



NOTICE D'INFORMATION

RÉGIME CONVENTIONNEL DE PRÉVOYANCE

**Convention Collective Nationale de la Métallurgie
du 7 février 2022**

Janvier 2023

Sommaire

LEXIQUE	3
PREAMBULE	6
TITRE 1. DISPOSITIONS RELATIVES A LA VIE DU CONTRAT	7
1.1. Objet du contrat.....	7
1.2. Obligations liées à la territorialité.....	7
TITRE 2. DISPOSITIONS RELATIVES A L’AFFILIATION AU CONTRAT	8
2.1. Conditions et formalités d’affiliation	8
2.2. Prise d’effet de l’affiliation.....	8
2.3. Cessation de l’affiliation.....	8
TITRE 3. DISPOSITIONS RELATIVES AUX GARANTIES	9
3.1. Objet des garanties	9
3.2. Prise d’effet et cessation des garanties.....	9
3.3. Modifications des garanties en cours de contrat.....	9
3.4. Garanties décès et invalidité absolue et définitive	10
3.5. Garanties incapacité temporaire de travail – invalidité – incapacité permanente.....	12
3.6. Exclusions.....	16
3.7. Prestations.....	16
3.8. Degré élevé de solidarité.....	20
TITRE 4. MAINTIEN DES GARANTIES	21
4.1. En cas de suspension du contrat de travail.....	21
4.2. En cas de cessation du contrat de travail (<i>portabilité</i>).....	22
TITRE 5. EFFET DE LA RESILIATION SUR LES GARANTIES ET LES PRESTATIONS.....	23
5.1. Assurés en activité et ceux bénéficiant de la <i>portabilité</i> (article 5 « Loi Evin »).....	23
5.2. Prestations en cours de service	23
5.3. Garanties décès (art 7.1. « Loi Evin »).....	23
5.4. Cessation des revalorisations en cas de résiliation	23
5.5. Obligations du <i>souscripteur</i> du fait de la résiliation.....	23
TITRE 6. COTISATIONS	24
6.1. Assiette et montant.....	24
6.2. Modalités de paiement	24
TITRE 7. REFERENCES LEGALES	25
7.1. Fausse déclaration.....	25
7.2. Déchéance.....	25
7.3. Prescription.....	25
7.4. Subrogation.....	26
7.5. Réclamation –médiation.....	26
7.6. Juridiction compétente	27
7.7. Protection des données à caractère personnel.....	27
7.8. Autorité de contrôle.....	28
TITRE 8. PIECES JUSTIFICATIVES	29

Lexique

Pour plus de clarté, les termes souvent utilisés dans la notice sont en italiques et sont définis dans ce lexique :

Principaux termes utilisés :

Organisme assureur ou les Organismes assureurs	<p>Pour la couverture des garanties Incapacité Temporaire de Travail, Invalidité et Capitaux Décès/ Invalidité absolue et définitive :</p> <ul style="list-style-type: none">- APICIL Prévoyance, Institution de prévoyance, régie par les dispositions du titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale, enregistrée sous le N° SIREN 321 862 500. Siège social : 38 rue François Peissel, 69300 CALUIRE ET CUIRE. <p>Pour la couverture de la Rente éducation :</p> <ul style="list-style-type: none">- OCIRP, Organisme Commun des Institutions des Rentes et de Prévoyance, Union d'institutions de prévoyance régie par le Code de la sécurité sociale ; Siège social 17 rue de Marignan – CS 50 003 - 75008 Paris. <p>APICIL Prévoyance est habilité à gérer la garantie Rente éducation assurée par l'OCIRP.</p>
Souscripteur	<p>L'entreprise relevant de la Convention Collective nationale de la Métallurgie qui a conclu le <i>contrat d'assurance</i> avec l'<i>organisme assureur</i> au bénéfice des assurés.</p>
Catégorie assurée	<p>L'ensemble des salariés cadres et/ou non cadres sans condition d'ancienneté du <i>souscripteur</i> appartenant à la <i>catégorie assurée</i> définie au sein de la notice d'information, répondant aux conditions d'affiliation prévues à l'article 2.1.1. « Personnes assurables ».</p>
Assuré	<p>La personne physique, affiliée au contrat, sur la tête de laquelle repose le risque et appartenant à la <i>catégorie assurée</i>.</p>
Conjoint	<p>Le <i>conjoint</i> est au jour de l'événement ouvrant droit à prestations :</p> <ul style="list-style-type: none">▪ L'époux ou l'épouse de l'<i>assuré</i> non-séparé(e) de corps (séparation judiciaire ou amiable dès lors qu'elle est transcrite à l'état civil), ni divorcé(e),▪ ou à défaut, le partenaire lié par un pacs en vigueur dans les conditions fixées par les articles 515-1 et suivants du Code civil,▪ ou à défaut, la personne vivant en couple avec l'<i>assuré</i> au sens de l'article 515-8 du Code civil depuis au moins un an ou sans condition de durée lorsqu'au moins un enfant est né de cette union, sous réserve que l'<i>assuré</i> et son concubin soient libres de tout engagement (mariage ou PACS), et que le concubinage soit prouvé par tout moyen, notamment par un justificatif de domicile / quittance au nom des deux concubins.
Enfants à charge	<p>Ce sont les enfants de l'<i>assuré</i> et ceux de son <i>conjoint</i>, qu'ils soient reconnus, adoptés ou recueillis, dans la mesure où ils répondent, de façon cumulative, aux deux conditions suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none">1. d'une part :<ul style="list-style-type: none">▪ être âgés de moins de 18 ans,

- ou, être âgés d'au moins 18 ans et jusqu'à 25 ans révolus et remplissent l'une des conditions suivantes :
 - être sous contrat d'apprentissage,
 - suivre des études secondaires ou supérieures, ou en formation en alternance,
 - être inscrit à l'assurance chômage en qualité de primo-demandeur d'emploi. Les enfants ayant suivi une formation en alternance, et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo-demandeurs d'emploi,
 - ou, quel que soit leur âge, s'ils perçoivent une des allocations pour adultes handicapés,
 - les enfants nés viables dans les 300 jours suivant le décès de l'assuré.
2. D'autre part :
- vivre sous le même toit que l'assuré,
 - ou, sont fiscalement à charge de l'assuré soit au niveau du quotient familial, soit par la perception d'une pension alimentaire versée par l'assuré et déduite de ses revenus,
 - ou sont fiscalement à charge du conjoint de l'assuré.

Par ailleurs, sont également considérés comme enfants à charge :

- Les enfants recueillis, dont ceux de l'ex-conjoint éventuel, du conjoint, de l'assuré décédé, sont ceux qui ont vécu au foyer jusqu'au moment du décès de l'assuré et dont leur autre parent n'est pas tenu au versement d'une pension alimentaire.
- Les enfants de l'assuré et ceux de son conjoint, quel que soit leur âge, reconnus invalides de 2^{ème} et 3^{ème} catégorie par la Sécurité sociale.

Bénéficiaires	Les personnes mentionnées à chaque garantie pouvant recevoir des prestations.
L'accord de prévoyance	Titre XI Protection sociale complémentaire de la Convention collective nationale de la Métallurgie du 7 février 2022, et son annexe 9.
Contrat d'assurance	Le contrat d'assurance collectif à adhésion obligatoire du régime de prévoyance conventionnel souscrit, dont les dispositions contractuelles sont conformes à l'Accord de prévoyance.

Autres termes utilisés :

Accident	Toute atteinte à l'intégrité physique, non intentionnelle et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure à l'assuré. Ne sont pas considérés comme accidents, les dommages résultant d'un traitement médical ou chirurgical, ou de conséquences d'exams médicaux.
Acte authentique	Acte qui est obligatoirement signé par un officier public par exemple par un notaire.
Acte sous seing privé	Acte juridique rédigé par les parties à l'acte ou par un tiers dès lors que celui-ci n'agit pas en tant qu'officier public.

Déclaration sociale nominative (DSN)	La DSN est un fichier mensuel centralisé produit à partir de la paie et destiné à communiquer des informations nécessaires à la gestion de la protection sociale des salariés aux organismes et administrations concernées.
Maladie	Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.
Plafond annuel de la Sécurité sociale	Le plafond de la Sécurité sociale est un montant de référence, fixé par les pouvoirs publics et qui évolue chaque année au 1er janvier. Il est utilisé pour le calcul du montant des cotisations. Son évolution est consultable sur www.securite-sociale.fr
Portabilité	Dispositif qui permet le maintien des garanties prévoyance aux anciens salariés demandeurs d'emploi et <i>bénéficiaires</i> de ce dispositif en vertu de l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale pendant une certaine durée.
Procédures collectives	Procédures de sauvegarde, redressement et liquidation judiciaires telles que visées aux articles L621-1 et suivants, L631-1 et suivants, L641-1 et suivants du Code de commerce et consultables sur le site www.légifrance.fr
Salaire brut	Totalité de la rémunération annuelle brute déclarée à l'URSSAF et servant d'assiette au calcul de la cotisation à l'assurance maladie. En sont exclus : <ul style="list-style-type: none"> ▪ les primes et gratifications qui ne constituent pas un élément de salaire, ▪ les indemnités et rappels versés à l'occasion du départ de l'entreprise.
Salaire net	Salaire perçu au cours des 12 derniers mois : <ul style="list-style-type: none"> ▪ avant éventuelle imposition à la source, ▪ après reconstitution éventuelle des périodes de maladie, ▪ après déduction : <ul style="list-style-type: none"> - de la CSG, CRDS non déductible du revenu imposable - et de la part patronale des cotisations aux contrats prévoyance imposable.
Sécurité sociale (Régime obligatoire)	Régime général ou local de Sécurité sociale française dont dépendent les <i>bénéficiaires</i> .
Sinistre	Réalisation du risque.
Tranches de salaire 1 et 2	Le salaire brut est ventilé en tranches de salaire 1 et 2 : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tranche 1 (T1) : tranche de salaire limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale, ▪ Tranche 2 (T2) : tranche de salaire comprise entre une fois et huit fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.

Préambule

Votre entreprise relève de la Convention Collective Nationale de la Métallurgie.

Les partenaires sociaux de votre branche professionnelle ont instauré un régime conventionnel de prévoyance, au bénéfice de l'ensemble du personnel des entreprises relevant du champ d'application de la Convention collective.

Les partenaires sociaux ont décidé de labelliser une offre contractuelle de prévoyance collective, dédiée à l'ensemble du personnel de la branche de la Métallurgie et ce sans condition d'ancienneté, auprès d'APICIL Prévoyance, Malakoff Humanis Prévoyance, Mutex et l'OCIRP.

L'entreprise relevant de la Convention Collective Nationale de la Métallurgie, souscrit au contrat d'assurance à adhésion obligatoire mis en œuvre par les organismes assureurs définis au Lexique de la présente notice d'information.

Vous trouverez dans cette notice la présentation des garanties ainsi que les éléments vous permettant de mieux comprendre leurs modalités d'application.

Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez vous adresser à votre Direction des ressources humaines ou directement à votre centre de gestion.

TITRE 1. Dispositions relatives à la vie du contrat

Le contrat est un **contrat d'assurance collectif à adhésion obligatoire**, souscrit auprès de l'*organisme assureur*.

Seules les entreprises entrant dans le champ d'application de la Convention collective nationale de la Métallurgie peuvent souscrire le contrat.

Le contrat relève des branches d'activité 1 (Accidents), 2 (Maladie) et 20 (vie-décès).

1.1. Objet du contrat

Le contrat a pour objet d'accorder des garanties de prévoyance en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive toutes causes, incapacité temporaire de travail, invalidité / incapacité permanente, sans sélection médicale, aux salariés appartenant à la ou aux *catégories assurées* définie(s) au sein de la notice d'information.

1.2. Obligations liées à la territorialité

L'entreprise doit être domiciliée en France ou pour les entreprises dont le siège se situe à l'étranger l'établissement avec lequel le contrat est conclu doit être situé en France. En conséquence l'activité de l'entreprise souscriptrice est réputée s'exercer en France Métropolitaine.

■ Pour chaque assuré :

L'assuré bénéficie des garanties lorsqu'il exerce son activité :

- sur le territoire français
- ou
- hors de ce territoire :
 - lors de déplacements privés ou professionnels de moins de trois mois,
 - ou à l'occasion d'un détachement au sens des articles L.761-1 et 2 du Code de la sécurité sociale,

Les garanties décès, invalidité absolue et définitive ne sont pas accordées dans une zone, une région ou un pays formellement déconseillé ou déconseillé sauf raison impérative par le ministère des Affaires étrangères.

■ Déplacement et détachement

La mobilité des assurés à l'étranger : Les garanties sont acquises aux assurés exerçant leur activité sur le territoire français. Lors de déplacements privés ou professionnels de moins de trois mois ou à l'occasion du détachement d'un assuré hors du territoire français (sauf les pays formellement déconseillés par le ministère des Affaires étrangères), les garanties s'exercent.

Pour l'assuré déjà présent sur les lieux au moment de l'inscription dans la liste des pays/région et/ou zone « formellement déconseillés » ou « déconseillés sauf raison impérative », l'exclusion concernant les garanties décès toutes causes, invalidité absolue et définitive toutes causes et rente éducation, ne s'applique qu'après un délai de cinq jours après l'inscription dudit pays/région et/ou zone ;

Le souscripteur s'engage à déclarer à l'*organisme assureur*, au moins 15 jours avant le départ, tout projet de déplacement professionnel d'un ou de plusieurs assurés dans un pays en guerre civile ou étrangère ou tout pays figurant, à la date du départ, sur la liste des pays et régions déconseillés par le ministère français des Affaires étrangères (liste consultable sur le site internet de ce dernier).

L'*organisme assureur* se prononcera sur les conditions dans lesquelles les garanties souscrites peuvent être maintenues à ce ou ces assurés. À défaut de déclaration préalable et/ou d'acceptation de la part de l'*organisme assureur*, les sinistres affectant l'assuré qui se produiraient au cours ou suite à ce déplacement **l'organisme assureur se réserve le droit de réduire les prestations ou d'appliquer les sanctions prévues en cas de fausse déclaration.**

TITRE 2. Dispositions relatives à l'affiliation au contrat

2.1. Conditions et formalités d'affiliation

Les personnes assurables sont :

- la totalité des salariés du *souscripteur sans condition d'ancienneté*, qui appartiennent à la *catégorie assurée* définie dans les conditions particulières :
 - les salariés dont le contrat de travail est en vigueur,
 - en suspension de contrat de travail et qui bénéficient d'un maintien des garanties tel que prévue à l'article 4.1.
- les anciens salariés bénéficiant de la *portabilité* au titre d'un précédent contrat collectif à adhésion obligatoire jusqu'à expiration de leurs droits.

2.2. Prise d'effet de l'affiliation

L'affiliation prend effet sous réserve de la bonne réception de la liste nominative du personnel dûment complétée dans les délais prévus à l'article 2.1.2. « Formalités d'affiliation ».

2.2.1. A la souscription du contrat

L'affiliation des personnes assurables prend effet à la même date que le contrat.

2.2.2. En cours du contrat

L'affiliation des personnes assurables prend effet à la date d'entrée dans la *catégorie assurée* (embauche, promotion...).

2.3. Cessation de l'affiliation

L'affiliation au contrat prend fin pour chaque *assuré* dans les cas suivants :

- **en cas de non-paiement des cotisations,**
- **à la date à laquelle il cesse d'appartenir à la *catégorie assurée*,**
- **à la date de suspension du contrat de travail sauf dans les cas prévus à l'article 4.1. « En cas de suspension du contrat de travail »,**
- **à la date de cessation de son contrat de travail, quel qu'en soit le motif, sauf dans les cas prévus à l'article 4.2. « En cas de cessation du contrat de travail »,**
- **à la date de la liquidation normale ou anticipée de sa pension de retraite d'un régime obligatoire quel qu'en soit le motif, sauf cumul emploi retraite et retraite progressive tels que défini par la législation en vigueur,**
- **à la date de résiliation du contrat quel qu'en soit le motif,**
- **à la date du décès de l'*assuré*.**

TITRE 3. Dispositions relatives aux garanties

Les garanties souscrites et les montants des prestations figurent au tableau des garanties annexé à la présente notice d'information.

3.1. Objet des garanties

Les garanties ont pour objet le versement de prestations :

- en cas de décès ou de l'invalidité absolue et définitive (IAD) de l'*assuré*,
- en cas d'incapacité ou d'invalidité de ce dernier après indemnisation de la Sécurité sociale.

Les prestations sont versées selon les modalités fixées ci- après.

3.2. Prise d'effet et cessation des garanties

3.2.1.Prise d'effet des garanties

Les garanties prennent effet, pour chaque *assuré*, à la date d'effet de son affiliation au contrat.

3.2.2.Cessation des garanties

L'*assuré* ne bénéficie plus des garanties à la date de cessation de son affiliation.

3.3. Modifications des garanties en cours de contrat

Selon la situation des *assurés*, les modifications des garanties en cours de contrat s'appliquent comme indiqué dans le tableau ci-dessous :

Situation des <i>assurés</i>	Modification des garanties	Garanties applicables
Bénéficiaire de la <i>portabilité</i> et qui ne sont pas en arrêt de travail	Tout type de garanties	Les nouvelles garanties
En arrêt de travail pour <i>maladie</i> ou <i>accident</i> ; <i>assuré</i> figurant toujours aux effectifs et <i>assuré</i> dont le contrat de travail n'est plus en vigueur	Garantie incapacité temporaire de travail - invalidité permanente	Les garanties en vigueur à la date du <i>sinistre</i>
En arrêt de travail pour <i>maladie</i> ou <i>accident</i> ; <i>assuré</i> figurant toujours aux effectifs	Garanties décès et invalidité absolue et définitive	Les nouvelles garanties
En arrêt de travail pour <i>maladie</i> ou <i>accident</i> ; <i>assuré</i> dont le contrat de travail n'est plus en vigueur (hors <i>portabilité</i>)	Garanties décès et invalidité absolue et définitive	Les garanties en vigueur à la date de la cessation du contrat de travail ou de la fin de période de maintien de garanties au titre de la <i>portabilité</i>

3.4. Garanties décès et invalidité absolue et définitive

3.4.1. Garantie décès toutes causes

La garantie a pour objet de verser un capital au(x) *bénéficiaire(s)* tel(s) que défini(s) ci-après en cas de décès de l'*assuré* quelle qu'en soit la cause.

Le montant de ce capital décès est indiqué au tableau des garanties annexé à la présente notice d'information.

■ Désignation de bénéficiaires liée à la garantie capital décès

Si l'*assuré* ne communique pas à l'*organisme assureur* une désignation particulière de *bénéficiaire*, les capitaux décès, sont versés dans l'ordre de priorité suivant :

- au *conjoint* de l'*assuré* non séparé de corps (séparation judiciaire ou amiable dès lors qu'elle est transcrite à l'état civil),
- à défaut au partenaire lié à l'*assuré* par un pacte civil de solidarité,
- à défaut au concubin de l'*assuré*,
- à défaut, par parts égales entre eux, aux enfants de l'*assuré*, nés ou à naître, vivants ou représentés,
- à défaut, aux descendants de l'*assuré*,
- à défaut, par parts égales entre eux, aux ascendants directs de l'*assuré* et, en cas de décès de l'un d'eux, au survivant pour la totalité,
- à défaut, aux héritiers de l'*assuré* à proportion de leurs parts héréditaires.

L'*assuré* peut, par une **désignation particulière**, indiquer un ou plusieurs *bénéficiaires* de son choix. Cette désignation peut être effectuée à l'aide du formulaire de désignation que l'*organisme assureur* délivre à cet effet ou par un *acte sous seing privé* ou *authentique*. Il appartient à l'*assuré* de l'adresser à l'*organisme assureur* directement ou par l'intermédiaire du *souscripteur* ou de l'informer de l'existence de cette désignation particulière.

La désignation peut donner lieu à acceptation du *bénéficiaire*.

Cette acceptation prend la forme :

- d'un écrit signé par l'*assuré*, le *bénéficiaire* et l'*organisme assureur*.
- ou d'un *acte authentique* ou sous seing privé signé de l'*assuré* et du *bénéficiaire* et dans ce cas, elle n'a d'effet à l'égard de l'*organisme assureur* que lorsqu'elle est notifiée par écrit.

Une fois acceptée, la désignation devient irrévocable.

L'*assuré* ne pourra pas la modifier sauf :

- **accord du *bénéficiaire***
- **ou cas particuliers prévus par le Code des assurances et le Code civil.**

L'*assuré* doit informer l'*organisme assureur* de l'existence de cette désignation dans les plus brefs délais.

L'*organisme assureur* procède au versement des prestations en fonction des informations qui sont portées à sa connaissance lors de l'instruction du dossier.

Ce versement le libère de toute obligation dans le cas où une désignation particulière de *bénéficiaire(s)* lui serait notifiée ultérieurement.

L'*assuré* doit préciser les coordonnées du ou des *bénéficiaires* lorsque ceux-ci sont nommément désignés. Ces informations permettront de leur verser les prestations dues dans les meilleurs délais.

En cas de désignation particulière, **si à la date du décès de l'*assuré* :**

- tous les *bénéficiaires* désignés sont déjà décédés ou refusent le capital,
- ou lorsque le seul *bénéficiaire* est identifié par un lien familial (*conjoint*, pacsé, concubin) et que personne n'a cette qualité,

alors le capital est réintégré à l'actif successoral à date.

Il appartient à l'*assuré* selon sa volonté, d'anticiper cette situation. A cet effet, il doit mentionner sur sa désignation particulière, les *bénéficiaires* « par défaut » souhaités. Il lui est également recommandé d'indiquer à la fin de la désignation de *bénéficiaire* « à défaut mes héritiers ».

3.4.2. Garantie Invalidité absolue et définitive (IAD)

En cas d'Invalidité absolue et définitive (IAD) quel qu'en soit la cause de *l'assuré* reconnue par la Sécurité sociale selon les critères prévus par le Code de la sécurité sociale, **celui-ci peut recevoir par anticipation, et à sa demande**, le capital prévu en cas de décès toutes causes, sous les conditions cumulatives suivantes :

- *l'assuré* :
 - doit être reconnu par la Sécurité sociale en 3^{ème} catégorie des invalides (invalide incapable d'exercer une profession quelconque et dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer l'ensemble des actes ordinaires de la vie courante)
 - ou s'il se voit attribuer un taux d'incapacité permanente au titre d'un *accident* du travail ou d'une *maladie* professionnelle égal à 100% et qu'il est dans l'obligation de recourir à une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie courante,
- et *l'assuré* doit également :
 - percevoir de la Sécurité sociale une pension d'invalidité (3^e catégorie)
 - ou une rente d'incapacité au titre d'un *accident* du travail ou d'une *maladie* professionnelle de 100% majorée pour assistance d'une tierce personne.

L'état de santé de *l'assuré* doit avoir un caractère définitif et non susceptible d'amélioration.

Il est précisé que le médecin-conseil de l'organisme assureur n'est pas tenu par les décisions prises par la Sécurité sociale, et se réserve la possibilité de soumettre l'assuré à un contrôle médical dans les conditions prévues à l'article 3.7.4. « Contrôle médical ». En cas de contestation, l'assuré, peut, le cas échéant, mettre en œuvre la procédure d'arbitrage prévue à ce même article.

Le capital est exigible à la date reconnue par la Sécurité sociale comme début de l'invalidité absolue et définitive (IAD) de l'assuré.

Le versement du capital invalidité absolue et définitive (IAD) met fin à la garantie décès toutes causes de l'assuré.

3.4.3. Garantie rente d'éducation (assurée par l'OCIRP)

Cette garantie est assurée par l'OCIRP, Organisme Commun des Institutions de Rente et de Prévoyance, dont les *organismes assureurs* sont membres.

L'organisme assureur retenu a reçu mandat de l'OCIRP pour gérer la garantie assurée par cette Union (adhésion, gestion des cotisations et des prestations) conformément au règlement de délégation de représentation et de gestion de l'OCIRP.

L'OCIRP est seul responsable de la bonne fin des prestations vis-à-vis des assurés, des bénéficiaires et des ayants droit.

La garantie a pour objet de verser, à chaque enfant à charge, une rente d'éducation, en cas de décès de *l'assuré*.

La qualité *d'enfant à charge* tel que défini au lexique s'apprécie à la date de l'événement ouvrant droit à prestations.

Le montant de la rente est mentionné au tableau des garanties annexé à la présente notice d'information.

La rente est versée au représentant légal de l'enfant ou à l'enfant à charge, sur demande de ce dernier s'il a la capacité juridique.

Le bénéficiaire des prestations, ou son représentant légal, devra produire annuellement à *l'organisme assureur*, une déclaration sur l'honneur, avec la mention « non décédé » ou toute pièce justificative valant certificat de vie. De même, le bénéficiaire ou son représentant légal devra fournir tout justificatif de sa situation au regard des conditions fixées pour bénéficier des prestations.

À défaut de production de ces éléments, le versement des prestations en cours est suspendu.

Les prestations sont payées au plus tard dans un délai de trois mois après le dépôt du dossier (demande de liquidation de prestations accompagnée de l'ensemble des pièces justificatives) auprès de l'organisme assureur retenu.

La garantie prend effet au premier jour du mois civil suivant la date du décès de *l'assuré*.

En cas de disparition de *l'assuré*, le paiement des prestations interviendra après reconnaissance du décès par absence ou disparition, par le tribunal compétent.

La rente est versée mensuellement à terme échu.

Le montant des rentes est doublé lorsque l'enfant est, ou devient, orphelin des deux parents.

Les prestations cessent d'être dues à compter du premier jour du mois suivant la date à laquelle le bénéficiaire ne réunit plus les conditions d'âge et/ou de situations exigées lors de l'ouverture des droits, et en tout état de cause à la date de son décès.

Par dérogation, le versement des prestations peut être repris si l'enfant réunit de nouveau les conditions d'ouverture de droits. Cette disposition ne peut en tout état de cause s'appliquer qu'une seule fois.

Le montant varie en fonction de l'âge du *bénéficiaire*, la majoration intervient au premier jour du trimestre civil suivant l'anniversaire de l'enfant.

La rente éducation continue à être versée sans limitation de durée pour l'*enfant à charge* bénéficiaire d'une allocation pour adultes handicapés, ou reconnu en invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie par la Sécurité sociale, avant le terme de versement de la rente éducation.

3.5. **Garanties incapacité temporaire de travail – invalidité – incapacité permanente**

■ Définition des garanties

Les garanties incapacité temporaire de travail et invalidité – incapacité permanente ont pour objet d'indemniser les *assurés*, contraints par suite de *maladie* ou d'*accident*, d'interrompre partiellement ou totalement leur activité.

Ces garanties s'appliquent sous réserve des dispositions de l'article 3.7.4. « Contrôle médical » aux arrêts de travail :

- que la Sécurité sociale reconnaît,
- ouvrant droit aux prestations en espèces de la Sécurité sociale

Les assurés qui ne remplissent pas les conditions minimales de temps de travail telles que fixées à l'article R.313-3 du code de la Sécurité sociale bénéficient également de la garantie incapacité temporaire de travail.

Les prestations en espèces de la *sécurité sociale* s'entendent comme celles versées au titre de l'assurance maladie ou au titre de l'assurance des *accidents* du travail et des *maladies* professionnelles.

Ces garanties s'appliquent aux arrêts de travail, constatés médicalement et que la Sécurité sociale reconnaît, ouvrant droit aux prestations en espèces de la Sécurité sociale, au titre de l'assurance maladie ou au titre de l'assurance des accidents du travail et des maladies professionnelles, sous réserve des dispositions de l'article 3.7.4. « Contrôle médical ».

Pour les *assurés* qui ne remplissent pas les conditions minimales de temps de travail telles que fixées à l'article R.313-3 du code de la Sécurité sociale, la reconnaissance de ces arrêts de travail est effectuée par le médecin traitant ou le médecin conseil de l'organisme assureur.

La condition d'ouverture de droit aux prestations en espèces de la Sécurité sociale ne s'applique pas aux arrêts de travail des *assurés* qui ne remplissent pas les conditions minimales de temps de travail telles que fixées à l'article R.313-3 du code de la Sécurité sociale.

Les congés de maternité, de paternité ou d'adoption indemnisés par la Sécurité sociale n'entrent pas dans l'objet de la garantie.

3.5.1. Garantie incapacité temporaire de travail

■ Définition

Tout *assuré* cessant son travail par suite de *maladie* ou d'*accident* est considéré en incapacité temporaire de travail. Il doit en outre percevoir des indemnités de la Sécurité sociale au titre de l'assurance maladie ou au titre de l'assurance des *accidents* du travail et des *maladies* professionnelles pour pouvoir bénéficier d'indemnités journalières complémentaires exception faite des *assurés* qui ne remplissent pas les conditions minimales de temps de travail telles que fixées à l'article R.313-3 du code de la Sécurité sociale.

Pour ces assurés, la prestation est versée dès notification de l'arrêt de travail signé par le médecin traitant et réception de l'attestation de non prise en charge émanant de la Sécurité sociale. La poursuite du versement de la prestation dans le temps est décidée et contrôlée par le médecin conseil de l'organisme assureur.

Le montant des indemnités journalières mentionné au tableau des garanties annexé à la présente notice d'information est exprimé sous déduction des indemnités journalières brutes de prélèvements sociaux versées par la Sécurité sociale ou sous déduction des indemnités journalières brutes de la Sécurité sociale reconstituées de manière théorique pour les *assurés* qui ne remplissent pas les conditions minimales de temps de travail telles que fixées à l'article R.313-3 du code de la Sécurité sociale.

La garantie peut compléter le salaire partiel que l'employeur maintient dans le cadre de la convention collective.

Les assurés bénéficiant d'un temps partiel pour motif thérapeutique à la suite d'une maladie ou accident ou en travail aménagé ou à temps partiel à la suite d'un accident du travail ou une maladie professionnelle sont pris en charge sous réserve que pendant cette période l'*assuré* perçoive une rémunération de son activité réduite versée par son employeur et les Indemnités journalières versées par la Sécurité sociale. Dans ce cas, le montant des indemnités journalières complémentaires est exprimé sous déduction des indemnités journalières brutes de prélèvements sociaux versées par la Sécurité sociale, et du salaire brut versé par l'employeur à l'*assuré* au titre de son activité.

Les assurés bénéficiant d'une indemnité temporaire d'incapacité versée par la Sécurité sociale conformément aux articles L433-1 alinéa 5, et D433-2 à D433-8 du Code de la Sécurité sociale bénéficient de la garantie en cas d'incapacité temporaire de travail dans les mêmes conditions. Toutefois, pour le calcul de la prestation ainsi que pour la règle de cumul, l'indemnité temporaire d'incapacité servie par la Sécurité sociale se substitue à l'indemnité journalière de la Sécurité sociale.

Tant que le contrat de travail est en vigueur, les prestations sont versées à l'employeur et deviennent un élément de salaire, l'*organisme assureur* étant ainsi valablement libéré de ses obligations envers l'*assuré*.

Après rupture ou cessation du contrat de travail, le montant des prestations mentionné au tableau des garanties annexé à la présente notice d'information est versé directement à l'*assuré* et fera l'objet des Prélèvements sociaux (CSG, CRDS...) et impôt à la source.

■ Paiement et durée des prestations

Les indemnités journalières sont versées sur présentation des justificatifs mentionnés au titre 8 « Pièces justificatives ».

Le versement des indemnités journalières complémentaires débute :

- soit pour les *assurés* ayant moins de 12 mois d'ancienneté à l'issue d'une période d'incapacité temporaire de travail dénommée franchise continue, correspondant à un nombre de jours consécutifs d'arrêt de travail. Le délai de franchise est précisé au tableau des garanties annexé à la présente notice d'information.
- soit pour les assurés ayant au moins 12 mois d'ancienneté, en complément et/ou en relais des obligations de maintien de salaire total ou partiel de l'employeur prévues dans la convention collective nationale de la Métallurgie applicable à l'employeur.

■ Reprise du travail pour motif thérapeutique

Consécutivement à une période d'incapacité totale, les prestations sont versées sous réserve que les indemnités journalières de la Sécurité sociale continuent à être versées **dans la limite fixée à l'article 3.7.5. « Règle de cumul »**.

■ Rechute

La rechute est constatée si l'*assuré* reprend son activité après une période d'arrêt de travail indemnisée par l'*organisme assureur* et qu'il doit l'interrompre à nouveau pour la même cause médicale moins de deux mois après la reprise du travail et dès lors que la rechute est constatée par la Sécurité sociale ou qu'elle correspond à une maladie entrant dans la catégorie des affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse (articles L 160-14, 3°, 4° et L 160-15 du Code de la Sécurité sociale).

Dans ce cas et si les prestations de la Sécurité sociale sont versées, l'*organisme assureur* n'appliquera pas de nouvelle période de franchise.

Pour les assurés qui ne remplissent pas les conditions minimales de temps de travail telles que fixées à l'article R.313-3 du code de la Sécurité sociale, la rechute est constatée par le médecin conseil de l'*organisme assureur*.

La garantie en vigueur à la date du premier arrêt de travail est retenu pour le calcul des prestations.

■ Cessation du versement des prestations

Dès que l'une des situations suivantes se produit, les indemnités journalières cessent d'être versées :

- à la date à laquelle prennent fin les indemnités journalières servies par la Sécurité sociale (ou de l'indemnité temporaire d'incapacité) y compris en cas de suspension,
- pour les assurés qui ne remplissent pas les conditions minimales de temps de travail telles que fixées à l'article R.313-3 du code de la sécurité sociale à la date à laquelle le médecin conseil de l'organisme assureur retenu décide de leur cessation,
- le jour de la reprise du travail de l'assuré sauf en cas de reprise du travail pour motif thérapeutique (temps partiel ou en travail aménagé),
- en cas de contrôle médical, à la date à laquelle l'assuré ne justifie plus d'une incapacité au sens du contrat,
- en tout état de cause au 1095^{ème} jour d'arrêt de travail sauf si les indemnités versées par la Sécurité sociale au titre de l'assurance maladie ou au titre de l'assurance des accidents du travail et des maladies professionnelles perdurent, ou sauf prolongation en cas de reprise du travail pour motif thérapeutique (temps partiel ou en travail aménagé), dans la limite d'un an,
- à la date de la reconnaissance de l'invalidité ou de l'incapacité permanente de l'assuré,
- à la date du refus de l'assuré de se soumettre au contrôle médical demandé par l'organisme assureur conformément à l'article 3.7.4. « Contrôle médical » sauf cas fortuit et de force majeure,
- et en tout état de cause à compter de la date d'effet d'une pension de retraite servie par un régime obligatoire, ou pour l'assuré en situation de cumul emploi-retraite et retraite progressive telle que définie par les textes en vigueur, de la date à laquelle cesse définitivement son activité salariée,
- en tout état de cause au décès de l'assuré.

3.5.2. Garantie invalidité ou incapacité permanente

■ Définition

Une rente d'invalidité peut être attribuée à tout assuré dès lors qu'il n'a pas atteint l'âge légal de la retraite (sauf poursuite d'une activité partielle salariée).

L'assuré est considéré en invalidité permanente partielle ou totale lorsque, par suite d'accident ou de maladie, il est atteint d'une invalidité, et reconnue par la Sécurité sociale, réduisant partiellement ou totalement sa capacité à exercer une activité professionnelle, et qui :

- soit, est reconnu par la Sécurité sociale, dans l'une des trois catégories d'invalidité, selon les critères définis par le Code de la Sécurité sociale, telles que rappelées ci-dessous :
 - Invalidité de 1^{re} catégorie : Invalides capables d'exercer une activité rémunérée,
 - Invalidité de 2^e catégorie : Invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque,
 - Invalidité de 3^e catégorie : Invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession, sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie,

et bénéficiant par ailleurs d'une pension de 1^e, 2^e ou 3^e catégorie par la Sécurité sociale ;

- soit, est reconnu invalide par la Sécurité sociale, à la suite d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle, sous réserve que le taux d'incapacité fonctionnelle soit au moins égal à 33%, selon les critères retenus par le Code de la sécurité sociale.

L'assuré doit également percevoir, au titre de son incapacité permanente, une rente versée par la Sécurité sociale.

L'incapacité permanente résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle (ATMP) correspondant à un taux d'incapacité égal ou supérieur à 66% est assimilée à une invalidité permanente de 2^{ème} catégorie de la Sécurité sociale. La perception d'une allocation de tierce personne de la Sécurité sociale entraîne l'assimilation à une invalidité permanente de 3^{ème} catégorie de la Sécurité sociale.

Aucune prestation n'est due par l'organisme assureur si le taux d'incapacité est, ou devient inférieur à 33%.

Il est précisé que le médecin conseil de l'organisme assureur n'est pas tenu par les décisions prises par la Sécurité sociale et peut soumettre l'assuré à un contrôle médical dans les conditions prévues au contrat. En cas de contestation, l'assuré peut, le cas échéant, mettre en œuvre la procédure d'arbitrage prévue à ce même article.

■ Paiement et durée des prestations

Le montant de la rente d'invalidité est fixé en pourcentage de la base de calcul des prestations sous déduction de la pension d'invalidité brute de prélèvements sociaux versée par la Sécurité sociale. Ces dispositions sont précisées au tableau des garanties annexé à la présente notice d'information.

Les rentes complémentaires d'invalidité sont versées à l'*assuré* mensuellement à terme échu. Le premier et le dernier paiement peuvent ne représenter qu'un prorata de rente.

■ Cessation du versement des prestations

Dès que l'une des situations suivantes se produit, les rentes d'invalidité cessent d'être versées :

- à la date à laquelle l'*assuré* cesse de percevoir par la Sécurité sociale une pension d'invalidité ou une rente d'incapacité au titre d'un *accident* du travail ou d'une *maladie* professionnelle,
- à la date à laquelle il ne justifie plus d'un état d'invalidité ou d'incapacité permanente au sens du contrat,
- à la date de son refus de se soumettre au contrôle médical demandé par l'*organisme assureur* conformément à l'article 3.7.4. « Contrôle médical » sauf cas fortuit et de force majeure,
- à compter de la date d'effet d'une pension de retraite servie par la Sécurité Sociale,
- à la fin du trimestre au cours duquel l'*assuré* atteint l'âge pour obtenir sa retraite à taux plein du régime obligatoire (sauf en cas de poursuite d'une activité partielle salariée dès lors que la condition de versement des rentes d'invalidité du régime obligatoire continue d'être remplie),
- en tout état de cause au décès de l'*assuré*.

3.6. Exclusions

Sont exclus des garanties, les sinistres résultants des faits suivants :	GARANTIES	
	Décès ⁽¹⁾	Incapacité temporaire de travail – invalidité – incapacité permanente
<ul style="list-style-type: none"> de la guerre étrangère ou de la guerre civile (que la guerre soit déclarée ou non) mettant en cause l'Etat français; 	●	
<ul style="list-style-type: none"> d'attentats, d'actes de terrorisme ou de sabotages quel que soit le lieu où se déroulent les faits et quels qu'en soient les protagonistes dès lors que l'assuré y prend une part active sauf accomplissement du devoir professionnel, légitime défense ou assistance à personne en danger; 	●	
<ul style="list-style-type: none"> les risques résultant de la fission ou fusion nucléaire, ou de la radioactivité sauf exposition à ce risque pour des raisons professionnelles ; 	●	●
<ul style="list-style-type: none"> tout déplacement ou séjour dans une zone relevant d'une classification formellement déconseillé ou déconseillé sauf raison professionnelles telle que publiée sur le site du ministère des Affaires étrangères français, sauf accord exprès de l'organisme assureur sur la base des déclarations du souscripteur dans les conditions exposées à l'article 1.2. « Obligations liées à la territorialité » ; <p>Pour l'assuré déjà présent sur les lieux au moment de l'inscription dans la liste des pays/région et/ou zone « formellement déconseillés » ou « déconseillés sauf raison impérative », l'exclusion ne s'applique qu'après un délai de cinq jours après l'inscription dudit pays/région et/ou zone ;</p>	●	
<ul style="list-style-type: none"> de faits intentionnels provoqués par l'assuré (hors suicide) ; 		●
<ul style="list-style-type: none"> Le bénéficiaire a commis ou fait commettre un meurtre sur la personne du participant et a été condamné pour ces faits par décision devenue définitive 	●	
<ul style="list-style-type: none"> les conséquences d'une grossesse non pathologique. 		●

(1) Décès = Garanties décès toutes causes, Invalidité absolue et définitive toutes causes, rente d'éducation.

3.7. Prestations

3.7.1. Base de calcul des prestations

La base de calcul des prestations sert à déterminer le montant des prestations versées par l'organisme assureur.

Elle est identique à la base de calcul des cotisations et correspond au *salaire brut* annuel de l'assuré des douze mois civils ayant précédé l'évènement ouvrant droit à la prestation (dite période de référence).

Elle est limitée aux tranches de salaires 1 et 2 tels que définies au lexique.

En tout état de cause, la base de calcul des prestations au titre de la garantie Rente éducation est au moins égal au Plafond annuel de la Sécurité sociale.

Si la période de référence est inférieure à douze mois, la base de calcul des prestations est rétablie sur une base annuelle.

Si pendant la période de référence l'assuré a perçu un revenu de remplacement et bénéficie du maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail visé à l'article 4.1 de la présente notice d'information :

- Pour la garantie Incapacité temporaire de travail, la base de calcul des prestations intègre les revenus de remplacement versés par l'employeur durant la période de maintien des garanties. Ces revenus de remplacement s'entendent bruts de cotisations et contributions de Sécurité sociale.
- Pour la garantie Décès/ Invalidité absolue et définitive, la garantie Rente éducation et la garantie Invalidité / Incapacité permanente, la base de calcul correspond au *salaire brut* annuel de l'assuré des douze mois civils ayant précédé la suspension du contrat de travail.

Si la durée de travail de l'assuré évolue au cours de la période de référence (exemple passage d'un temps plein à un temps partiel), la base de calcul des prestations est rétablie sur une base annuelle correspondant au contrat de travail en vigueur à la date ouvrant droit à prestation.

Pour les assurés bénéficiant d'une rente d'invalidité au titre du contrat et reprenant une activité à temps partiel, il est appliqué à la base de calcul initialement retenue de la rente d'invalidité la nouvelle quotité de temps travaillé éventuellement revalorisée.

La période de référence correspond aux douze mois précédant la suspension ou la cessation du contrat de travail pour :

- les assurés bénéficiant de la *portabilité*,
- les assurés dont le contrat de travail est suspendu en période de réserves militaires ou policières
- les assurés dont le contrat de travail est suspendu sans maintien de rémunération ayant demandé le maintien des garanties décès.

Au titre de la garantie incapacité temporaire de travail, la base de calcul de la prestation journalière est celle définie ci-avant divisée par 365.

3.7.2. Règlement des prestations

Le règlement des prestations est effectué conformément aux dispositions prévues au sein de la présente notice d'information.

Lorsque les prestations sont liées à la situation de famille de l'assuré, les personnes suivantes sont retenues pour le calcul des prestations :

- Le *conjoint*, à défaut le partenaire lié par un pacte civil de solidarité (pacs) et à défaut le concubin au jour de l'évènement ouvrant droit à prestations,
- Les *enfants à charge* au jour de l'évènement ouvrant droit à prestations.

3.7.3. Modalités d'ouverture du droit à prestation et délai de transmission des pièces justificatives

Tout *sinistre* ouvrant droit à garantie doit être déclaré selon les modalités prévues à cet effet.

Le versement des prestations est conditionné à la réception préalable par l'assureur de toutes les pièces justificatives.

Ainsi, l'*organisme assureur* effectue le paiement des prestations à compter de la réception de l'ensemble des pièces déclaratives énumérées au titre 8 Pièces justificatives.

L'*organisme assureur* peut vérifier l'exactitude des informations communiquées et réclamer le cas échéant les informations complémentaires qu'il jugera nécessaires.

Sauf cas fortuit ou de force majeure, l'ensemble des pièces déclaratives doit parvenir à l'*organisme assureur* dans les **trente jours** :

- **qui suivent la période de franchise pour la garantie incapacité temporaire de travail,**
- qui suivent la réalisation de l'évènement ouvrant droit à prestation pour les autres garanties.

La transmission hors délais des pièces déclaratives peut constituer un préjudice certain à l'*organisme assureur*.

Dans ce cas ce dernier retiendra sans contrevenir aux dispositions relatives à la prescription, la date de réception desdites pièces déclaratives comme point de départ du paiement des prestations.

■ Cas spécifique de la garantie incapacité temporaire

A la demande de l'*organisme assureur*, en cas d'arrêt de travail de plus de trente jours et après la période de franchise, un **certificat médical d'incapacité de travail (CMIT fourni par l'*organisme assureur*)**, ou toute autre pièce médicale pouvant valablement s'y substituer doit être envoyé par l'*assuré*.

Ce certificat médical doit être rempli par le médecin traitant de l'*assuré* ou tout autre médecin de son choix **et retourné dans un délai de trente jours** sous pli confidentiel avec la mention « secret médical » au médecin conseil de l'*organisme assureur*.

Dans l'attente de la réception de ce document, les prestations dues – éventuellement en cours – feront l'objet d'une suspension et seront réglées rétroactivement après avis favorable de prise en charge par le médecin conseil.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part de l'*assuré* ou du *souscripteur* entraînera la nullité de l'assurance et la déchéance de tous droits aux prestations.

3.7.4. Contrôle médical

L'*organisme assureur* peut procéder via un médecin désigné par lui, au contrôle médical de l'*assuré* afin de bénéficier des prestations prévues au contrat ou de poursuivre leurs effets, lorsque les prestations sont liées à l'état de santé.

Les médecins missionnés par l'*organisme assureur* doivent pouvoir constater l'état de santé de l'*assuré* à toute période.

Sous peine de déchéance de garantie, les médecins doivent donc avoir un libre accès :

- au lieu de traitement,
- ou tous les jours ouvrables, au domicile,

de l'*assuré* en état d'incapacité ou d'invalidité.

De même, l'*assuré* doit se rendre aux convocations des médecins missionnés par l'*organisme assureur*.

Si l'*assuré* refuse ce contrôle médical, les garanties et les prestations sont interrompues après information de l'*assuré* et du *souscripteur*. Lors du contrôle médical, l'*assuré* a la faculté de se faire assister par un médecin de son choix ou tout autre représentant.

L'*organisme assureur* se réserve la possibilité, sur la base des conclusions du contrôle médical, de modifier ou d'interrompre le service des prestations concernées.

Préalablement à toute modification ou interruption, l'*organisme assureur* notifie par lettre recommandée à l'*assuré* et au *souscripteur* les résultats du contrôle médical et les conséquences sur le service des prestations concernées.

En cas de contestation, l'*assuré* notifie par lettre recommandée dans un délai de dix jours à compter de la réception du courrier de l'*organisme assureur* (cachet de la poste faisant foi) :

- Soit, sa volonté de procéder à un arbitrage médical dans le cadre d'un protocole arbitral :
 - l'*assuré* peut mentionner dans son courrier le nom du médecin ou tout représentant qui l'assistera dans le cadre de ce nouveau contrôle.
 - l'*assuré*, ou tout représentant ou le cas échéant, le médecin de l'*assuré* et celui choisi par l'*organisme assureur*, nommeront un médecin agissant en qualité d'arbitre, dans le cadre d'un protocole signé par l'*organisme assureur* et l'*assuré*.
 - Faute d'entente sur ce choix, la désignation pourra être faite à la demande de la partie la plus diligente par le Président du tribunal compétent du domicile de l'*assuré*.
 - Chaque partie finance les frais et les honoraires de son médecin. Les honoraires du médecin-arbitre et les frais de sa nomination, s'il y a lieu, seront supportés par moitié par chacune des parties, qui se seront engagées par avance à s'en remettre aux conclusions du médecin-arbitre.
- Soit, sa volonté de porter sa contestation devant le tribunal compétent, en vue d'obtenir, à ses frais avancés, la désignation d'un expert judiciaire.

3.7.5. Règle de cumul

Les prestations versées par l'*organisme assureur* au titre des garanties incapacité temporaire ou invalidité et incapacité permanente ont pour objet de couvrir tout ou partie de la perte de salaire subie par l'*assuré*. Elles ont donc un caractère indemnitaire.

Au titre de la règle de cumul, chacun des éléments ci-dessous est retenu pour son montant net de prélèvements sociaux quel que soit le destinataire du paiement.

De ce fait, le cumul des éléments versés :

- Par l'*organisme assureur*,
- Par la Sécurité sociale (**à l'exclusion de la majoration pour tierce personne ou de la prestation complémentaire pour recours à une tierce personne**),
- Par tout autre organisme,
- Le cas échéant, par Pôle Emploi,
- ainsi que les éventuels salaires versés par le *souscripteur* ou par un autre employeur en cas de reprise d'une activité rémunérée,

ne peut excéder le salaire net (communiqué à l'*organisme assureur* en même temps que la déclaration d'arrêt de travail) **de l'assuré déterminé à la date de l'arrêt de travail et qui peut être éventuellement revalorisé dans les conditions prévues au contrat.**

En cas de cumul d'une pension d'invalidité ou d'incapacité permanente et d'une activité exercée à temps partiel, le montant de la prestation complémentaire invalidité ou incapacité permanente n'est pas affecté par une revalorisation salariale, sous réserve que la quotité de temps de travail reste inchangée. Il en va de même du droit à revalorisation annuelle. Ainsi, le salaire perçu par l'assuré, à déduire de la prestation complémentaire ne comprend pas les revalorisations salariales et/ou annuelles, à condition que la quotité du temps de travail de l'assuré soit inchangée.

Le cas échéant, les prestations versées par l'organisme assureur sont réduites d'autant.

Par ailleurs, le montant des prestations versées au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ne peut excéder celui qui serait versé en cas de maladie ou d'accident de la vie privée.

Les indemnités journalières versées par la Sécurité sociale peuvent être réduites ou suspendues du fait du paiement d'une rente accident du travail ou maladie professionnelle ou dans le cadre de sa politique de contrôle des arrêts de travail et de lutte contre les déclarations tardives. Dans ce cas, les indemnités journalières complémentaires versées par l'organisme assureur ne compenseront pas cette minoration.

3.7.6. Revalorisation

■ Revalorisation des prestations décès

À compter de la date du décès et jusqu'à la date de réception des pièces nécessaires au paiement de la prestation et définie au titre 8 « Pièces justificatives », la prestation, qu'elle soit versée sous forme de capital ou de rente, est revalorisée dans les conditions prévues à l'article R.132-3-1 du Code des assurances (loi Eckert).

■ Revalorisation des prestations en cours de service

Les prestations de base sont revalorisées au 1er janvier de chaque année en fonction de l'évolution de l'indice comprise entre zéro et l'évolution de la valeur de service du point du régime AGIRC-ARRCO, en fonction des résultats techniques et financiers du régime (c'est-à-dire pour l'ensemble des contrats souscrits).

Sont concernées :

- Les indemnités journalières
- La rente d'invalidité.

Cet indice est fixé en concertation avec les partenaires sociaux et les *organismes assureurs*.

La revalorisation est payable en même temps que la prestation de base à chaque échéance.

Concernant les rentes éducation, celles-ci sont revalorisées annuellement selon les coefficients fixés par le Conseil d'Administration de l'OCIRP.

■ Revalorisation de la base des prestations

En cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive à la suite d'un arrêt de travail survenu plus d'un an après la date de l'arrêt de travail, la rémunération de base est revalorisée en fonction de l'évolution de l'indice comprise entre zéro et l'évolution de la valeur de service du point du régime AGIRC-ARRCO, en fonction des résultats techniques et financiers du régime (c'est-à-dire pour l'ensemble des contrats souscrits), constaté entre :

- la date du décès ou à la date de l'exigibilité du capital en cas de l'invalidité absolue et définitive, et
- la date d'arrêt de travail.

La base de calcul de la rente éducation est revalorisée selon un indice fixé annuellement par le Conseil d'administration de l'OCIRP, et tenant compte notamment de l'inflation.

En cas d'invalidité ou d'incapacité permanente reconnue plus d'un an après la date de l'arrêt de travail, la rémunération de base est revalorisée en fonction de l'évolution de l'indice comprise entre zéro et l'évolution de la valeur de service du point du régime AGIRC-ARRCO, en fonction des résultats techniques et financiers du régime (c'est-à-dire pour l'ensemble des contrats souscrits), constaté entre :

- la date de l'invalidité ou de l'incapacité permanente, et
- la date d'arrêt de travail.

3.7.7. Prélèvements sociaux et impôt à la source

Si les garanties ouvrant droit au versement d'une prestation sous forme de rente ou d'indemnité journalière sont souscrites, l'*organisme assureur* verse les prestations aux *bénéficiaires* après déduction des prélèvements (C.S.G – C.R.D.S. – CASA - Impôt à la source...) éventuellement applicables dont l'*organisme assureur* a la charge du précompte et selon les taux en vigueur lors du versement.

Cette disposition ne s'applique pas aux indemnités journalières lorsqu'elles sont versées au *souscripteur* (contrat de travail de l'*assuré* en vigueur).

3.8. Degré élevé de solidarité

La Convention Collective Nationale de la Métallurgie a instauré un fonds de solidarité permettant notamment la mise en œuvre de garanties collectives présentant un haut degré de solidarité et comprenant, à ce titre, des prestations à caractère non directement contributif.

Dans le cadre de ses missions, la Commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation (CPPNI) détermine les orientations des actions de prévention ainsi que les modalités d'attribution des prestations d'action sociale mises en œuvre par le fonds de solidarité, ceci dans la limite des fonds alloués à leur financement.

Le financement des prestations servies par le fonds de solidarité est fixé, conformément aux dispositions conventionnelles, à 2 % des cotisations hors taxes encaissées au titre du contrat du régime conventionnel.

TITRE 4. Maintien des garanties

4.1. En cas de suspension du contrat de travail

4.1.1.Suspension du contrat de travail rémunéré

Les garanties continuent à s'appliquer aux assurés dont le contrat de travail est suspendu, s'ils sont :

- *bénéficiaires* d'un maintien total ou partiel de salaire ou d'un revenu de remplacement (activité partielle, reclassement, mobilité ...) versé par le *souscripteur*,
- ou
- en arrêt de travail, indemnisés à ce titre par le régime complémentaire de prévoyance au titre de la garantie incapacité temporaire.

Tant que les assurés remplissent les conditions ci-avant, les garanties sont maintenues moyennant le paiement des cotisations dans les mêmes conditions que les assurés en activité.

Les évolutions de garanties sont applicables durant ce maintien de garanties.

4.1.2.Suspension du contrat de travail en période de réserves militaires ou policières

Les garanties continuent à s'appliquer aux assurés dont le contrat de travail est suspendu pour effectuer une période de réserve militaire ou policière moyennant le paiement des cotisations dans les mêmes conditions que les *assurés* en activité.

4.1.3.Suspension du contrat de travail non rémunéré

En cas de suspension du contrat de travail non visée aux articles 4.1.1. et 4.1.2., les garanties sont suspendues.

Toutefois, pendant la période de suspension du contrat de travail non indemnisée, les garanties sont maintenues pendant le mois au cours duquel intervient cette suspension et le mois civil suivant, dès lors que le paiement de la cotisation a été effectué pour le mois en cours. De fait, aucune cotisation n'est due pour le mois civil suivant.

Par ailleurs, au-delà de cette période, les *assurés* peuvent continuer à bénéficier **des garanties décès** lorsque leur contrat de travail est suspendu, sans maintien de rémunération notamment pour :

- congé parental d'éducation,
- congé de formation,
- congé de présence parentale,
- congé de solidarité familiale,
- congé sabbatique,
- création d'entreprise,

et tout autre congé considéré par la législation en vigueur comme un cas de suspension du contrat de travail ne donnant lieu à aucune indemnisation, telle que décrite ci-dessus.

Le *souscripteur* doit informer l'*organisme assureur* de la suspension du contrat de travail au moins trente jours avant sa date d'effet.

Par ailleurs, l'*assuré* doit demander à l'*organisme assureur* le maintien des garanties du contrat, moyennant le paiement des cotisations correspondant aux garanties maintenues (part salariale et part patronale) à sa charge exclusive

En cas de non-paiement d'une cotisation au terme du délai de quinze jours de son échéance, l'*organisme assureur* adresse une lettre recommandée de mise en demeure avec avis de réception à l'*assuré*.

Si le paiement n'intervient pas, l'affiliation de l'*assuré* cesse quarante jours après l'envoi de la mise en demeure à l'*assuré* jusqu'au terme de la suspension de son contrat de travail.

Dans tous les cas, les cotisations dues au titre de la période antérieure à la date de cessation de l'affiliation des *assurés* restent à payer. L'*organisme assureur* a la faculté d'en poursuivre le recouvrement par tous moyens de droit.

4.2. En cas de cessation du contrat de travail (*portabilité*)

En cas de cessation du contrat de travail ouvrant droit à indemnisation par le régime d'assurance chômage, non consécutive à une faute lourde, l'assuré dont les droits à garanties ont été ouverts chez le souscripteur avant la cessation du contrat de travail bénéficie du maintien des garanties (*portabilité*).

Ce maintien des garanties est financé par un système de mutualisation, intégré aux cotisations du contrat. A ce titre, les anciens salariés bénéficiaires du dispositif n'auront aucune cotisation à acquitter.

Le souscripteur doit en aviser l'organisme assureur dans un délai de trente jours suivant la cessation du contrat de travail.

Le maintien des garanties prend effet au lendemain de la date de cessation du contrat de travail.

Il dure tant que l'indemnisation chômage est versée, et dans la limite de la durée :

- du dernier contrat de travail de l'ancien salarié, ou le cas échéant,
- des derniers contrats de travail consécutifs chez le souscripteur.

Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, **sans pouvoir excéder douze mois.**

Les prestations sont versées directement à l'assuré.

L'assuré doit justifier auprès de l'organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions énoncées ci-dessus et notamment de son indemnisation par le régime d'assurance chômage.

Il s'engage à cet égard à informer l'organisme assureur de toute modification de sa situation et notamment de la reprise d'une activité professionnelle et/ou de la cessation d'indemnisation par l'assurance chômage.

En cas de sinistre, l'ancien salarié ou le bénéficiaire devra compléter la demande de prestation et l'adresser à l'organisme assureur, accompagnée des pièces justificatives prévues au sein de la présente notice d'information, de l'attestation d'indemnisation par le régime d'assurance chômage, de la copie du certificat de travail et de l'attestation d'employeur destinée au régime d'assurance chômage.

Afin d'assurer le maintien des garanties lors du calcul des prestations dues au titre de la portabilité et de la franchise, les obligations de maintien de salaire à la charge exclusive de l'employeur sont reconstituées sur la base de ce que l'ancien salarié aurait perçu s'il était resté en activité. Les prestations et la franchise ainsi reconstituées viennent en déduction des prestations servies par le contrat au titre de la portabilité.

Le maintien des garanties cesse à la date de :

- **la cessation du versement des allocations chômage par Pôle Emploi quelle qu'en soit la cause,**
- **la liquidation de la pension de vieillesse du régime obligatoire de l'ancien salarié,**
- **la cessation de la durée de maintien à laquelle l'ancien salarié a droit,**
- **la résiliation du contrat**
- **à la date du décès de l'assuré.**

Toute suspension des allocations chômage pour cause de *maladie* ou pour tout autre motif n'a pas pour effet de prolonger d'autant la période de maintien des garanties.

Le maintien des garanties ne peut conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités (régime obligatoire compris) d'un montant supérieur à celui des allocations chômage perçues au titre de la même période.

En cas de modifications du *contrat d'assurance*, celles-ci sont appliquées à l'ancien salarié.

TITRE 5. Effet de la résiliation sur les garanties et les prestations

La résiliation du contrat met fin aux garanties pour tous les *assurés* sous réserve des dispositions ci-après.

Le *souscripteur* est débiteur de l'ensemble des cotisations dues avant la date d'effet de la résiliation du contrat.

Quelle que soit l'origine et la cause de la résiliation, le *souscripteur* doit en informer l'ensemble des *assurés*.

5.1. Assurés en activité et ceux bénéficiant de la *portabilité* (article 5 « Loi Evin »)

Les *assurés* concernés peuvent demander à l'*organisme assureur* dans les six mois qui suivent la date d'effet de la résiliation du contrat à bénéficier de garanties à titre individuel. Ce maintien est accordé moyennant le paiement de cotisations spécifiques et sans sélection médicale ni délai d'attente.

5.2. Prestations en cours de service

Les prestations incapacité temporaire de travail – invalidité – incapacité permanente et rente d'éducation, en cours de service, continuent à être versées à leur niveau atteint à la date de la résiliation dans les conditions prévues par le contrat.

On entend par prestations au niveau atteint, le cumul de la prestation de base et des revalorisations intervenues jusqu'à la date de résiliation du contrat.

5.3. Garanties décès (art 7.1. « Loi Evin »)

Les garanties décès sont maintenues aux *assurés* se trouvant à la date de résiliation du contrat en incapacité de travail ou en invalidité – incapacité permanente.

Le maintien de ces garanties porte sur la base de calcul des prestations, revalorisée conformément au contrat (article 3.7.6) jusqu'à la date de résiliation du contrat.

Ce maintien de garantie cesse dès que les prestations incapacité temporaire de travail ou invalidité – incapacité permanente cessent elles-mêmes.

5.4. Cessation des revalorisations en cas de résiliation

En cas de changement d'assureur :

Le nouvel *organisme assureur* :

- prendra en charge la revalorisation des prestations en cours de service au titre de l'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité – incapacité permanente ainsi que celle des rentes d'éducation, au-delà du niveau atteint au jour de la résiliation chez le précédent organisme assureur.
- revalorisera les bases de calcul des différentes prestations relatives à la couverture du risque décès.

En l'absence d'un nouvel assureur :

La revalorisation des prestations en cours de service (article 5.2) et de la base de calcul des prestations maintenues en cas de décès (article 5.3), continue d'être effectuée dans les conditions et modalités prévues au contrat.

5.5. Obligations du *souscripteur* du fait de la résiliation

En cas de changement d'*organisme assureur*, il incombe au *souscripteur* de s'assurer que :

- les prestations d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité – incapacité permanente ainsi que les rentes d'éducation en cours de service,
- les bases de calcul des différentes prestations relatives à la couverture du risque décès,

seront revalorisées par le nouvel *organisme assureur* au-delà du niveau atteint au jour de la résiliation.

Il lui appartient également de s'assurer que le nouvel organisme prendra en charge le maintien des garanties à ses anciens salariés bénéficiant de la *portabilité* pour la période de droits restant à couvrir.

6.1. Assiette et montant

6.1.1. Base de calcul des cotisations

La base de calcul des cotisations permet de définir le montant des cotisations que le *souscripteur* verse à l'*organisme assureur*. Elle correspond au *salaire brut* annuel de l'*assuré* dans la limite des *tranches de salaire*.

Pour les salariés ayant perçu un revenu de remplacement versé par le souscripteur et bénéficiant d'un maintien de garanties en cas de suspension du contrat de travail visé à l'article 4.1 de la présente notice d'information :

- la base de calcul des cotisations de la garantie Incapacité temporaire de travail, intègrent les revenus de remplacement versés par l'employeur durant la période de maintien des garanties. Ces revenus de remplacement s'entendent bruts de cotisations et contributions de Sécurité sociale.
- la base de calcul des cotisations des garanties Décès/ Invalidité absolue et définitive, la garantie Rente éducation et la garantie Invalidité / Incapacité permanente correspond au *salaire brut* annuel de l'*assuré* des douze mois civils ayant précédé la suspension du contrat de travail.

Pour les *assurés* en arrêt de travail, cette base comprend également la part des indemnités journalières complémentaires versées dans le cadre d'un régime de prévoyance obligatoire assujetti aux charges sociales.

La base de calcul des cotisations correspond au salaire brut annuel des douze mois civils précédant la suspension ou la cessation du contrat de travail pour :

- les *assurés* bénéficiant de la *portabilité*,
- les *assurés* dont le contrat de travail est suspendu en période de réserves militaires ou policières,
- les *assurés* dont le contrat de travail est suspendu sans maintien de rémunération ayant demandé le maintien des garanties décès.

6.1.2. Taux de cotisations

Les taux de cotisations sont fixés en pourcentage de la base de calcul des cotisations.

6.2. Modalités de paiement

Le *souscripteur* est le seul responsable du paiement des cotisations. A ce titre, il procède lui-même à leur calcul à partir de la fiche de paramétrage DSN et à leur versement aux échéances prévues.

Les cotisations sont dues pendant toute la durée d'affiliation de l'*assuré* à l'exception des anciens salariés bénéficiaires de la portabilité des droits au titre de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale.

TITRE 7. Références légales

7.1. Fausse déclaration

Les déclarations du *souscripteur* et de *l'assuré* servent de base à l'application des garanties.

L'assurance est nulle en cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré ou de la part du souscripteur de nature à changer l'objet du risque garanti ou à en fausser l'appréciation de l'organisme assureur. L'organisme assureur doit justifier par tous moyens de l'existence du caractère intentionnel de la fausse déclaration. Les cotisations payées restent acquises.

7.2. Déchéance

Conformément aux dispositions de l'article L132-24 du code des assurances, le bénéficiaire qui a été condamné pour avoir donné volontairement la mort à l'assuré est déchu du bénéfice des garanties, celles-ci produisant leur effet au profit des autres bénéficiaires.

En outre, si le bénéficiaire a tenté de donner la mort à l'assuré, ce dernier peut révoquer sa désignation de bénéficiaires même si le bénéficiaire avait déjà accepté la stipulation faite à son profit.

L'assuré ou le bénéficiaire de la prestation est déchu de tout droit à indemnisation au titre du sinistre concerné :

- **s'il fait volontairement une fausse déclaration de sinistre ou à l'occasion d'un sinistre, portant sur la date, la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences du sinistre,**
- **s'il fournit ou utilise sciemment des renseignements ou des documents inexacts, fabriqués ou falsifiés comme justificatifs ou use d'autres moyens frauduleux en vue d'obtenir le versement des prestations.**

Il s'expose également à des poursuites pénales de la part de l'organisme assureur.

7.3. Prescription

Les actions relatives au contrat sont prescrites dans un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois ce délai ne court :

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

Lorsque le souscripteur, l'assuré ou le bénéficiaire intente une action en justice à l'encontre de l'organisme assureur et que celle-ci a pour fondement le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court qu'à compter du jour où ce tiers a lui-même exercé l'action en justice à l'encontre du souscripteur, de l'assuré ou du bénéficiaire ou a été indemnisé par le souscripteur, l'assuré ou le bénéficiaire.

La prescription est fixée à :

- **deux ans à compter du classement en invalidité par la Sécurité sociale.**
- **à cinq ans pour l'incapacité temporaire de travail.**
- **à dix ans pour le risque décès si le bénéficiaire n'est pas l'assuré et, dans les opérations relatives à la couverture du risque accident, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré en cas de décès de celui-ci.**

Pour les contrats d'assurance sur la vie, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription de droit commun que sont :

- **la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait prévue à l'article 2240 du Code civil,**
- **la demande en justice, même en référé prévue de l'article 2241 à 2243 de ce même Code,**
- **un acte d'exécution forcée prévu de l'article 2244 à 2246 de ce même Code.**

La prescription est également interrompue par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi :

- **d'une lettre recommandée avec avis de réception lorsque l'organisme assureur s'adresse au souscripteur en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation,**
- **d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique lorsque l'assuré ou le bénéficiaire s'adresse à l'organisme assureur en ce qui concerne le règlement de la prestation.**

7.4. **Subrogation**

Lorsque l'assuré est atteint d'une affection ou est victime d'un accident susceptible d'être indemnisé par un tiers responsable, l'organisme assureur dispose d'un recours subrogatoire légal concernant les indemnités journalières et les rentes d'invalidité ou d'incapacité permanente qu'il a payées contre la personne tenue à réparation ou son organisme assureur.

Par ailleurs, les prestations que l'organisme assureur verse en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive et dont les modalités de calcul sont en relation directe avec les revenus salariaux de l'assuré, constituent une avance sur recours. En conséquence, l'assuré, le bénéficiaire ou leurs ayants droit subrogent expressément l'organisme assureur dans leurs droits ou actions contre l'organisme assureur du tiers responsable dans la limite des prestations versées.

Lors de la demande de prestation suite à un dommage causé par un tiers responsable, l'organisme assureur doit être informé par l'assuré victime, le bénéficiaire ou leurs ayants-droit.

7.5. **Réclamation – médiation**

Toutes les réclamations relatives au contrat devront être envoyées à l'adresse suivante :

APICIL PREVOYANCE
Direction Services Client – Équipe réclamation
38, rue François Peissel 69300 CALUIRE et CUIRE

Ou directement depuis son espace client digital.

À compter de l'envoi de la réclamation, l'Institution doit en accuser réception dans un délai maximum de dix jours ouvrables, sauf si la réponse est apportée dans ce délai.

La réponse définitive sera envoyée dans un délai maximum de deux mois à compter de la date d'envoi de la réclamation.

Si un désaccord persistait après la réponse donnée par l'Institution de Prévoyance, l'avis d'un médiateur pourra être demandé sans préjudice d'une action ultérieure devant le Tribunal compétent.

En tout état de cause, le médiateur peut être saisi deux mois après l'envoi d'une première réclamation écrite.

Les saisines sont rédigées en langue française et adressées :

- soit par voie postale :

Monsieur le Médiateur
de la protection sociale (CTIP)
10 rue Cambacérés
75008 PARIS

- soit par Internet à l'aide d'un formulaire disponible sur le site : <https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/>

Dans l'hypothèse où l'une quelconque des dispositions du présent règlement ou du contrat d'adhésion serait considérée comme nulle et non applicable par une décision de justice ayant autorité de la chose jugée, cette disposition sera réputée non écrite mais cela n'affectera en aucun cas la validité ou l'applicabilité des autres dispositions.

7.6. Juridiction compétente

A défaut de règlement amiable, toute difficulté entre les parties liées à l'exécution ou à l'interprétation du contrat sera portée devant le tribunal français compétent.

7.7. Protection des données à caractère personnel

L'assuré et les bénéficiaires sont informés que dans le cadre de l'exécution du contrat, **APICIL Prévoyance** et l'**OCIRP**, peuvent stocker, traiter, enregistrer et utiliser les données personnelles le concernant et collectées tout au long de l'exécution du contrat et en particulier lors de l'adhésion ; dans le respect de la réglementation applicable en matière de données personnelles, notamment la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée et le Règlement Général européen sur la Protection des Données personnelles (ou « RGPD »).

APICIL Prévoyance a nommé un délégué à la protection des données personnelles dont les coordonnées sont les suivantes : dpo@apicil.com.

L'**OCIRP** a désigné un délégué à la protection des données à caractère personnel qui peut être contacté par email à DPOcirp@ocirp.fr ou par courrier à : OCIRP, Pôle juridique et conformité, 17 rue de Marignan – CS 50 003 - 75008 Paris.

La collecte et le traitement de ces données sont nécessaires aux fins de l'exécution du contrat, de la gestion de la relation client et des éventuels litiges susceptibles d'en découler, et a pour base juridique l'exécution du contrat. Le défaut de fourniture des informations obligatoires peut avoir pour conséquence le non-traitement de votre dossier. Chaque formulaire indique si les données sont obligatoires ou facultatives.

Les données peuvent être utilisées afin de permettre à **APICIL Prévoyance** de respecter les obligations légales et réglementaires lui incombant, le cas échéant, telles que les obligations spécifiques à la lutte contre le terrorisme et le blanchiment d'argent. Dans ce cas, le traitement mis en œuvre a pour base juridique le respect d'une obligation légale.

Les données personnelles collectées sont également susceptibles d'être utilisées à des fins statistiques, de reporting, d'amélioration des services proposés et de lutte contre la fraude, sur la base des intérêts légitimes d'**APICIL Prévoyance**. Sur cette même base et sauf opposition de la part du participant, les données personnelles ainsi recueillies pourront également être utilisées à des fins de prospection commerciale par **APICIL Prévoyance**, par voie électronique uniquement pour des produits et services similaires à ceux objets du contrat, ainsi que par voie téléphonique et postale.

Sous réserve d'avoir obtenu l'accord préalable et exprès de l'assuré, certaines données collectées pourront également être utilisées à des fins de prospection commerciale par les autres membres du Groupe APICIL. Le traitement aura alors pour base juridique le consentement de l'assuré, lequel pourra être retiré à tout moment.

Les destinataires des données sont, suivant les finalités et dans la limite de leurs attributions : les services compétents d'**APICIL Prévoyance** et de l'**OCIRP** et, le cas échéant, nos réassureurs, vos intermédiaires en assurances, ainsi que les tiers habilités appelés à prendre connaissance de ces données en raison de la gestion ou de la réalisation des finalités déclarées.

L'assuré et les bénéficiaires sont informés qu'**APICIL Prévoyance** n'envisage pas d'effectuer un transfert des données personnelles vers un pays situé en dehors de l'Union européenne. Le cas échéant, tout transfert de ce type sera effectué moyennant des garanties appropriées, notamment contractuelles, en conformité avec la réglementation applicable en matière de protection des données personnelles.

Compte tenu de la diversité des durées de conservation applicables au regard des différents types de données traitées, l'assuré est invité à consulter la politique de données personnelles, à l'adresse suivante <https://mon.apicil.com/protection-des-donnees-personnelles/> afin de s'informer en détail sur les durées de conservation desdites données.

En tout état de cause, elles ne sont pas conservées au-delà de la durée nécessaire à la gestion de ces missions et des litiges susceptibles d'en résulter, conformément aux règles de prescription applicables.

Toute personne concernée dispose à l'égard d'**APICIL Prévoyance** et ce, conformément aux réglementations nationales et européennes en vigueur, des droits suivants, en contactant APICIL PREVOYANCE – Délégué à la protection des données (DPO), 38 rue François Peissel, 69300 Caluire et

Cuire :

- droit de demander l'accès à ses données personnelles,
- droit de demander la rectification de celles-ci,
- droit de demander leur effacement,
- droit de demander une limitation du traitement mis en œuvre,
- droit de s'opposer au traitement,
- droit de retirer son consentement quand le traitement est fondé sur le consentement,
- droit à la portabilité des données,
- droit de définir des directives relatives au sort de ses données à caractère personnel après son décès.

Si elle estime que ses droits ne sont pas respectés, toute personne concernée peut adresser une réclamation en ligne auprès à la CNIL.

L'assuré est informé de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique « Bloctel », sur laquelle il peut s'inscrire à l'adresse suivante : <https://conso.bloctel.fr/>.

D'une manière générale, **APICIL Prévoyance** s'engage à respecter les conditions de traitement et/ou la destination des données personnelles qui lui ont été communiquées par le participant ou auxquelles elle aura accès dans le cadre de l'exécution du contrat. En particulier, **APICIL Prévoyance** s'engage à ne pas exploiter pour son propre compte, céder et/ou louer à des entreprises tierces les données personnelles collectées dans le cadre de l'exécution du contrat. Les engagements pris par **APICIL Prévoyance** au titre du présent article survivront à la cessation du contrat pour quelle que cause que ce soit.

La politique de données personnelles d'**APICIL Prévoyance** étant susceptible d'évoluer, notamment s'agissant de l'identité du Délégué à la protection des données personnelles, des coordonnées du responsable de traitement, de modifications éventuelles, le participant est invité à se rendre sur la page suivante <https://mon.apicil.com/protection-des-donnees-personnelles/> afin de s'informer en détails sur la politique des données personnelles d'**APICIL Prévoyance** en vigueur.

7.8. **Autorité de contrôle**

Les organismes assureurs sont soumis au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution : **ACPR, 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris cedex 09.**

TITRE 8. Pièces justificatives

Pièces nécessaires au paiement des prestations

L'organisme assureur ne peut se trouver engagé que par les déclarations et pièces qui lui seront transmises.

L'organisme assureur se réserve le droit de demander toutes pièces complémentaires qu'il jugerait nécessaire pour procéder au versement des prestations y compris après paiement de celles-ci. Toute somme indûment versée sera réclamée par l'organisme assureur.

Le paiement des prestations est subordonné à la réception des pièces justificatives suivantes :

Constitution des dossiers pour l'ouverture des droits à prestations en cas de...	Décès toutes causes	IAD toutes causes	Rente d'éducation	Incapacité temporaire	Invalité – incapacité permanente
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Déclaration de sinistre</u> fournie par l'organisme assureur et complétée par le souscripteur certifiant que l'assuré faisait toujours partie de l'effectif à la date de son décès ou de son arrêt de travail et précisant le salaire à prendre en considération pour le calcul des prestations (article 3.7.1. « Base de calcul des prestations »). 	•	•	•	•	•
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Extrait d'acte de décès du défunt 	•		•		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Extrait d'acte de naissance du défunt datant de moins de trois mois et établi postérieurement au décès portant la mention marginale de la date de décès du défunt. 	•		•		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Certificat médical attestant que le décès est dû ou non à une cause naturelle 	•		•		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Toutes pièces justifiant valablement la qualité d'enfant à charge à la date de l'évènement (copie de l'avis d'imposition, copie intégrale du livret de famille de l'assuré, contrat d'apprentissage, certificat de scolarité, justificatif pôle emploi pour les primo demandeur d'emploi, justificatif de paiement de l'Allocation pour Adulte Handicapé, carte mobilité inclusion ...) 	•	•	•	•	•
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si exonération ou taux réduit de CSG en cas de paiement des prestations directement à l'assuré ou au bénéficiaire : photocopie de l'avis d'imposition sur les revenus du bénéficiaire chaque année 			•	•	•
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Certificat de scolarité ou pour les enfants handicapés tout document justifiant de la persistance du handicap chaque année 			•		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Copie de la pièce d'identité du bénéficiaire en cours de validité (carte d'identité, passeport), le cas échéant un extrait d'acte de naissance 	•	•	•	•	•
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Toute preuve établissant la nécessité d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie courante. 		•			•

Constitution des dossiers pour l'ouverture des droits à prestations en cas de...	Décès toutes causes	IAD toutes causes	Rente d'éducation	Incapacité temporaire	Invalidité – incapacité permanente
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Notification de la <i>Sécurité sociale</i> mentionnant le classement de l'assuré en 3e catégorie ou l'attribution d'une incapacité permanente au titre des accidents du travail ou des maladies professionnelles égale à 100 % 		•			•
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Certificat médical sous pli confidentiel établi par le médecin choisi par l'assuré sous réserve des articles 3.7.3. « Modalités d'ouverture du droit à prestation et délai de transmission des pièces justificatives » 		•		•	•
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Questionnaire/attestation sur l'honneur fourni(e) par l'organisme assureur dûment complété 		•		•	•
<ul style="list-style-type: none"> ▪ En cas de temps partiel thérapeutique, les décomptes d'indemnités journalières mi-temps thérapeutique et une attestation mensuelle des salaires maintenus (fixe, primes) perçus pour la période concernée, à défaut le bulletin de salaire du mois correspondant 				•	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Attestation du régime obligatoire de retraite précisant que le <i>bénéficiaire</i> n'a pas liquidé sa pension ou qu'il n'y ouvre pas droit le cas échéant 				•	•
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Toutes pièces officielles : <ul style="list-style-type: none"> - relatant les circonstances particulières dans lesquelles est survenu l'événement ouvrant à prestation et prouvant l'origine accidentelle de celui-ci (procès-verbal de police, de gendarmerie, du procureur de la république, le cas échéant une coupure de presse relatant l'accident) - prouvant le lien de causalité entre ledit événement et l'accident. 	•		•	•	•
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Décomptes originaux de la <i>Sécurité sociale</i> (excepté en cas de télétransmission de ceux-ci, ou à défaut attestation portant paiement de ses prestations en cas d'arrêt de travail, à compter du début de l'arrêt 				•	•
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le cas échéant, attestation de reprise de travail ou toute pièce attestant du licenciement ou de la démission ou la notification de liquidation de retraite. 				•	•
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le cas échéant, en cas de reprise d'activité à temps partiel pour les assurés bénéficiant d'une rente d'invalidité au titre du contrat, une attestation précisant la nouvelle quotité de temps travaillé. 					•
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Notification de la <i>Sécurité sociale</i> mentionnant le classement de l'assuré dans une des catégories d'invalidité de la <i>Sécurité sociale</i> ou l'attribution d'un taux d'incapacité permanente au moins égal à 33 %. 					•

Constitution des dossiers pour l'ouverture des droits à prestations en cas de...	Décès toutes causes	IAD toutes causes	Rente d'éducation	Incapacité temporaire	Invalidité – incapacité permanente
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Justificatif de paiement de la rente d'invalidité ou d'incapacité permanente par la <i>Sécurité sociale</i> 					•
<ul style="list-style-type: none"> ▪ RIB des bénéficiaires 	•	•	•	•	•
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Toutes pièces justifiant valablement la qualité de concubin de l'<i>assuré</i> (facture énergétique, bail commun, attestation d'assurance...) 	•	•			



APICIL PRÉVOYANCE

Institution de prévoyance régie par le livre IX du Code de la sécurité sociale
Siège social : 38 rue François Peissel, 69100 CALUIRE ET CUIRE
N° SIREN 321 862 500



OCIRP

(Organisme Commun des Institutions de Rente et de Prévoyance) Union d'institutions de prévoyance régie par l'article L. 931-1 du Code de la Sécurité
Siège social : 17, rue de Marignan - 75008 Paris