297

5°) – PORTABILITE

L'article 14 de l'Accord National Interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2008, modifié par un avenant n°3 du 18 mai 2009, a institué un dispositif de « portabilité », permettant aux salariés de bénéficier, dans les mêmes conditions que les salariés en activité, d'un maintien des régimes de prévoyance dont ils bénéficiaient au sein de l'entreprise, en cas de rupture de leur contrat de travail ouvrant droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage (à l'exception du licenciement pour faute lourde).

L'article 1er de la loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013 (n°2013-504) a inscrit ce dispositif au sein de l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale, et en a modifié certaines conditions. Le dispositif légal entre en vigueur, s'agissant des régimes complémentaires de prévoyance « incapacité, invalidité, décès », à compter du 1er juin 2015.

Ainsi, le droit à portabilité est subordonné, jusqu'au 31 mai 2015, au respect de l'ensemble des conditions fixées par l'article 14 de l'ANI de 2008 modifié, et sera mis en œuvre dans les conditions déterminées par les dispositions interprofessionnelles.

A compter du 1er juin 2015, ce droit sera subordonné au respect des conditions posées par l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale.

A défaut de communication des justificatifs de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage, l'ancien salarié perd le bénéfice du régime et, par conséquent, le droit aux prestations correspondantes.

De la même façon, pour la période de cofinancement, en l'absence de paiement des cotisations selon les modalités précisées par les textes, l'ancien salarié perd également le bénéfice du régime.

6°) – INFORMATION DES SALARIES

Chaque salarié reçoit un exemplaire de la présente décision et le reconnaît en signant la feuille d'émargement.

7°) – DATE D'ENTREE EN VIGUEUR - MODIFICATIONS


La présente décision unilatérale est convenue pour une durée indéterminée à effet du 1^{er} janvier 2015.

Elle pourra, à tout moment, être modifiée ou dénoncée, à la seule initiative de la Direction, conformément aux modalités prévues par la jurisprudence pour la modification et la dénonciation des usages et engagements unilatéraux de l'employeur.

Toutefois, la résiliation par l'une des parties signataires, du contrat d'assurance entraîne de plein droit la caducité du présent accord par disparition de son objet.

Fait à Clichy,

En 3 exemplaires originaux, le 15/12/14


Pour l'Entreprise,
Valérie Decaux
Directrice Ressources Humaines,
Communication et Développement Durable



UNIPRÉVOYANCE

NOTICE D'INFORMATION DU RÉGIME DE PRÉVOYANCE MONOPRIX SA

(agissant tant pour son compte que pour celui des filiales indiquées en annexe)

En qualité de membre du personnel appartenant à la catégorie assurée définie ci-après, vous bénéficiez du régime de PRÉVOYANCE souscrit par votre employeur auprès d'UNIPRÉVOYANCE.

Catégorie assurée : « CADRES ET AGENT DE MAITRISE RELEVANT DE LA CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DU 14/03/1947, AU TITRE DES ARTICLES 4, 4 BIS ET 36 DE L'ANNEXE I A LADITE CONVENTION ».

Contrat d'adhésion n° 7712 0282

Les dispositions de la présente notice prennent effet le : 1^{er} janvier 2017

GARANTIES ASSURÉES DANS LE CADRE D'UN REGIME A OPTIONS :

- CAPITAL DÉCÈS
- RENTE ÉDUCATION

AUTRES GARANTIES ASSURÉES :

- CAPITAL DÉCÈS ACCIDENTEL
- INCAPACITÉ DE TRAVAIL – INVALIDITÉ PERMANENTE

- Notice d'information établie le 30.01.2017 -

S O M M A I R E

TITRE 1 – DISPOSITIONS PARTICULIÈRES	8
TITRE 2 – DISPOSITIONS COMMUNES À L'ENSEMBLE DES GARANTIES	10
TITRE 3 – GARANTIE CAPITAL DÉCÈS	15
TITRE 4 – GARANTIE RENTE ÉDUCATION (OPTION 2)	17
TITRE 5 – GARANTIE INCAPACITÉ DE TRAVAIL – INVALIDITÉ PERMANENTE	18
ANNEXE 1 – PIÈCES À FOURNIR POUR TOUTE DEMANDE DE PRESTATIONS SELON LA SITUATION	22
ANNEXE 2 – SERVICES COMPLEMENTAIRES	23
ANNEXE 3 – FILIALES	25
ANNEXE 4 – MAINTIEN DE L'ASSURANCE AUX ANCIENS SALARIES SELON UN SYSTEME DE CONFINANCEMENT	26
ANNEXE 5 – MAINTIEN DE L'ASSURANCE AUX ANCIENS SALARIES SELON UN SYSTEME DE MUTUALISATION	26
ANNEXE 6 – MAINTIEN DE L'ASSURANCE AU PERSONNEL EN CONGE SANS SOLDE	27
ANNEXE 7 – MAINTIEN DE L'ASSURANCE AU PERSONNEL LICENCIÉ	28

TITRE 1 – DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

TABLEAU DES GARANTIES ASSURÉES

NATURE DES GARANTIES ASSURÉES DANS LE CADRE D'UN RÉGIME À OPTIONS	MONTANT DES PRESTATIONS
OPTION 1	
» CAPITAL DÉCÈS / IAD - Participant sans personne à charge : . Célibataire, veuf, divorcé ----- . Marié, lié par un pacs ou vivant en concubinage tels que définis au titre 2----- - Participant ayant au moins une personne à charge :----- - Majoration par personne à charge supplémentaire (maximum 4) :----- » DECES DU CONJOINT POSTERIEUR A CELUI DU PARTICIPANT -----	170 % TA / TB / TC ¹ 240 % TA / TB / TC ¹ 310 % TA / TB / TC ¹¹ 70 % TA / TB / TC ¹ 70 % TA / TB / TC ¹ par enfant à charge
OPTION 2	
» CAPITAL DÉCÈS - Participant quelle que soit sa situation de famille----- » RENTE ÉDUCATION - Au plus tard jusqu'à 25 ans inclus en cas de poursuite d'études ----- (viagèrement si l'enfant bénéficie des allocations pour adultes handicapés) » DECÈS DU CONJOINT POSTERIEUR A CELUI DU PARTICIPANT -----	170 % TA / TB / TC ¹ 14 % TA / TB / TC ¹ Rente Éducation majorée de 100 %
NATURE DES AUTRES GARANTIES ASSURÉES	MONTANT DES PRESTATIONS
» CAPITAL DÉCÈS / IAD ACCIDENTEL COMPLÉMENTAIRE ----- » INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL ⁴ - Franchise en relais des obligations conventionnelles de l'employeur : . Le participant bénéficie des accords en vigueur ----- . Le participant ne bénéficie pas des accords en vigueur----- - Montant de l'indemnité journalière----- » INVALIDITÉ PERMANENTE ⁴ - Montant de la rente 1 ^{ère} catégorie----- - Montant de la rente 2 ^{ème} catégorie----- - Montant de la rente 3 ^{ème} catégorie-----	100 % DU CAPITAL DÉCÈS prévu en OPTION 1 (limité aux tranches A et B) Relais à compter de l'expiration de toute période de maintien de salaire de l'employeur 90 JOURS CONTINUS 75 % TA / TB ² 55 % TA / 40 % TB ³ 75 % TA / 75 % TB ³ 75 % TA / 80 % TB ³

1-- de l'assiette des prestations définie ci-après

2-- de la 365^{ème} partie de l'assiette des prestations définie ci-après, sous déduction des prestations versées au même titre par la Sécurité Sociale et le cas échéant, du salaire partiel maintenu par l'employeur

3-- de l'assiette des prestations définie ci-après, sous déduction des rentes versées au même titre par la Sécurité Sociale

4-- En cas de reprise partielle d'activité, de rupture du contrat de travail ou de mise en invalidité, le cumul de la rémunération perçue de l'employeur, des indemnités ou des rentes versées par la Sécurité Sociale et des indemnités ou rentes complémentaires versées par UNIPRÉVOYANCE ou tout autre organisme complémentaire, ne peut permettre au participant de recevoir des sommes supérieures à la rémunération nette qu'il aurait perçue s'il avait continué à travailler (hormis la majoration pour tierce personne). Les prestations servies par UNIPRÉVOYANCE seraient alors réduites à due concurrence.

ABRÉVIATIONS

IAD ➔ Invalidité Absolue et Définitive
CCN ➔ Convention Collective Nationale

ASSIETTE DES PRESTATIONS

L'assiette des prestations est définie au Titre 2 ci-après. Elle est limitée aux tranches de salaire suivantes :

Tranche A (TA) : fraction au plus égale au salaire limité à un plafond annuel Sécurité Sociale.

Tranche B (TB) : fraction de salaire supérieure à un plafond annuel Sécurité Sociale et limitée à 4 plafonds annuels Sécurité Sociale.

Tranche C (TC) : fraction de salaire supérieure à 4 plafonds annuels Sécurité Sociale et limitée à 8 plafonds annuels Sécurité Sociale.

↳ CHOIX DE L'OPTION 1 OU 2

● A l'initiative du participant

Le participant a la possibilité de demander par écrit le bénéfice de l'OPTION 2, celle-ci entrant alors en vigueur :

- A la date d'admission à l'assurance, pour toute demande reçue dans les 30 jours qui suivent l'admission,
- Le 1^{er} jour du mois qui suit la date de réception de la demande, dans le cas contraire,
- La modification du choix du participant peut se faire selon les mêmes modalités exposées ci-dessus.

L'OPTION 1 est en tout état de cause appliquée :

- En cas d'Invalidité Absolue et Définitive du participant,
- Lorsque le participant ayant choisi l'OPTION 2, aucun enfant n'est susceptible de bénéficier de la rente éducation à la date du décès.

● A l'initiative des bénéficiaires

A défaut d'application des dispositions du paragraphe précédent, le bénéfice de l'OPTION 2 peut être demandé au moyen d'un écrit à UNIPREVOYANCE **dans les 60 jours** qui suivent le décès du participant :

- Par le conjoint non séparé judiciairement lorsqu'il est seul bénéficiaire,
- A défaut, par les enfants à charge, dans la mesure où ils sont seuls bénéficiaires et par parts égales. Lorsque ceux-ci ne jouissent pas de la capacité juridique, le choix est effectué par leur représentant légal. Lorsque plusieurs parties sont concernées et en l'absence d'accord, l'OPTION 1 s'applique.

↳ FRANCHISE

L'indemnité journalière est versée à compter de l'expiration de toute période de maintien de salaire de l'employeur (à compter du 91^{ème} jour d'arrêt continu et total de travail pour les membres du personnel qui n'en bénéficient pas).

La franchise est décomptée à partir du 1er jour d'arrêt de travail. Toute période de travail dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique prise en charge par la Sécurité Sociale est considérée comme période d'interruption de travail prise en compte pour le calcul de la franchise. Toutefois, la période du congé légal ou conventionnel de maternité, de paternité ou d'adoption n'est pas prise en considération pour la détermination de la franchise.

Aucune prestation n'est versée pendant les congés de maternité, de paternité ou d'adoption indemnisés par la Sécurité Sociale au titre de l'assurance maternité.

↳ REPRISE PARTIELLE D'ACTIVITÉ

Lorsque le participant reprend une activité à temps partiel au service de l'entreprise adhérente, et à condition que la Sécurité Sociale maintienne le versement d'une indemnité journalière, le montant des prestations est limité à la différence entre :

- d'une part, le salaire qui aurait été perçu si le participant avait travaillé à temps plein,
- d'autre part, le cumul de l'indemnité journalière maintenue par la Sécurité Sociale et du salaire versé par l'entreprise adhérente au titre de l'activité partielle du salarié.

↳ REVALORISATION

Les prestations sont revalorisées, dans la limite des ressources du fonds de revalorisation, comme suit :

- **Maintien de la garantie décès** : en fonction de l'évolution de la valeur du plafond annuel de la Sécurité sociale entre la date d'arrêt de travail et la date de décès ou la date de résiliation de la garantie ou du contrat d'adhésion dans les autres cas.
- **Incapacité de travail – Invalidité permanente** : en fonction de l'évolution de la valeur du plafond annuel de la Sécurité sociale entre la date d'arrêt de travail et la date d'échéance de la prestation correspondante.
- **Rente éducation** : en fonction de l'évolution de la valeur du point du régime de retraite de l'A.G.I.R.C. entre la date du décès et la date d'échéance de la rente.

Toutefois cette évolution devra au préalable être entérinée par le Conseil d'Administration de l'Institution qui pourra être amené à réduire ce taux d'évolution.

🔗 PARTICIPANTS

Les participants sont les membres du personnel de l'entreprise adhérente, appartenant à la catégorie assurée définie page 1 de la présente notice :

- sous contrat de travail (à l'exclusion de ceux dont le contrat de travail est suspendu pour congé sabbatique, congé pour création d'entreprise, congé parental d'éducation, congé individuel de formation, congé de conversion), étant précisé que l'admission au titre de la garantie INCAPACITE TOTALE TEMPORAIRE DE TRAVAIL - INVALIDITÉ PERMANENTE intervient à compter de la date de reprise de travail,
- affiliés au régime de la Sécurité Sociale française.

🔗 DATE D'EFFET DU CONTRAT D'ADHESION

Le contrat d'adhésion prend effet le PREMIER JANVIER DEUX MIL QUINZE.

🔗 LA CONSTITUTION DE VOS DOSSIERS

Afin d'obtenir un règlement rapide de vos dossiers, vous devez envoyer toutes les pièces originales justifiant du droit à prestations mentionnées à l'ANNEXE 1 ci-après, à l'adresse suivante :

● Pour les garanties décès et rente éducation

UNIPRÉVOYANCE
10, Rue Massue
94307 VINCENNES Cedex

● Pour les garanties incapacité de travail et invalidité permanente

Aon Service Prévoyance
28 allée de Bellevue
CS 70 000
16 918 Angoulême cedex 09

TITRE 2 – DISPOSITIONS COMMUNES À L'ENSEMBLE DES GARANTIES

Le contrat d'adhésion est constitué par :

- le Règlement général précisant les dispositions communes à toutes les garanties proposées par l'Institution,
- les Règlements particuliers précisant les dispositions propres à chacune des garanties souscrites,
- les Statuts de l'Institution.

🔗 OBJET DU CONTRAT D'ADHÉSION

Le Règlement général et les Règlements particuliers fixent les conditions dans lesquelles UNIPRÉVOYANCE met en œuvre des couvertures pour les risques décès, incapacité de travail, invalidité, accident.

🔗 ADHÉSION

Sont garantis au titre de participants, tous les salariés sous contrat de travail, appartenant à la catégorie de personnel définie au Titre 1 – Dispositions particulières ci-dessus.

🔗 DATE D'EFFET ET DURÉE DES GARANTIES

Les garanties sont acquises dès l'adhésion du participant au contrat et, au plus tôt, à la date d'effet du contrat d'adhésion, précisée au Titre 1 – Dispositions particulières ci-dessus.

L'adhésion prend fin lorsque le groupe assuré a disparu. Le salarié perd également la qualité de membre participant lorsqu'il cesse d'appartenir à la catégorie de personnel concernée.

🔗 RÉSILIATION

La résiliation du contrat d'adhésion entraîne à sa date d'effet la cessation des garanties. Des maintiens de garantie sont cependant prévus dans les conditions ci-après.

Les rentes et prestations périodiques en cours de service sont maintenues jusqu'à leur échéance normale au niveau atteint à la date de la résiliation et sans revalorisation ultérieure.

En application de l'Article L 912-3 du Code de la Sécurité Sociale, l'entreprise est tenue d'organiser en cas de changement d'organisme assureur, la poursuite de la revalorisation des rentes en cours de service. Elle peut assurer elle-même cette revalorisation ou la faire prendre en charge par un nouvel organisme assureur.

🔗 CESSATION ET SUSPENSION DES GARANTIES

● Cessation des garanties

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

- résiliation du contrat d'adhésion, sous réserve des dispositions du paragraphe « MAINTIEN DES GARANTIES DÉCÈS AUX PARTICIPANTS EN ARRÊT DE TRAVAIL » ci-après,
- départ du participant de l'entreprise adhérente ou de la catégorie de personnel visée,
- liquidation de la retraite de Sécurité Sociale.

● Assurance individuelle proposée après la cessation des garanties

Lorsque le contrat d'adhésion collectif obligatoire est résilié et qu'il n'est pas remplacé par un autre contrat d'assurance de groupe, les participants qui bénéficient d'un contrat de travail peuvent souscrire, dans les DEUX MOIS qui suivent la résiliation du contrat d'adhésion, une des formules d'assurance à adhésion individuelle proposée par l'Institution, sous réserve de l'accord de cette dernière.

Les garanties sont accordées sans période probatoire ni examen ou questionnaire médical au profit des participants concernés lorsqu'elles sont au plus équivalentes au régime dont bénéficiait le participant à la date de résiliation.

● Suspension des garanties

Sous réserve des dispositions prévues à l'annexe 6, la garantie est suspendue de plein droit dans les cas où le contrat de travail est lui-même suspendu pour les raisons suivantes :

- congé sabbatique visé à l'article L 3142-91 et suivants du Code du Travail ;
- congé pour création d'entreprise visé à l'article L 3142-78 et suivants du Code du Travail ;
- congé parental d'éducation visé à l'article L 1225-47 et suivants du Code du Travail ;
- congé individuel de formation visé à l'article L 6322-1 et suivants du Code du Travail ;
- congé de conversion, visé à l'Article L5123-2 du Code du travail
- périodes d'exercices militaires, de mobilisation ou de captivité ;
- détention pénitentiaire...etc

La suspension intervient au jour de la suspension du contrat de travail, à la date de cessation de l'activité professionnelle et s'achève dès la reprise effective du travail du participant au sein de l'effectif assuré, sous réserve que l'Institution en soit informée par l'entreprise adhérente dans un délai de trois mois suivant la reprise.

🔗 PRESTATIONS

Le montant et les modalités de service des prestations sont définis au Titre 1 - Dispositions particulières ci-dessus ainsi qu'aux Titres propres à chaque garantie ci-après.

🔗 PRESCRIPTION

- Toute action dérivant du contrat d'adhésion se prescrit 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.

Lorsque l'action de l'adhérent ou du participant 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'adhérent ou le participant 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 10 ans concernant le risque décès lorsque 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.

🔗 ASSIETTE DES PRESTATIONS

Le traitement de base servant au calcul des prestations est égal aux salaires bruts perçus au cours des 12 mois civils précédant l'évènement ouvrant droit à prestations, déclarés par l'entreprise adhérente à l'administration fiscale en vue de l'impôt sur le revenu des personnes physiques hors stock-options. Il est limité aux tranches de salaires précisées au Titre 1 – Dispositions particulières ci-dessus.

Toutefois, la base des prestations est reconstituée à partir des salaires correspondant aux mois civils de présence à temps complet au sein de l'entreprise adhérente lorsque la période d'assurance est inférieure à 12 mois ou que le salaire a été réduit ou supprimé au cours de la période de référence, en cas d'arrêt de travail pour maladie, accident, maternité, paternité ou suspension du contrat de travail (congé sabbatique, congé pour création d'entreprise,, congé parental d'éducation, congé individuel de formation, congé de conversion).

🔗 MAINTIEN DES GARANTIES DÉCÈS AUX PARTICIPANTS EN ARRÊT DE TRAVAIL

Les garanties Décès (toutes causes ou accidentel, sous forme de capital ou de rente, ainsi que le versement anticipé du capital en cas d'Invalidité Absolue et Définitive) sont maintenues en cas d'incapacité de travail ou d'invalidité d'un participant, y compris après la résiliation du contrat d'adhésion, dans les conditions prévues ci-après. Toutefois, les garanties couvrant le décès du conjoint cessent à la résiliation de ce contrat d'adhésion.

Si le participant a été admis au contrat d'adhésion alors qu'il se trouvait déjà en arrêt de travail, les garanties décès ne lui sont pas maintenues, sauf dispositions contraires prévues au contrat d'adhésion.

● Montant des garanties maintenues

Le montant des garanties maintenues est celui prévu au titre du contrat d'adhésion, sous déduction de celui éventuellement maintenu par le(s) précédent(s) assureur(s).

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

● Assiette des prestations

Le traitement de base est égal à celui défini au paragraphe « ASSIETTE DES PRESTATIONS » ci-dessus.

Toutefois, si après résiliation du contrat d'adhésion, le participant en 1^{ère} catégorie d'invalidité au sens de la Sécurité sociale, exerce une activité professionnelle, le traitement de base est réduit de 40 %.

● Revalorisation de l'assiette des prestations

L'assiette des prestations est revalorisée en fonction de l'évolution de l'indice correspondant indiqué au paragraphe REVALORISATION du TITRE 1 – DISPOSITIONS PARTICULIERES.

● Cotisation

La cotisation pour le participant en arrêt de travail reste due à l'Institution uniquement sur le salaire total ou partiel maintenu par l'entreprise adhérente.

La cotisation cesse d'être due après la résiliation du contrat d'adhésion.

● Cessation du maintien des garanties Décès

Le maintien des garanties décès cesse :

- à la date de fin d'indemnisation de l'arrêt de travail par la Sécurité Sociale au titre des prestations en espèces de l'assurance Maladie, de l'assurance Invalidité ou de la Législation sur les Accidents du Travail et Maladies Professionnelles,

- à la date à laquelle le participant ne remplit plus les conditions nécessaires pour bénéficier du versement de prestations incapacité de travail – invalidité, complémentaires à celles de la Sécurité Sociale,

- à la date de liquidation de la retraite Sécurité Sociale (ou pension pour inaptitude au travail),

- en cas de résiliation de la garantie survenant pendant l'existence du contrat pour le personnel sous contrat de travail.

🔗 CONTRÔLE MÉDICAL - ARBITRAGE

Tout participant qui demande à bénéficier d'une des prestations prévues au contrat d'adhésion doit remettre, sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil d'UNIPREVOYANCE, un certificat médical établi par son médecin traitant précisant la nature de l'affection, la date de première constatation médicale et la durée prévisible de l'incapacité de travail.

UNIPREVOYANCE se réserve le droit de faire examiner par un médecin de son choix tout participant :

- qui demande à bénéficier d'une des prestations prévues au contrat d'adhésion,
- en situation d'invalidité absolue et définitive,
- en situation d'incapacité de travail ou d'invalidité permanente.

Les honoraires du médecin qui réalise ce contrôle médical sont réglés par UNIPREVOYANCE.

Les conclusions de ce contrôle médical sont notifiées au participant par lettre recommandée avec accusé de réception; elles peuvent conduire UNIPREVOYANCE à cesser, à refuser ou à réduire le versement des prestations.

Ces conclusions s'imposent au participant sans qu'il puisse se prévaloir de la poursuite de l'indemnisation par la Sécurité Sociale.

Le participant qui conteste la décision prise par UNIPREVOYANCE sur la base du contrôle médical effectué à la demande de celle-ci doit, sous peine de déchéance, adresser à UNIPREVOYANCE, dans un délai de trente jours à compter de la notification des conclusions du contrôle médical, une lettre recommandée dans laquelle il indique le nom du médecin chargé de le représenter dans la procédure d'expertise médicale amiable avec le médecin désigné par UNIPREVOYANCE.

En cas de désaccord entre le médecin du participant et celui d'UNIPREVOYANCE, ceux-ci désignent, d'un commun accord, un troisième médecin expert. A défaut d'accord entre les deux praticiens, la désignation est faite, à la requête de la partie la plus diligente, par le président du tribunal compétent du domicile du participant.

Chaque partie prend à sa charge les honoraires et frais relatifs à l'intervention du médecin qu'elle a désigné. Ceux relatifs à l'arbitrage fait par le troisième médecin expert sont supportés par moitié.

L'avis de l'expert ou de l'arbitre s'impose à UNIPREVOYANCE comme au participant.

En cas de refus du participant de justifier sa situation médicale ou sa situation au regard de la Sécurité Sociale ou de subir un contrôle médical, les prestations sont suspendues.

🔗 DÉFINITIONS

● Invalidité Absolue et Définitive

L'Invalidité Absolue et Définitive est assimilée au décès si l'état du participant le conduit à remplir les conditions suivantes :

- se produire au cours de la période d'assurance,
- donner lieu à reconnaissance par la Sécurité Sociale d'une invalidité de troisième catégorie en cours de période d'assurance ou d'une pension d'incapacité permanente de 100% au titre de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles;
- l'obliger à recourir sa vie durant à l'aide d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie;
- en outre, il doit être dans l'incapacité d'exercer toute activité lui procurant gain ou profit.

Afin que le participant bénéficie du versement anticipé du capital, son état d'INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE doit être reconnu par UNIPREVOYANCE.

Pour déterminer le montant du capital à verser, l'Institution prend en compte la situation de famille à la date à laquelle elle reconnaît l'état d'INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE.

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

● Accident

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

➤ Les événements totalement ou partiellement provoqués par une cause pathologique, et en particulier les épidémies, ne peuvent être considérés comme des accidents.

● Situation de famille

➤ Conjoint

Il est l'époux ou l'épouse du participant non divorcé ni séparé judiciairement.

➤ Partenaire lié par un Pacte civil de solidarité

Le partenaire lié par un Pacte civil de solidarité doit prouver sa domiciliation à la même adresse que le participant par la production notamment, d'une copie du dernier avis d'imposition.

➤ Concubin

Le concubin, au sens de l'article 515-8 du Code Civil, doit prouver sa domiciliation à la même adresse que le participant par la production notamment, d'une copie du dernier avis d'imposition.

➤ Personnes à charge

Sont considérés comme à charge :

- les enfants du participant qu'ils soient légitimes, reconnus ou adoptifs et ceux de son conjoint, si ce dernier en a la garde non partagée ou l'a eue jusqu'à leur majorité.

Ils doivent, en outre, répondre aux conditions ci-dessous :

- être âgés de moins de 18 ans,
- être âgés de 18 ans minimum et de moins de 26 ans s'ils remplissent l'une des conditions suivantes :
 - . être affiliés au régime de Sécurité Sociale des étudiants,
 - . suivre des études secondaires ou supérieures n'entraînant pas l'affiliation au régime de Sécurité sociale des étudiants sous réserve qu'ils n'exercent pas d'activité rémunérée pendant plus de 3 mois,
- quel que soit leur âge, s'ils perçoivent une des allocations pour adultes handicapés (Loi du 30 juin 1975).

Sont également considérés comme enfants à charge, les enfants qui naissent dans les trois cents jours suivant le sinistre, s'ils naissent viables.

Les conditions relatives à la scolarité, à l'affiliation au Régime de la Sécurité Sociale des Étudiants ou au bénéfice des allocations pour adultes handicapés, doivent être réalisées dès le décès du participant.

- les ascendants du participant ou de son conjoint qui sont dans le besoin au sens de l'article 205 du Code civil et pour lesquels le participant déduit fiscalement une pension alimentaire de son revenu global.

✚ EXCLUSIONS - RISQUES NON GARANTIS

▪ Garanties décès et décès accidentel

Les garanties Décès – Invalidité absolue et définitive et décès ne s'appliquent pas dans les circonstances suivantes :

- le suicide ou tentative de suicide n'est couvert(e) que s'il (elle) se produit plus d'un an après l'admission dans l'assurance. Si le participant était précédemment garanti au titre d'un contrat d'assurance de groupe à adhésion obligatoire au sens de l'article 2 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, pour des niveaux de garanties similaires, sans qu'il y ait eu interruption des garanties, le délai d'un an est supprimé.

▪ Garanties décès accidentel et Incapacité - Invalidité - Accident

Sont exclus des garanties, les accidents résultant de (d') :

- **Actes volontaires** : les conséquences d'accidents qui sont le fait volontaire ou intentionnel de l'assuré ou du bénéficiaire du contrat ;
- **Guerres civiles ou étrangères, émeutes, rixes, actes de terrorisme** : lorsque l'assuré y a pris une part active, sauf en cas de légitime défense et d'assistance à personne en danger ;
- **L'atome** ; sont exclus de la garantie les sinistres provenant directement ou indirectement de la désintégration du noyau atomique.

▪ Garanties décès accidentel

Outre les exclusions ci-dessus, sont exclus de la garantie, les accidents résultant de (d') :

- **l'usage des stupéfiants ou substances médicamenteuses en dehors des limites de prescriptions** ;
- **de la consommation de boissons alcoolisées, constatée par un taux d'alcoolémie égal ou supérieur au taux légal.**

↳ LÉGISLATION RELATIVE AU TRAITEMENT DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

L'entreprise adhérente s'engage à communiquer à l'Institution les informations concernant les participants dans le strict respect de la législation relative au traitement des données à caractère personnel en vigueur. Ces informations pourront être communiquées à nos réassureurs, aux organismes professionnels habilités, ainsi qu'à tous ceux intervenant dans la gestion et l'exécution du contrat d'adhésion.

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

↳ RECOURS A UN MEDIATEUR

L'entreprise adhérente, le participant ou un ayant droit du participant peut, en cas de désaccord avec l'Institution, effectuer sa réclamation auprès de son interlocuteur habituel ; si la réponse fournie ne le satisfait pas, le demandeur peut adresser sa réclamation au « Service réclamation » d'UNIPREVOYANCE.

En cas de désaccord persistant avec l'Institution à l'issue de la procédure interne de réclamation, le demandeur peut saisir le médiateur du CTIP (Centre Technique des Institutions de Prévoyance), dont l'Institution lui adressera les coordonnées sur simple demande. Le recours au médiateur du CTIP s'exerce dans un souci de règlement à l'amiable, sans préjudice des autres voies d'action légales.

TITRE 3 – GARANTIE CAPITAL DÉCÈS

↳ OBJET DE LA GARANTIE

La garantie Capital Décès a pour objet, si un participant assuré décède ou est atteint, pendant la durée de l'assurance, d'une Invalidité Absolue et Définitive, le paiement aux bénéficiaires désignés d'un capital, sous réserve des exclusions visées au Titre 2 – Dispositions communes à l'ensemble des garanties.

Le partenaire lié par un PACS est assimilé au conjoint pour le calcul du montant du capital en cas de décès du participant ou en cas de décès du conjoint postérieur à celui du participant.

↳ DÉFINITION DES GARANTIES

● Capital Décès

Le montant du capital versé aux bénéficiaires en cas de décès du participant assuré est déterminé dans le TABLEAU DES GARANTIES ASSURÉES du Titre 1 ci-dessus.

Dans le cas de l'OPTION 1, ce montant dépend de la situation de famille du participant au moment de la réalisation du risque, et comporte une majoration pour enfants à charge.

Lorsque le montant du capital dépend de la situation de famille du participant, UNIPRÉVOYANCE assimile la situation d'un participant sans enfant à charge vivant en concubinage (au sens de l'article 515-8 du Code Civil) ou lié par un Pacte civil de solidarité à celle d'un participant marié, à condition d'en avoir connaissance dans les trois mois suivant le décès du participant. Le concubin ou le partenaire doit prouver sa domiciliation à la même adresse que le participant par la production notamment, d'une copie du dernier avis d'imposition.

La situation de famille retenue est toujours celle constatée au jour du décès du participant.

Dans un couple vivant en concubinage, le concubin ou la concubine doit être au regard de l'état civil, ainsi que le participant décédé, libre de tout lien de mariage ou de contrat de Pacs.

Si un même événement occasionne à la fois le décès du participant et celui d'une ou plusieurs personnes prises en compte dans le calcul du capital, sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès :

- pour le calcul du montant du capital en cas de décès, l'Institution considère que le participant est décédé le premier ;
- pour le versement du capital en cas de décès, l'Institution considère que le participant est décédé le dernier.

En cas d'Invalidité Absolue et Définitive du participant, le capital est versé au participant lui-même ou à son représentant légal. Le versement du capital met fin à la garantie décès du participant.

● **Décès du conjoint postérieur à celui du participant (OPTION 1)**

Cette garantie s'applique en complément de la garantie CAPITAL DÉCÈS décrite ci-dessus, en cas de décès du conjoint non remarié ayant moins de 65 ans, lorsque le décès du conjoint est postérieur au décès du participant, et lorsqu'il reste des enfants à charge.

Les bénéficiaires sont les enfants encore à charge du conjoint, dans la mesure où ils étaient déjà à la charge du participant lors de son décès.

Cette garantie prévoit le versement d'un capital supplémentaire réparti par parts égales entre les enfants bénéficiaires (le montant de ce capital peut être fonction du capital déjà versé au titre de la garantie CAPITAL DÉCÈS).

La base de calcul de cette garantie est revalorisée entre les deux décès en fonction de l'indice fixé au Titre 1 - Dispositions particulières.

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

● **Garantie Complémentaire Décès Accidentel**

Lorsqu'elle est expressément prévue au Titre 1 ci-dessus, cette garantie a pour objet le versement, en complément de la garantie CAPITAL DÉCÈS, d'un capital supplémentaire lorsque le décès ou l'invalidité absolue et définitive est imputable à un accident, sous réserve des exclusions visées au Titre 2 – Dispositions communes à l'ensemble des garanties.

Le montant de ce capital supplémentaire est déterminé dans le TABLEAU DES GARANTIES ASSURÉES du Titre 1.

La définition de l'accident est celle prévue au paragraphe DÉFINITIONS du Titre 2 – Dispositions communes à l'ensemble des garanties.

Les prestations payables en cas de décès par accident, telles qu'elles sont définies aux alinéas ci-dessus, ne sont dues que si le sinistre survient dans un délai maximum d'un an à compter du jour de l'accident, des suites des blessures ou des lésions constatées à cette occasion. La preuve de la relation directe de cause à effet entre l'accident et le décès ou l'invalidité absolue et définitive du participant, ainsi que la preuve de la nature de l'accident, incombent au bénéficiaire de la prestation.

Le capital supplémentaire est versé dans les mêmes conditions que celles prévues pour la garantie CAPITAL DÉCÈS, soit aux bénéficiaires du participant, soit au participant lui-même (ou à son représentant légal) si l'accident dont il est victime conduit à une Invalidité Absolue et Définitive.

👉 BÉNÉFICIAIRES

● **Désignation type**

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

- à son conjoint non divorcé ou non séparé judiciairement,
- à défaut, à son partenaire avec lequel il était lié par un Pacte civil de solidarité, tel que défini au paragraphe DÉFINITIONS du Titre 2 – Dispositions communes à l'ensemble des garanties ci-dessus,
- à défaut, par parts égales, à ses enfants vivants ou représentés, et à ceux de son conjoint s'il en avait la charge au moment du décès,
- à défaut, à ses parents, par parts égales, et en cas de décès de l'un d'eux, au survivant pour la totalité,
- à défaut à ses héritiers, selon la dévolution successorale.

Cependant, s'agissant de l'OPTION 1, la « majoration pour enfant ou personne à charge » est réservée à la personne y ayant ouvert droit ou à son représentant légal si elle ne dispose pas de la capacité juridique et, s'agissant d'un enfant :

- au conjoint ou au partenaire lié par un PACS, père ou mère de l'enfant mineur ou majeur incapable, s'il en a la garde,
- au représentant légal de chaque enfant mineur, lorsque le conjoint ou le partenaire lié par un PACS, père ou mère, n'en a pas la garde,
- à chaque enfant majeur ou mineur anticipé.

Pour être bénéficiaire du capital décès, le concubin tel que défini au paragraphe DÉFINITIONS du Titre 2 – Dispositions communes à l'ensemble des garanties ci-dessus, doit avoir fait l'objet d'une désignation particulière.

● Désignation particulière

A toute époque, le participant a la faculté de faire une désignation particulière transmise à UNIPREVOYANCE. Cette désignation est irrévocable en cas d'acceptation par le bénéficiaire sauf cas de révocation prévue de plein droit par le Code Civil.

Toutefois, s'agissant de l'OPTION 1, la « majoration par enfant ou personne à charge » est réservée à la personne y ayant ouvert droit ou à son représentant légal si elle ne dispose pas de la capacité juridique, sauf, s'agissant d'un enfant :

- lorsqu'un seul bénéficiaire a été désigné et qu'il a la garde de l'enfant concerné ou s'agissant d'un enfant majeur, lorsqu'il l'a eue jusqu'à la majorité,
- lorsque plusieurs bénéficiaires ont été désignés conjointement par le participant et que l'enfant concerné en fait partie.

La réservation de la « majoration par enfant ou personne à charge » est applicable sauf volonté contraire du participant clairement exprimée dans la désignation particulière.

En cas de pluralité de bénéficiaires et de décès, avant le participant, de l'un d'entre eux, le capital est versé (sous réserve des dispositions visées ci-dessus relatives à la réservation), aux autres bénéficiaires au prorata de leurs parts respectives.

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

- si tous les bénéficiaires désignés décèdent avant le participant,
- ou si le participant et tous les bénéficiaires désignés décèdent ensemble au cours d'un même événement sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès,
- en cas de révocation de plein droit prévue par le Code Civil.

Si le participant a souhaité répartir le capital entre plusieurs bénéficiaires, le décès de l'un d'entre eux entraîne la redistribution de son capital aux autres, proportionnellement à leurs parts respectives.

En cas d'invalidité absolue et définitive, le capital est versé au participant lui-même ou à son représentant légal.

ATTENTION : les désignations bénéficiaires particulières rédigées avant le 1^{er} janvier 2015 continueront exceptionnellement à produire leurs effets jusqu'au 31 mars 2015, sauf si une nouvelle désignation particulière parvient à UNIPREVOYANCE avant cette date.
À défaut au 1^{er} avril 2015, la désignation type telle que définie ci-dessus s'appliquera.

TITRE 4 – GARANTIE RENTE ÉDUCATION (OPTION 2)

↳ OBJET DE LA GARANTIE

La garantie Rente Éducation a pour objet, si un participant assuré décède pendant la durée de l'assurance, le service d'une rente éducation à chacun des enfants bénéficiaires.

La garantie est accordée sous réserve des exclusions visées au Titre 2 – Dispositions communes à l'ensemble des garanties.

↳ ENFANTS BÉNÉFICIAIRES

Pour la notion d'enfant bénéficiaire de la garantie rente éducation, il convient de se reporter au paragraphe DÉFINITIONS du Titre 2 – Dispositions communes à l'ensemble des garanties ci-dessus, étant précisé que les conditions relatives à la scolarité, à l'affiliation au Régime de la Sécurité Sociale des Étudiants ou au bénéfice des allocations pour adultes handicapés, doivent être réalisées dès le décès du participant.

↳ DÉFINITION DES PRESTATIONS

UNIPREVOYANCE constitue sur la tête des enfants bénéficiaires une rente temporaire immédiate dont le montant annuel constant est fixé dans le TABLEAU DES GARANTIES ASSURÉES du Titre 1.

● Décès postérieur du conjoint

Les rentes à servir sont majorées en cas de décès du conjoint non remarié ayant moins de 65 ans, que le décès du conjoint soit simultané ou postérieur au décès du participant, et alors qu'il reste des enfants à charge.

Les bénéficiaires sont les enfants encore à charge du conjoint, dans la mesure où ils étaient déjà à la charge du participant lors de son décès.

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

↳ DURÉE ET PAIEMENT

● Les rentes sont payables trimestriellement à terme échu, sous condition de vie, le premier et le dernier terme étant calculé prorata temporis.

● Les rentes prennent effet le lendemain du décès du participant.

● Les rentes cessent le jour précédant la date à laquelle l'enfant cesse d'être bénéficiaire. Cette cessation est irrévocable.

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

Ces principes sont identiques pour la majoration de la rente due au décès du conjoint.

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

↳ REVALORISATION

Les rentes sont revalorisées, dans la limite du fonds de revalorisation, en fonction de l'évolution de l'indice fixé au Titre 1 – Dispositions particulières, entre la date du décès et la date d'échéance de la prestation correspondante.

En cas de résiliation du contrat d'adhésion ou de la présente garantie, pour quelque cause que ce soit, le service des rentes en cours se poursuit jusqu'à leur échéance normale au niveau atteint à la date de la résiliation et sans revalorisation ultérieure.

TITRE 5 – GARANTIE INCAPACITÉ DE TRAVAIL – INVALIDITÉ PERMANENTE

↳ OBJET

La garantie Incapacité de Travail - Invalidité a pour objet, si un participant assuré est en état d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité permanente pour maladie ou accident pendant la durée de l'Assurance, le service de prestations périodiques.

Ces prestations périodiques sont versées sous déduction des prestations versées par la Sécurité sociale et du salaire éventuellement maintenu par l'employeur sous forme :

- d'indemnité journalière complémentaire, en cas d'incapacité temporaire totale ou partielle de travail survenue pendant la période d'affiliation du participant et ouvrant droit aux prestations en espèces de la Sécurité Sociale au titre de l'assurance maladie,
- de rente complémentaire, en cas d'invalidité permanente survenue pendant la période d'affiliation du participant et ouvrant droit à la pension d'invalidité de la Sécurité Sociale,
- d'indemnité journalière ou de rente complémentaire, en cas d'incapacité temporaire ou d'incapacité permanente survenue pendant la période d'affiliation du participant et ouvrant droit aux prestations en espèces de la Sécurité Sociale au titre de la législation sur les accidents du travail et maladies professionnelles.

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

↳ ADMISSION AU TITRE DE LA GARANTIE

L'admission au titre de la garantie INCAPACITÉ DE TRAVAIL - INVALIDITÉ ne concerne que le participant présent au travail au jour de la prise d'effet du contrat d'adhésion. Le participant en arrêt de travail à cette date n'est admis au titre de cette garantie qu'à compter de la reprise effective du travail, sous réserve de la fourniture d'un certificat médical de reprise du travail adressé au médecin conseil de l'Institution.

🔗 RÈGLE DE CUMUL - SUBROGATION

En cas de rupture du contrat de travail ou de mise en invalidité, le cumul de la rémunération perçue de l'employeur, des indemnités ou des rentes versées par la Sécurité Sociale et des indemnités ou rentes complémentaires versées par UNIPREVOYANCE ou tout autre organisme complémentaire, ne peut permettre au participant de recevoir des sommes supérieures à la rémunération nette qu'il aurait perçue s'il avait continué à travailler (hormis la majoration pour tierce personne); Les prestations servies par l'Institution seraient alors réduites à due concurrence.

UNIPREVOYANCE est subrogée dans les droits du participant à l'égard du tiers responsable pour les prestations qu'elle prend en charge dans les limites de la loi 85-677 du 5 juillet 1985.

🔗 INDEMNITÉS JOURNALIÈRES COMPLÉMENTAIRES

Tout participant qui, durant la période d'affiliation, a dû cesser son travail par suite de maladie ou d'accident et qui perçoit des indemnités journalières de la Sécurité Sociale au titre de l'Assurance Maladie, peut bénéficier d'indemnités journalières complémentaires, sauf contrôle médical négatif prévu au paragraphe CONTRÔLE MÉDICAL – ARBITRAGE du Titre 2 – Dispositions communes à l'ensemble des garanties.

Elles sont déterminées sous déduction des indemnités journalières de la Sécurité Sociale, prises en compte avant précompte des contributions sociales et impositions de toutes natures que la loi met à la charge du salarié, notamment CSG, CRDS.

Ces indemnités journalières complémentaires sont dues à l'expiration d'une période d'incapacité de travail dénommée franchise.

La durée et les modalités d'application de cette franchise ainsi que le montant de l'indemnité journalière complémentaire sont fixés au Titre 1 – Dispositions particulières ci-dessus.

🔗 PAIEMENT ET DURÉE DES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES COMPLÉMENTAIRES

Les indemnités d'UNIPREVOYANCE sont servies sur présentation des décomptes originaux de la Sécurité Sociale.

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

Pendant toute la durée du contrat de travail liant le participant à l'entreprise adhérente, l'indemnité journalière est versée à l'entreprise adhérente. Après rupture du contrat de travail, l'indemnité journalière est versée au participant.

Elles cessent :

- au jour où les indemnités de la Sécurité Sociale prennent fin,
- à la date d'attribution par la Sécurité Sociale d'une pension d'invalidité ou d'une rente d'incapacité permanente,
- au jour où le participant peut obtenir la liquidation de sa pension vieillesse Sécurité Sociale à taux plein,
- au jour où sa pension vieillesse Sécurité Sociale est liquidée, sauf dans le cas d'un cumul emploi-retraite,
- en cas de contrôle médical, s'il est établi par le médecin conseil d'UNIPREVOYANCE que le participant n'est pas dans l'incapacité physique totale de travailler.

🔗 REPRISE DU TRAVAIL - RECHUTE

Tout nouvel arrêt de travail imputable à une maladie ou à un accident ayant déjà donné lieu à paiement des indemnités journalières complémentaires et qui survient dans un délai maximum de deux mois suivant la date de cessation du paiement des indemnités après la reprise du travail, est considéré comme une rechute.

Aucune franchise n'est alors appliquée, les prestations étant servies et calculées comme celles du premier arrêt de travail.

Si ce nouvel arrêt de travail survient après la résiliation du contrat d'adhésion, il ne donne pas lieu à indemnisation.

🔗 INVALIDITÉ PERMANENTE

Tout participant classé en invalidité à la suite d'une maladie ou d'un accident survenu pendant la période d'affiliation et bénéficiant à ce titre d'une pension de 1^{ère}, 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie versée au titre de l'article L341-1 du Code de la Sécurité Sociale bénéficie d'une rente complémentaire d'invalidité, sauf contrôle médical négatif prévu au paragraphe **CONTRÔLE MÉDICAL – ARBITRAGE** du Titre 2 – Dispositions communes à l'ensemble des garanties.

En vue de la détermination du montant de la pension, les assurés sont classés dans l'une des catégories d'invalidité visées à l'article L 341-4 du Code de la Sécurité Sociale :

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

Le montant de cette rente, qui peut être variable selon la catégorie d'invalidité, est fixé au Titre 1 – Dispositions particulières ci-dessus.

🔗 PAIEMENT ET DURÉE DES RENTES D'INVALIDITÉ

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

Elles sont servies tant que dure l'invalidité et que le participant perçoit une pension d'invalidité de la Sécurité Sociale telle que visée dans le **TABLEAU DES GARANTIES ASSURÉES** du Titre 1.

Elles cessent :

- au jour où le participant cesse de percevoir la pension d'invalidité de la Sécurité Sociale,
- au jour où le participant peut obtenir la liquidation de sa pension vieillesse Sécurité Sociale à taux plein,
- au jour où sa pension vieillesse Sécurité Sociale est liquidée (ou pension pour inaptitude au travail),
- en cas de contrôle médical, s'il est établi par le médecin conseil d'UNIPRÉVOYANCE que le participant n'est pas atteint d'une invalidité permanente ou d'une incapacité permanente.

Si du fait de l'évolution de son affection, le participant change de catégorie d'invalidité après la résiliation du contrat d'adhésion ou de la garantie, UNIPRÉVOYANCE indemnise sur la base de la nouvelle catégorie d'invalidité reconnue par la Sécurité Sociale.

🔗 DISPOSITIONS APPLICABLES EN CAS D'ACCIDENT DE TRAVAIL OU DE MALADIE PROFESSIONNELLE

1) En cas d'incapacité temporaire

Le participant qui a dû cesser son travail par suite de maladie ou d'accident pendant la période d'affiliation et bénéficiant à ce titre des indemnités journalières de la Sécurité Sociale au titre de la législation sur les accidents de travail et maladies professionnelles, perçoit d'UNIPREVOYANCE une indemnité journalière complémentaire dont le montant correspond à la différence éventuellement constatée entre :

- d'une part la somme des indemnités qu'UNIPREVOYANCE et la Sécurité Sociale auraient versées si le participant avait relevé de l'assurance maladie de la Sécurité Sociale,
- et,
- d'autre part le montant des indemnités journalières effectivement versées par la Sécurité Sociale.

Les modalités et durée de paiement de cette prestation sont identiques à celles des indemnités journalières complémentaires telles que définies ci-dessus.

2) En cas d'incapacité permanente

Le participant qui a dû cesser son travail par suite de maladie professionnelle ou d'accident du travail pendant la période d'affiliation et bénéficiant à ce titre de la reconnaissance par la Sécurité Sociale, au titre de l'article L434-2 alinéa 1^{er} du Code de la Sécurité Sociale, d'un taux d'incapacité supérieur ou égal à 50 %, entraînant le versement d'une rente au titre de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, perçoit d'UNIPREVOYANCE une rente complémentaire.

Le montant de cette rente complémentaire correspond à la différence éventuellement constatée entre :

- d'une part, la somme des rentes qu'UNIPREVOYANCE et la Sécurité Sociale auraient versées si le participant avait relevé de l'assurance invalidité de la Sécurité Sociale,
- et d'autre part, le montant des rentes effectivement versées par la Sécurité Sociale.

Est assimilée :

- à l'invalidité 1^{ère} catégorie, l'incapacité permanente d'un taux supérieur ou égal à 50% et inférieur à 66%,
- à l'invalidité 2^{ème} catégorie, l'incapacité permanente d'un taux supérieur ou égal à 66% et inférieur à 100%,
- à l'invalidité 3^{ème} catégorie, l'incapacité permanente d'un taux égal à 100%.

Il est précisé que le classement du participant dans l'une des catégories d'invalides est effectué par l'Institution.

Les modalités et durée de paiement de cette rente complémentaire sont identiques à celles des rentes invalidité telles que définies ci-dessus.

↳ REPRISE PARTIELLE D'ACTIVITÉ

En cas de reprise partielle d'activité, des indemnités ou rentes complémentaires réduites peuvent être accordées dans la limite fixée par la règle de cumul prévue au paragraphe RÈGLE DE CUMUL – SUBROGATION ci-dessus, si le participant perçoit une rémunération correspondante de l'employeur et continue à bénéficier d'indemnités journalières de la Sécurité Sociale ou de pension d'invalidité de la Sécurité Sociale, tel que prévu au Titre 1 – Dispositions particulières.

↳ DÉCLARATION DES ARRÊTS DE TRAVAIL

Tout accident ou maladie entraînant un arrêt de travail donnant lieu à prestations complémentaires doit être déclaré par écrit à UNIPREVOYANCE.

Cette déclaration précisant la date d'arrêt de travail doit être faite dans un délai deux mois (de date à date) à compter de l'expiration de la franchise, sinon ils sont considérés comme ayant débuté au jour de la déclaration.

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

En tout état de cause aucune déclaration présentée au-delà du délai de prescription prévu au Titre 2 – Dispositions communes à l'ensemble des garanties, après l'arrêt de travail ne pourra être prise en considération.

↳ REVALORISATION DES CONDITIONS DE GARANTIE

Les prestations sont revalorisées en fonction de l'évolution de l'indice fixé au Titre 1 – Dispositions particulières, entre la date d'arrêt de travail et la date d'échéance de la prestation correspondante.

En cas de résiliation du contrat d'adhésion ou de la présente garantie, pour quelque cause que ce soit, le service des rentes en cours se poursuit jusqu'à leur échéance normale au niveau atteint à la date de la résiliation et sans revalorisation ultérieure.

↳ RÉVISION DES CONDITIONS DE GARANTIE

Les montants et modalités des garanties ont été établis dans les considérations des conditions existantes de la Sécurité Sociale. Tout changement dans ces conditions ultérieurement à la souscription du contrat d'adhésion, ne pourra modifier l'étendue de l'engagement d'UNIPREVOYANCE. Celle-ci se réserve dans cette hypothèse, le droit de modifier, à compter de l'année en cours, les conditions de sa garantie.

ANNEXE 1 – PIÈCES À FOURNIR POUR TOUTE DEMANDE DE PRESTATIONS SELON LA SITUATION

UNIPRÉVOYANCE se réserve le droit de demander des renseignements complémentaires qu'elle jugerait nécessaires pour se prononcer sur l'ouverture ou la continuation du service des prestations.

	Décès	Incapacité Absolue et Définitive (IAD)	Incapacité de travail / Invalidité permanente
● Extrait d'acte de décès original.	<input checked="" type="checkbox"/>		
● Certificat médical de décès précisant la cause du décès et adressé sous pli confidentiel au médecin conseil de l'Institution.	<input checked="" type="checkbox"/>		
● Copie certifiée conforme du livret de famille.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
● Le cas échéant, le choix de l'option retenue par le participant ou le bénéficiaire selon les dispositions du Titre 1.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
● Extrait d'acte de naissance, comportant les mentions marginales et datant de moins de trois mois, du participant décédé et du ou des bénéficiaires.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
● Si le décès est précédé d'un arrêt de travail : Bordereaux de la Sécurité Sociale précisant les périodes indemnisées.	<input checked="" type="checkbox"/>		
<u>S'il existe des personnes à charge (au sens du contrat d'adhésion) :</u>			
● En tout état de causes, photocopie de la dernière feuille d'imposition ou une attestation du centre d'imposition,	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
● Enfants de 18 à 26 ans poursuivant leurs études : attestation établie par le chef de l'établissement scolaire ou universitaire fréquenté par l'enfant, certifiant qu'il a suivi les cours jusqu'à la date du décès du participant ou jusqu'au terme de l'année scolaire ou universitaire précédant le décès s'il survient au cours des vacances scolaires et s'il a l'âge requis, attestation d'inscription au régime de la Sécurité Sociale des étudiants,	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
● Enfants de 18 à 26 ans placés en apprentissage : copie du contrat d'apprentissage,	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
● Enfants de 18 à 26 ans suivant une formation en alternance : Copie du contrat de formation en alternance,	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
● Enfants percevant une des allocations pour adultes handicapés : attestation du paiement des allocations pour adulte handicapé,	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
● Ascendants directs du participant vivant au foyer de ce dernier : attestation de paiement de l'allocation supplémentaire du Fonds National de Solidarité.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
● Si le bénéficiaire est mineur : Ordonnance du juge des tutelles autorisant le règlement sous la responsabilité de l'administrateur légal.	<input checked="" type="checkbox"/>		
● Si le participant est célibataire, veuf ou divorcé : Acte de notoriété ou certificat d'hérédité ou de propriété établi par le greffe du Tribunal d'Instance.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
● Si le décès est consécutif à un accident : Tout document apportant la preuve de la relation de cause à effet entre l'accident et le décès (procès verbal de gendarmerie, copie du rapport de police, coupures de presse,...).	<input checked="" type="checkbox"/>		
● En cas de disparition : Document fourni par le Tribunal compétent entérinant les faits.	<input checked="" type="checkbox"/>		
● Photocopie de la carte nationale d'identité des bénéficiaires s'ils sont différents du conjoint et/ou des enfants à charge.	<input checked="" type="checkbox"/>		
● En cas de divorce et si le participant n'avait pas la garde des enfants, copie du jugement de divorce.	<input checked="" type="checkbox"/>		
● Photocopie du Pacte civil de solidarité délivré par le greffe du Tribunal d'instance.	<input checked="" type="checkbox"/>		
● Copie du dernier avis d'imposition du concubin ou du partenaire lié par un Pacte civil de solidarité.	<input checked="" type="checkbox"/>		
● Au moins deux justificatifs de la qualité de concubins ou de partenaires liés par un Pacs, 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.	<input checked="" type="checkbox"/>		
● Attestation médicale fournie par l'Institution et complétée par le médecin traitant.		<input checked="" type="checkbox"/>	
● Notification d'attribution de la Sécurité Sociale de la rente de 3 ^{ème} catégorie d'invalidité ou du taux d'incapacité permanente de 100% faisant apparaître l'allocation pour tierce personne.		<input checked="" type="checkbox"/>	
● L'avis d'arrêt de travail.			<input checked="" type="checkbox"/>
● Le certificat médical établi sous pli confidentiel à l'attention du Médecin Conseil d'UNIPREVOYANCE par le médecin traitant du participant, précisant la nature de l'affection, la date de première constatation médicale et la durée prévisible de l'incapacité de travail.			<input checked="" type="checkbox"/>
● Les décomptes originaux et notification de la Sécurité Sociale.			<input checked="" type="checkbox"/>

ANNEXE 2 – SERVICES COMPLÉMENTAIRES

Les garanties Décès accidentel et Arrêt de travail incluent des **SERVICES COMPLÉMENTAIRES**. Ces services ne peuvent pas être souscrits indépendamment de chacune de ces garanties. Leur organisation n'engage pas l'Institution sur le règlement des capitaux, des indemnités journalières et des rentes. Les services complémentaires cessent à la résiliation du contrat d'adhésion.

1 - LA MISE EN OEUVRE DES SERVICES COMPLÉMENTAIRES

Les services complémentaires ont pour objet l'organisation et la prise en charge de prestations qui visent à accompagner le participant ou sa famille en cas de décès accidentel ou d'arrêt de travail du participant.

Ils sont mis en œuvre dans les conditions indiquées aux paragraphes 2 et 3 ci-après.

1.1 - Les modalités d'intervention de l'Institution

Quand survient un événement donnant lieu à la mise en œuvre des services complémentaires, le participant ou l'un de ses proches doit impérativement contacter l'Institution au numéro de téléphone suivant :

Numéro : 01 72 59 51 60

L'Institution délivre alors un numéro de dossier qui permettra de délivrer chacune de ses prises en charge.

Certains services font référence à la notion de domicile du participant. Dans ce cas, le domicile est le lieu de résidence qui figure sur la déclaration d'impôt sur le revenu du participant. Pour ouvrir droit aux services de l'Institution, il doit être situé en France métropolitaine.

1.2 - La limitation des engagements de l'Institution

L'Institution prend en charge les seules prestations qu'elle organise. L'organisation par le participant ou par son entourage de l'un des services complémentaires sans l'accord préalable de l'Institution, matérialisé par un numéro de dossier, ne peut donner lieu à remboursement.

L'Institution ne prend pas en charge, et ne rembourse pas les frais de séjour (hôtel, taxis, restaurant, téléphone...) sauf ceux ayant fait l'objet d'un accord préalable de sa part, ni tout autre frais non prévu au titre des garanties accordées.

Les services complémentaires qui n'auraient pas été sollicités pendant la période de garantie ne permettent pas le versement d'indemnités compensatoires.

La déclaration de l'ensemble des éléments d'information nécessaires à la mise en œuvre des services complémentaires est une obligation. Au cas où le participant ne la satisfait pas, il perd le bénéfice de ses garanties et les engagements de l'Institution deviennent nuls.

1.3 - La responsabilité de l'Institution

La responsabilité de l'Institution ne peut être engagée dans les cas suivants :

- dommage professionnel ou commercial subi par le participant lors de l'exécution d'un des services complémentaires de l'Institution,
- retard dans l'organisation du service prévu par la garantie ou impossibilité de le fournir pour cause de force majeure : guerres (civile ou étrangère), émeute, acte de terrorisme, restriction à la libre circulation des biens et des personnes, grève, accident nucléaire.

L'Institution ne peut pas se substituer aux organismes locaux ou nationaux de secours d'urgence ou de recherche et ne prend pas en charge les frais engagés du fait de leur intervention.

2 - LES SERVICES COMPLÉMENTAIRES EN CAS DE DÉCÈS ACCIDENTEL

En cas de décès accidentel, l'Institution met en œuvre des services complémentaires si le participant se trouve à plus de 50 km de son domicile.

L'Institution organise le rapatriement du corps ou des cendres du participant du lieu du décès jusqu'au lieu d'inhumation situé en France Métropolitaine :

L'Institution prend à sa charge :

- les frais de traitement post-mortem,
- les frais de mise en bière,
- les frais d'aménagement nécessaires au transport du corps, notamment les frais de cercueil dans la limite de **770 euros**,
- les frais de transport du corps.

Le choix des sociétés chargées du rapatriement du corps est du ressort exclusif de l'Institution. Les autres frais (cérémonies, obsèques, convois locaux, inhumation, incinération) restent à la charge de la famille.

- **L’Institution met un service de renseignements téléphoniques à la disposition des proches du participant décédé :**

Ce service a pour but d’informer les proches du participant sur les points suivants :

- les démarches lors d’un décès : les obsèques civiles ou religieuses, les prélèvements d’organes, le don du corps et la crémation,
- les démarches après le décès : la constatation, la déclaration, l’information et les dispositions financières,
- les réglementations particulières : les soins de conservation, les chambres funéraires, le transport et l’inhumation dans une concession de famille,
- l’héritage et la succession : la dévolution légale, les ordres et les degrés, l’option successorale, la déclaration successorale, les différents héritiers, les libéralités, les coûts de l’héritage, les testaments et les pensions ou allocations.

Si les questions qui sont posées à l’Institution nécessitent des recherches ou de la documentation, l’Institution rappelle son interlocuteur dès qu’elle est en mesure de lui apporter une réponse de qualité.

- **L’Institution organise le retour au domicile des proches qui voyageaient avec le participant en cas de rapatriement du corps :**

Si les moyens de transport prévus initialement pour le voyage de retour ne sont ni utilisables, ni modifiables, l’Institution prend à sa charge un billet aller simple (avion classe économique ou train 1^{ère} classe) pour chaque proche accompagnant du participant.

- **L’Institution facilite la présence d’un proche sur le lieu du décès du participant :**

Si le participant se trouvait seul au moment de son décès et si la présence d’un proche est indispensable pour effectuer la reconnaissance du corps et les formalités de rapatriement ou d’incinération, l’Institution met à la disposition de ce proche un titre de transport aller-retour (avion classe économique ou train 1^{ère} classe). L’Institution prend également à sa charge ses frais d’hébergement à l’hôtel (chambre et petit déjeuner), pour trois nuits maximum et dans la limite de **77 euros par nuit**.

3 - LES SERVICES COMPLÉMENTAIRES EN CAS D’INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL

L’Institution met en œuvre des services complémentaires si le participant est victime **d’une atteinte corporelle grave**.

L’atteinte corporelle grave est l’accident ou la maladie à caractère soudain et imprévisible dont la nature risque de porter atteinte à la vie du participant ou d’engendrer, à brève échéance, une aggravation importante de son état si des soins adéquats ne lui sont pas prodigués rapidement.

Pour ouvrir droit aux prestations de l’Institution, l’atteinte corporelle grave doit être constatée par une autorité médicale.

- **Si le participant est victime d’une atteinte corporelle grave à plus de 50 km de son domicile, l’Institution organise et prend en charge son rapatriement sanitaire :**

L’Institution choisit le moyen de transport le mieux adapté : véhicule sanitaire léger, ambulance, train 1^{ère} classe, avion en classe économique ou avion sanitaire.

L’Institution dirige alors le participant :

- soit vers le centre hospitalier le mieux adapté à son état de santé,
- soit vers le centre hospitalier le plus proche de son domicile,
- soit vers son domicile.

Si le participant se trouve en dehors de son secteur hospitalier, l’Institution se charge également de le ramener jusqu’à son domicile une fois que son état de santé le lui permet.

La décision de rapatrier le participant est prise en fonction des seuls impératifs médicaux. L’organisation du rapatriement, le choix final du lieu d’hospitalisation, de la date, des moyens utilisés, de la nécessité d’un accompagnement du participant relèvent exclusivement de l’équipe médicale de l’Institution après que celle-ci ait pris contact avec les médecins sur place en charge du participant.

Tout refus de la solution proposée par l’équipe médicale de l’Institution entraîne l’annulation de la présente garantie.

L’Institution peut demander au participant d’utiliser son titre de transport si celui-ci peut être modifié ou utilisé. Si tel n’est pas le cas, l’Institution lui demande de lui restituer son titre de transport lorsqu’elle a pris en charge son retour.

ANNEXE 3 – FILIALES

- **Si le participant est victime d'une atteinte corporelle grave qui l'immobilise à son domicile sur prescription médicale pour une durée de plus de cinq jours :**

L'Institution organise et prend en charge les services complémentaires suivants :

– **l'acheminement d'un proche à son chevet** si aucun membre de sa famille ne se trouve à moins de 50 km de son domicile. Pour cela, l'Institution lui fournit un billet aller-retour en train 1^{ère} classe ou en avion classe économique.

– **la garde des enfants et petits-enfants du participant** s'ils ont moins de 15 ans et si personne d'autre que le participant ne peut en assurer la garde :

. soit en permettant la venue d'un proche à son domicile (en train 1^{ère} classe ou avion classe économique) ;

. soit en acheminant les enfants au domicile d'un proche (en train 1^{ère} classe ou avion classe économique), accompagnés, si nécessaire, par une personne qualifiée ;

. soit en confiant la garde des enfants au domicile du participant à une personne qualifiée. En fonction de l'âge des enfants, celle-ci s'occupe aussi de les accompagner à l'école. **Cette prestation est limitée à trente heures, réparties sur quinze jours et à raison de deux heures consécutives minimum par jour.**

L'Institution intervient à la demande des parents et ne peut être tenue pour responsable des événements pouvant survenir lors des trajets ou pendant la garde des enfants.

– **une aide-ménagère à domicile** : l'Institution recherche et prend en charge les services d'une aide-ménagère à domicile pour assurer les tâches domestiques. Pour bénéficier de cette prestation, le participant doit en faire la demande à l'Institution dans les huit jours suivant son immobilisation à son domicile pour atteinte corporelle grave. **L'Institution limite toutefois cette aide à la période de trente jours suivant l'atteinte corporelle grave.** La durée de présence de l'aide-ménagère est fixée par l'équipe médicale de l'Institution, en fonction des seuls critères médicaux. **Elle ne peut excéder trente heures, réparties sur quinze jours et à raison de deux heures consécutives minimum par jour.**

Les dispositions du contrat d'adhésion sont étendues aux mêmes clauses et conditions, au personnel concerné des sociétés énumérées ci-après :

- ➔ MONOPRIX EXPLOITATION
- ➔ SMC ET CIE
- ➔ AUX GALERIES DE LA CROISSETTE

ANNEXE 4 – MAINTIEN DE L'ASSURANCE AUX ANCIENS SALARIES SELON UN SYSTEME DE CONFINANCEMENT (RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL JUSQU'AU 31 MAI 2015)

L'assurance est maintenue, aux mêmes clauses et conditions, aux membres du personnel dont la cessation ou la rupture du contrat de travail intervenant au plus tard le 31 Mai 2015, ouvre droit à la prise en charge par le régime d'Assurance Chômage, sauf :

- en cas de licenciement pour faute lourde,
- si les droits à couverture complémentaire n'étaient pas ouverts au salarié au jour de la cessation ou de la rupture de son contrat de travail.

↳ **Prise d'effet et durée du maintien – Renonciation**

L'ensemble des garanties du contrat d'adhésion sera maintenu, à compter du lendemain du jour de cessation ou de rupture du contrat de travail, pour une durée maximale égale à la durée du dernier contrat de travail appréciée en mois entiers, telle que déclarée par l'Entreprise Adhérente, **dans la limite de 9 mois.**

Toutefois, le bénéficiaire du maintien des garanties a la possibilité de renoncer audit maintien. S'il entend y renoncer, cette renonciation sera définitive, concernera l'ensemble des garanties et devra être notifiée expressément par écrit à l'ancien employeur, dans les dix jours suivant la date de cessation ou de rupture du contrat de travail.

↳ **Cessation du maintien des garanties**

Le maintien des garanties cesse à la survenance du premier de ces deux événements :

- au terme de la durée maximale prévue au paragraphe « Prise d'effet et durée du maintien »,
- au jour où le bénéficiaire trouve un nouvel emploi ou liquide ses droits à pension de retraite de la Sécurité Sociale.

Avant ce terme, le maintien est interrompu :

- à la date de suspension des garanties du contrat d'adhésion en cas de non paiement des cotisations,
- à la date de résiliation du contrat d'adhésion.

↳ **Modalités du maintien**

La franchise contractuelle applicable est celle qui serait appliquée à l'ancien salarié s'il était toujours salarié de l'entreprise le jour de son arrêt de travail.

Le terme du maintien des garanties n'interrompt pas le versement des prestations périodiques en cours de service ou celles différées en raison de l'application de la franchise contractuelle pour les personnes en arrêt de travail le jour de la cessation du maintien de leurs garanties.

La base des prestations applicable durant la période de maintien des garanties est celle calculée au jour de la cessation ou de la rupture du contrat de travail de l'ancien salarié.

Par exception, l'ensemble des indemnités perçues par l'ancien salarié au titre de l'incapacité temporaire de travail par le biais des régimes obligatoires et complémentaires ne pourront conduire à ce qu'il perçoive des revenus supérieurs au montant des allocations chômage perçu le jour de son arrêt de travail. S'il n'en percevait pas, cette base des prestations sera reconstituée sur la base des conditions du régime d'assurance chômage applicables au jour de l'arrêt.

ANNEXE 5 – MAINTIEN DE L'ASSURANCE AUX ANCIENS SALARIES SELON UN SYSTEME DE MUTUALISATION

(RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL A
COMPTER DU 1^{ER} JUIN 2015)

L'assurance est maintenue, aux mêmes clauses et conditions, aux membres du personnel dont la cessation ou la rupture du contrat de travail intervenant à compter du 1^{er} juin 2015, ouvre droit à la prise en charge par le régime d'Assurance Chômage, sauf :

- en cas de licenciement pour faute lourde,
- si les droits à couverture complémentaire n'étaient pas ouverts au salarié au jour de la cessation ou de la rupture de son contrat de travail.

↳ **Prise d'effet et durée du maintien**

L'ensemble des garanties du contrat d'adhésion sera maintenu, à compter du lendemain du jour de cessation ou de rupture du contrat de travail, pour une durée maximale égale à la durée du dernier contrat de travail appréciée en mois entiers, telle que déclarée par l'Entreprise Adhérente, **dans la limite de 12 mois.**

↳ **Cessation du maintien des garanties**

Le maintien des garanties cesse à la survenance du premier de ces deux événements :

- au terme de la durée maximale prévue au paragraphe « Prise d'effet et durée du maintien »,
- au jour où le bénéficiaire trouve un nouvel emploi ou liquide ses droits à pension de retraite de la Sécurité Sociale.

Avant ce terme, le maintien est interrompu :

- à la date de suspension des garanties du contrat d'adhésion en cas de non-paiement des cotisations,
- à la date de résiliation du contrat d'adhésion.

↳ **Modalités du maintien**

La franchise contractuelle applicable est celle qui serait appliquée à l'ancien salarié s'il était toujours salarié de l'entreprise le jour de son arrêt de travail.

Le terme du maintien des garanties n'interrompt pas le versement des prestations périodiques en cours de service ou celles différées en raison de l'application de la franchise contractuelle pour les personnes en arrêt de travail le jour de la cessation du maintien de leurs garanties.

La base des prestations applicable durant la période de maintien des garanties est celle calculée au jour de la cessation ou de la rupture du contrat de travail de l'ancien salarié.

Par exception, l'ensemble des indemnités perçues par l'ancien salarié au titre de l'incapacité temporaire de travail par le biais des régimes obligatoires et complémentaires ne pourront conduire à ce qu'il perçoive des revenus supérieurs au montant des allocations chômage perçu le jour de son arrêt de travail. S'il n'en percevait pas, cette base des prestations sera reconstituée sur la base des conditions du régime d'assurance chômage applicables au jour de l'arrêt.

ANNEXE 6 – MAINTIEN DE L'ASSURANCE AU PERSONNEL EN CONGE SANS SOLDE

L'assurance est maintenue à titre facultatif, dans les conditions prévues ci-après, aux membres du personnel dont le contrat de travail est suspendu pour l'un des congés visés ci-dessous :

- congé sabbatique.
- congé pour création d'entreprise,
- congé parental d'éducation,
- congé individuel de formation,
- congé de conversion.

↳ **Effet**

Les demandes individuelles d'affiliation doivent être adressées à l'Institution dans le mois suivant la suspension du contrat de travail ou la date d'effet du contrat d'adhésion pour le personnel dont le contrat de travail est déjà suspendu ; **LE DEPASSEMENT DE CE DELAI ENTRAINE FORCLUSION DEFINITIVE.**

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

↳ **Garanties maintenues**

Les garanties suivantes sont maintenues sous réserve du paiement de la cotisation :

- DECES
- RENTE EDUCATION (OPTION 2)
- DECES ACCIDENTEL

↳ Base des prestations

La base des prestations est le salaire annuel brut tel que défini au contrat d'adhésion et correspondant aux douze derniers mois d'activité. Elle est revalorisée au 1^{er} janvier de chaque exercice, en fonction de l'évolution de la valeur du point du régime de retraite de l'A.G.I.R.C..

↳ Cessation

Le maintien de l'assurance cesse, en tout état de cause :

- à la date de fin du congé visé ci-dessus,
- à la date de liquidation de la pension de retraite de la Sécurité Sociale,
- en cas de résiliation du contrat d'adhésion ou de la présente annexe.

ANNEXE 7 – MAINTIEN DE L'ASSURANCE AU PERSONNEL LICENCIÉ

L'assurance est maintenue à titre facultatif, dans les conditions prévues ci-après, aux membres du personnel dont le contrat de travail est rompu pour cause de LICENCIEMENT et percevant des allocations du Régime d'Assurance Chômage, y compris :

- pendant les délais de carence appliqués par le Régime d'Assurance Chômage,
- pendant la période au cours de laquelle, par suite de maladie ou d'accident, l'allocation versée par le Régime d'Assurance Chômage est remplacée temporairement par les prestations en espèces de la Sécurité Sociale.

↳ Effet

Les demandes individuelles d'affiliation doivent être adressées à l'Institution dans les 30 jours suivants la rupture du contrat de travail de l'intéressé ou la date d'effet du contrat d'adhésion pour le personnel dont le contrat de travail est déjà rompu ; LE DEPASSEMENT DE CE DELAI ENTRAINE FORCLUSION DEFINITIVE.

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

↳ Garanties maintenues

Les garanties suivantes sont maintenues sous réserve du paiement de la cotisation :

- DECES
- RENTE EDUCATION (OPTION 2)
- DECES ACCIDENTEL
- INCAPACITE DE TRAVAIL - INVALIDITE

↳ Base des prestations

La base des prestations est le salaire annuel brut tel que défini au contrat d'adhésion et correspondant aux douze derniers mois d'activité (à l'exclusion de toute prime liée au départ du participant). Elle est revalorisée au 1^{er} janvier de chaque exercice, en fonction de l'évolution de la valeur du point du régime de retraite de l'A.G.I.R.C..

↳ Cessation

Le maintien de l'assurance cesse, en tout état de cause :

- à la date de fin d'indemnisation par le Régime d'Assurance Chômage,
- à la date de liquidation de la pension de retraite de la Sécurité Sociale,
- en cas de résiliation du contrat d'adhésion, de la garantie concernée ou de la présente annexe.

Lexique

L'information contenue sur cette page est non exhaustive. Elle est communiquée à titre indicatif et n'a pas de valeur contractuelle. De plus, l'entreprise, Uniprévoyance et AON ne pourront être tenus pour responsables des modifications législatives susceptibles de survenir après la publication.

Capital décès

Capital versé aux bénéficiaires désignés en cas de décès du salarié (désignation type par défaut). L'assuré peut désigner toute personne de son choix en tant que bénéficiaire, sauf désignation contraire à l'ordre public et à la morale.

Incapacité de travail

En fonction de son ancienneté et de son statut, l'entreprise maintient le salaire pendant son arrêt pour maladie, accident du travail ou maladie professionnelle.

Au-delà d'une certaine durée, la prévoyance peut verser, à compter du 91^{ème} jour d'arrêt continu et total, des indemnités journalières complémentaires à celles de la Sécurité Sociale. L'indemnisation du salarié cesse à sa reprise du travail, à sa reconnaissance en invalidité ou à la cessation du versement de l'indemnité journalière par la sécurité sociale (qui dans tous les cas ne pourra excéder 3 ans).

Incapacité permanente

L'incapacité permanente s'applique uniquement dans le cadre des accidents de travail et des maladies professionnelles.

Invalidité

A la suite d'un arrêt pour maladie, accident du travail ou maladie professionnelle, l'assuré peut être reconnu invalide par le médecin conseil de l'assurance maladie.

Celui-ci va évaluer le degré d'invalidité au travers du taux d'incapacité (taux IPP) reconnu.

Il existe 3 types d'invalidité qui varient selon l'état de santé de l'assuré :

- 1^{ère} catégorie : capable d'exercer une activité du salarié (taux IPP entre 33 et 66%)
- 2^{ème} catégorie : incapable d'exercer une activité quelconque (taux IPP supérieur à 66%)
- 3^{ème} catégorie ou invalidité absolue et définitive : incapable d'exercer une activité quelconque et dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie (taux IPP supérieur à 66%)

Rente éducation

La rente éducation a pour objet le versement d'une rente aux enfants à charge en cas de décès de l'assuré.

Tranche A

La tranche A est la part de rémunération annuelle comprise en le 1^{er} euro et le Plafond Annuel de la Sécurité Sociale, donc le montant est indiqué sur le site www.securite-sociale.fr – Rubrique « Principaux barèmes »

Tranche B

La tranche B est la part de rémunération annuelle comprise en 1 et 4 fois le Plafond Annuel de la Sécurité Sociale, dont le montant est indiqué sur le site www.securite-sociale.fr – Rubrique « Principaux barèmes »

Tranche C

La tranche B est la part de rémunération annuelle comprise en 4 et 8 fois le Plafond Annuel de la Sécurité Sociale, dont le montant est indiqué sur le site www.securite-sociale.fr – Rubrique « Principaux barèmes »

La désignation de bénéficiaire

Qui sont les bénéficiaires du capital décès ?

Les bénéficiaires sont désignés par défaut dans le cadre de la clause contractuelle (type) ou sur désignation nominative établie par le participant et enregistrée avant son décès.

Existe-t-il une clause type de versement du capital décès ?

OUI. A défaut de désignation particulière, le capital décès est versé en respectant l'ordre prévu par la clause type suivante :

à son conjoint survivant non divorcé ni séparé judiciairement,

à défaut à son partenaire survivant avec lequel il était lié par un Pacte civil de solidarité au jour du décès,

à défaut, à la personne vivant en concubinage depuis au moins deux ans avec le participant, ou sans condition de durée de vie commune lorsqu'au moins un enfant est né de cette union et sous réserve que le concubin et le participant soient tous les deux libres de tout engagement, que le concubinage ait été établi de façon notoire et que les concubins partagent le même domicile.

à défaut, par parts égales, à ses enfants (légitimes, reconnus ou adoptifs) vivants ou représentés,

à défaut, à ses parents, par parts égales, et en cas de décès de l'un deux, au survivant pour la totalité,

à défaut, à ses autres ascendants vivants, par parts égales,

à défaut, à ses héritiers, selon la dévolution successorale.

Qu'est-ce qu'une désignation bénéficiaire(s) ?

La désignation de bénéficiaire(s) est le document que l'on adresse à l'Institution dès lors que l'on souhaite modifier l'ordre de versement tel que prévu dans la clause reprise ci-dessus.

Qui perçoit le capital si aucun imprimé de désignation n'est rempli ?

Si aucun imprimé de désignation n'est rempli, le capital décès est versé automatiquement en respectant l'ordre prévu par la clause type ci-dessus.

Peut-on modifier une désignation particulière ?

Oui, notamment en cas de changement de situation familiale, utilisez l'imprimé « désignation de bénéficiaire(s) ».

ATTENTION :

Une désignation particulière reste valable tant qu'elle n'est pas modifiée, quelle que soit l'évolution de la situation familiale. Elle ne peut plus être modifiée si le bénéficiaire l'a formellement acceptée auprès de l'Assureur.

Peut-on revenir à l'ordre prévu par la clause type ?

Oui, le participant peut revenir à l'ordre prévu par la clause type, notamment s'il change de situation familiale (mariage, remariage...) et qu'il avait préalablement adressé une désignation nominative de bénéficiaire(s).

Il doit adresser à UNIPREVOYANCE un nouvel imprimé désignation de bénéficiaire sur lequel il aura pris soin de cocher la case « Renonçant à la désignation particulière antérieure ».

Exemple de Désignations Bénéficiaires :

- Plusieurs personnes nominativement

Trois cas possibles :

1. La première est bénéficiaire par priorité. En cas de décès de celle-ci, la suivante est désignée et ainsi de suite. Dans ce cas, il faut faire suivre le premier bénéficiaire de la mention « **ou à défaut** » et ainsi de suite pour les autres bénéficiaires prévues.

Exemple : « Martine X ou à défaut Jean Y ou à défaut Pierre Z »

2. Toutes les personnes mentionnées sont bénéficiaires par parts égales. Dans ce cas, il faut faire suivre l'énumération des bénéficiaires de la mention « **par parts égales, en cas de décès de l'un deux, la totalité aux survivants par parts égales entre eux** »

Exemple : « Martine X, Jean Y, Pierre Z par parts égales, en cas de décès de l'un deux, la totalité aux survivants par parts égales entre eux »

3. Les personnes sont mentionnées selon un pourcentage : **indiquer en cas de prédécès d'un des bénéficiaires désignés, la répartition du capital entre les bénéficiaires survivants.**

Exemple : « Martine X 50% - Jean Y 30% - Pierre Z 20% / en cas de prédécès d'un des bénéficiaires désignés, la répartition du capital entre les bénéficiaires survivants »

- Vos enfants

Afin de ne pas exclure les enfants à naître, il convient de ne pas indiquer le nom des enfants et d'utiliser par exemple la formule suivante : « **Mes enfants nés ou à naître par parts égales entre eux, et en cas de décès de l'un deux la totalité aux survivants par parts égales** »

- Vos parents nominativement

Utiliser la formule suivante : « **mon père et ma mère par parts égales et, en cas de décès de l'un deux, la totalité au survivant** ». Dans le cas où l'un des deux parents est désigné en priorité à l'autre, l'affilié doit indiquer : « **mon père ou à défaut ma mère** » (ou inversement).

Contacts utiles

Pour toute question concernant vos garanties ou un dossier en cours,
vous pouvez contacter :

Aon Service Prévoyance
28 allée de Bellevue
CS 70 000
16 918 Angoulême cedex 09

01 73 10 30 51

ang_gestionprevoyance@aon.com

Pour plus de détails ou d'information,
vous pouvez consulter la notice ci-dessus.

Pour toute autre question, vous pouvez envoyer un mail à :
prevoyance@monoprix.fr