



KLESIA Prévoyance
Institution de prévoyance régie par le
Code de la Sécurité sociale

—
Siège Social
4 rue Georges Picquart
75017 Paris
klesia.fr
—

Contrat n° L228
Garantie « prévoyance »
Edition FEVRIER 2016

NOTICE D'INFORMATION

**DU CONTRAT COLLECTIF A ADHESION OBLIGATOIRE
SOUSCRIT AUPRES DE KLESIA Prévoyance,
INSTITUTION DE PREVOYANCE REGIE PAR LE CODE DE LA
SECURITE SOCIALE,**

PAR LA S.A. SOPRA STERIA GROUP

POUR L'ENSEMBLE DU PERSONNEL

L'objectif de cette notice est de vous informer des garanties « prévoyance » dont vous bénéficiez auprès de KLESIA Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale.

Ce document, qui vous est remis par votre employeur, constitue un résumé des dispositions contractuelles organisant les rapports entre votre employeur, vous-même et KLESIA Prévoyance.

Cette notice reprend les dispositions des garanties adoptées par votre employeur sous la référence n° L228 et les formalités à accomplir. Vous êtes couvert(e) pour les seules garanties choisies par votre employeur telles que mentionnées expressément sur le récapitulatif des garanties souscrites.

Vous pouvez vous adresser à votre employeur si vous souhaitez de plus amples précisions sur vos garanties.

SOMMAIRE

DÉFINITIONS PRÉALABLES	4
GÉNÉRALITÉS	5
RISQUES GARANTIS.....	5
BASES DE CALCUL DES PRESTATIONS	15
CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE DES GARANTIES.....	16
PIECES A FOURNIR POUR LE REGLEMENT DES PRESTATIONS	18
SUSPENSION, CESSATION ET MAINTIEN DES GARANTIES	20
RECAPITULATIF DES GARANTIES SOUSCRITES.....	23

DÉFINITIONS PRÉALABLES

Accident - Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part du Participant, ou du bénéficiaire du capital garanti, provenant exclusivement de l'action soudaine d'une cause extérieure, à l'exclusion de toute maladie, même si elle se manifeste sous une apparence accidentelle (notamment affection cardio-vasculaire, rupture d'anévrisme, attaque cérébrale, etc.).

Bénéficiaire- Personne physique ou morale percevant la prestation prévue par la garantie du contrat lors de la réalisation du risque.

Déchéance - Perte du droit du Participant à bénéficier de la garantie en raison du non respect des obligations contractuelles par le Participant ou l'Entreprise.

Délai de déclaration- Délai durant lequel l'Entreprise ou le Participant doit déclarer le sinistre pour obtenir une éventuelle prise en charge.

Délai de franchise – Période débutant à la date d'hospitalisation ou de l'arrêt de travail prescrit par un médecin, au cours de laquelle la garantie ne s'applique pas.

Entreprise ou Adhérente - Personne morale qui souscrit le contrat pour le compte de son personnel, qui s'engage à verser les cotisations et dont le représentant habilité signe l'adhésion.

Garantie - Engagement de l'Institution, en contrepartie d'une cotisation convenue d'avance, à verser une prestation à l'occasion d'un sinistre au cours d'une période déterminée.

Maladie - Toute altération de santé constatée par une autorité médicale et ouvrant droit aux prestations en espèces du régime général de la Sécurité sociale française.

Participant - Membre du personnel de l'Entreprise relevant de la catégorie de personnel assurée.

Prestation - Exécution de la garantie par l'Institution. La prestation se caractérise, selon les cas, par le versement d'un capital, d'une rente, ou d'indemnités journalières.

Sinistre - Réalisation de l'évènement susceptible de mettre en jeu la garantie du contrat.

GÉNÉRALITÉS

VOTRE AFFILIATION

Le contrat, dont vous bénéficiez, souscrit par votre employeur auprès de KLESIA Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale dont le siège social est situé 4 rue Georges Picquart 75017 Paris, est collectif et obligatoire pour l'ensemble des salariés appartenant à l'effectif de la catégorie affiliée.

Vous devez donc être affilié dès la souscription du contrat par votre entreprise pour la catégorie de personnel dont vous faites partie ou postérieurement dès votre appartenance à cette catégorie.

Les salariés en incapacité de travail ou en invalidité à la date d'effet de la souscription du présent contrat bénéficient à compter de cette dernière des garanties décès prévues au contrat, **sous réserve qu'ils figurent sur la liste nominative exhaustive des salariés en arrêt de travail ou en invalidité mentionnée au contrat.**

Toutefois, si ces salariés en incapacité de travail ou en invalidité à la date d'effet du contrat bénéficient du maintien de la garantie décès d'un précédent contrat collectif souscrit par l'Entreprise ou par un précédent employeur, **les capitaux ou rente décès qui seront éventuellement versés au titre du présent contrat le seront sous déduction de ceux dus par l'organisme assureur du contrat dont les garanties sont maintenues.**

ENTREE EN VIGUEUR DES GARANTIES

En cours de contrat

La garantie prend effet, si vous êtes un nouveau salarié ou un salarié promu dans la catégorie assurée, à compter du jour de votre embauche ou de votre entrée dans la catégorie assurée.

En cas de modification des garanties de l'entreprise

Toute modification des garanties ne vise que les sinistres dont la date de survenance est postérieure à la date d'effet de la modification.

Elle est donc sans effet sur les prestations en cours de service.

RISQUES GARANTIS

L'Institution couvre des risques auxquels sont associées des garanties décrites dans la présente notice d'information, et dont le niveau de prestations est précisé **sur le récapitulatif des garanties.**

- ◇ Le risque **décès** (garanties en capital et/ou en rente)
- ◇ Le risque **invalidité absolue et définitive** (garanties en capital et/ou en rente)
- ◇ Le risque **incapacité de travail** (garantie : indemnités journalières)
- ◇ Le risque **invalidité** (garantie : rente d'invalidité)

RISQUES DECES ET IAD (INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE)

DÉFINITION DE LA SITUATION FAMILIALE

Pour la détermination de votre situation familiale prise en compte pour la mise en œuvre des garanties, l'Institution prend en considération les personnes suivantes.

Définition du conjoint

Votre conjoint judiciairement non séparé de corps ; par conjoint on entend la personne qui vous est liée par le mariage ou par un Pacte Civil de Solidarité (PACS).

Définition du concubin

Est considérée comme votre concubin la personne respectant les critères cumulatifs suivants :

- ◆ elle vit sous le même toit que vous ;
- ◆ elle est libre de tout lien conjugal et de lien par PACS ;
- ◆ vous êtes libre de tout lien conjugal et de lien par PACS ;
- ◆ le concubinage dure depuis plus de deux ans et peut être justifié ; cette durée n'est pas exigée si un enfant est né du couple.

Définition des personnes à charge

- ◆ Les enfants à charge du Participant ou de son conjoint ou concubin.

Par enfants à charge, il faut entendre :

- les enfants légitimes, reconnus, naturels, adoptifs, recueillis ou à naître et nés viables au sens de la législation sur les allocations familiales,
- les enfants du Participant divorcé ou séparé pour lesquels celui-ci est tenu de verser une pension alimentaire demandée par décision de justice,
- jusqu'à leur 21ème anniversaire sans condition,
- jusqu'à leur 26ème anniversaire, pendant la durée :
 - de l'apprentissage ou des études,
 - de l'inscription auprès du Pôle emploi comme demandeurs d'emploi ou effectuant un stage préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré,
- sans limitation de durée en cas d'invalidité reconnue par la Sécurité sociale avant le 21ème anniversaire, les mettant dans l'impossibilité de se livrer à une activité professionnelle, sauf dérogation admise par la COTOREP, avant le 26ème anniversaire de l'enfant handicapé.

Il est précisé qu'aucune modification ne sera prise en compte postérieurement au décès en dehors de la naissance intervenue dans le délai de 300 jours après le décès.

- ◆ Ses ascendants à charge au sens de la Sécurité sociale.

GARANTIES DÉCÈS AVEC VERSEMENT EN CAPITAL

GARANTIE DÉCÈS « TOUTES CAUSES »

Cette garantie a pour objet le paiement d'un capital en cas de décès du Participant, quelle qu'en soit la cause. Le capital garanti comprend un capital de base, auquel s'ajoutent éventuellement des majorations dépendant de la situation de famille du Participant.

Montant du capital garanti

Le montant du capital garanti est défini en pourcentage du traitement de base et en fonction de votre situation familiale au jour du décès et de l'option choisie par vous-même, selon les bases de calcul définies dans le récapitulatif des garanties.

Le capital de base est versé au(x) bénéficiaire(s) défini(s) au paragraphe « Bénéficiaires ». Les majorations du capital résultant de votre situation de famille sont versées aux personnes (conjoint, ou concubin, ou enfants à charge) en considération desquelles elles sont prévues, ou à leur tuteur légal.

Si les bénéficiaires du capital ne sont pas votre conjoint, votre concubin, ou vos enfants à charge, les majorations du capital résultant de la situation de famille ne sont pas versées.

Concernant les majorations pour enfants à charge, si le bénéficiaire du capital n'assume pas effectivement la charge des enfants pris en considération pour le calcul des majorations, elles sont versées directement aux enfants à charge par parts égales entre eux ou à leur tuteur.

Bénéficiaires

Lors de votre affiliation et pendant toute la durée de celle-ci, vous avez la possibilité de désigner le ou les bénéficiaires du capital à verser en cas de décès.

Cette désignation particulière peut être effectuée sur le formulaire spécifique de l'Institution intitulé « Bulletin de Désignation du Bénéficiaire de l'Assurance Décès ». La désignation peut également être effectuée par acte sous seing privé ou par acte authentique mentionnant de façon expresse le capital décès. Lorsque le bénéficiaire est nommément désigné, vous pouvez préciser les coordonnées de celui-ci, qui seront utilisées par l'Institution en cas de décès.

Vous pouvez modifier cette clause de désignation à tout moment. Toutefois, la désignation devient irrévocable en cas d'acceptation écrite du bénéficiaire, expressément notifiée à l'Institution, faute de quoi elle ne lui sera pas opposable. Cette désignation acceptée arrêtera de produire ses effets lorsque vous sortirez des effectifs assurés et/ou si le contrat est résilié.

Sauf désignation particulière expresse dûment notifiée par vous-même à l'Institution, et **sous réserve de dispositions spécifiques prévues sur le récapitulatif des garanties**, le capital de base est payable :

- ◆ à votre conjoint, tel que défini précédemment ;
- ◆ à votre concubin, tel que défini précédemment ;
- ◆ à défaut, à vos enfants, vivants ou représentés, par parts égales entre eux ;
- ◆ à défaut, à vos ascendants, par parts égales entre eux et en cas de décès de l'un d'eux la totalité au survivant ;
- ◆ à défaut, à vos héritiers.

Dans l'hypothèse où le(s) bénéficiaire(s) désigné(s) décède(nt) avant le Participant, le capital sera attribué dans l'ordre défini ci-dessus en l'absence de désignation.

Règlement du capital et conséquence sur les autres garanties

Les bénéficiaires doivent, en tout état de cause, justifier de leur qualité de bénéficiaire au jour du décès.

Le décès met fin à l'ensemble des garanties dont vous bénéficiez sauf la garantie double effet si votre conjoint vous survit sous réserve que le contrat soit toujours en vigueur, rente éducation et éventuellement rente de conjoint survivant.

GARANTIE « DÉCÈS ACCIDENTEL »

Un capital supplémentaire est payé en cas de décès résultant d'un accident.

Des majorations supplémentaires peuvent être prévues pour certains types d'accidents (accident de la circulation, accident du travail, accident d'aviation, etc.) : elles sont spécifiées sur le récapitulatif des garanties.

On entend par accident toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part du Participant, ou du bénéficiaire du capital garanti, provenant exclusivement de l'action soudaine d'une cause extérieure, à l'exclusion de toute maladie, même si elle se manifeste sous une apparence accidentelle (notamment affection cardio-vasculaire, rupture d'anévrisme, attaque cérébrale, etc.).

Par accident de la circulation, il faut entendre un accident survenu en un lieu ouvert à la circulation publique et causé par l'action de tout véhicule à moteur, privé ou public, en mouvement ou non, destiné à être utilisé sur terre, sur voie ferrée ou sur l'eau, que le Participant soit passager ou conducteur du véhicule, ou qu'il se trouve hors de celui-ci. Il y a également accident de la circulation lorsque le Participant est passager d'un moyen de transport aérien.

Le capital est dû si le décès intervient dans les douze mois suivant l'accident, et provient exclusivement de celui-ci. La preuve que le décès est bien la conséquence de l'accident est à la charge des bénéficiaires qui ne pourront, sous peine de déchéance, s'opposer à un examen requis éventuellement par l'Institution.

Il est réglé selon les dispositions des paragraphes « bénéficiaires » et « Règlement du capital et conséquences sur les autres garanties » de l'article précédant « Garantie Décès toutes causes ».

GARANTIE INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE (« IAD »)

La garantie a pour objet le paiement anticipé du capital décès au Participant en état d'Invalidité Absolue et Définitive, si lui ou son représentant légal en fait la demande dans les six mois suivant la notification de la Sécurité sociale, sauf en cas de force majeure.

Le capital est versé en une seule fois au Participant ou au tuteur légal désigné. Son montant est identique à celui prévu en cas de décès, y compris les majorations prévues en cas de décès accidentel si l'invalidité absolue et définitive résulte d'un accident.

La preuve que l'Invalidité Absolue et Définitive est bien la conséquence de l'accident est à la charge du Participant qui ne peut, sous peine de déchéance, s'opposer à un examen requis éventuellement par l'Institution

Le Participant en état d'Invalidité Absolue et Définitive est classé par la Sécurité sociale dans la troisième catégorie des invalides, ou perçoit une rente au titre des accidents du travail ou maladies professionnelles au taux de 100 %.

Contrôle médical

Lors d'une demande de prestations invalidité ou pendant leur service, l'Institution se réserve le droit de vous faire examiner par un médecin qu'elle mandate à cet effet. Si vous contestez une décision de l'Institution relative à votre état de santé vous pouvez vous faire représenter par votre médecin traitant dans une entrevue amiable avec le médecin conseil de l'Institution. En cas de désaccord entre votre médecin traitant et le médecin de l'Institution, les parties en présence désigneront d'un commun accord, dans un délai d'un mois, un troisième médecin pour les départager. A défaut d'entente, la désignation en sera faite sur requête de la partie la plus diligente par le Président du Tribunal de Grande Instance du ressort de l'Institution.

L'avis de ce troisième médecin s'imposera à vous et à l'Institution.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin ; ceux du troisième médecin ainsi que ses frais de nomination sont supportés à parts égales par les deux parties.

Dans ces conditions, l'Institution peut procéder à la suspension voire la suppression des prestations dès l'initiation du contrôle ; il en sera de même si vous êtes absent de votre domicile sans autorisation et si vous refusez ou vous vous opposez au contrôle.

A tout moment les médecins mandatés par l'Institution auront le libre accès auprès de vous afin de pouvoir constater votre état, sous peine de suspension des prestations en cours.

En cas de demande des documents, ceux-ci doivent être communiqués de bonne foi au Médecin Conseil de l'Institution.

Le contrôle continuera à s'exercer, même après résiliation du contrat tant que l'Institution continuera à verser des prestations.

Conséquence sur les autres garanties

Le paiement anticipé du capital décès entraîne la cessation immédiate de toutes les garanties dont vous bénéficiez, sauf la garantie double effet et le cas échéant les garanties de rente en cas de décès. En particulier, le décès du Participant n'entraîne pas le paiement d'un nouveau capital.

GARANTIE « DOUBLE EFFET »

La garantie a pour objet le versement d'un capital en cas de décès du conjoint, avant l'âge de 65 ans, simultané ou postérieur à celui du Participant, à condition qu'il reste au moins un enfant du Participant ou du conjoint tel que défini au paragraphe « Définition de la situation familiale », à charge du conjoint lors de son décès.

Le montant du capital « double effet » est défini sur le récapitulatif des garanties en annexe. Il est versé par parts égales à vos enfants ou à ceux de votre conjoint, encore à charge lors du décès de votre conjoint, ou à leur tuteur.

Cessation de la garantie

La garantie cesse à la date de remariage de votre conjoint ou de la signature par celui-ci d'un nouveau PACS, ou lorsque votre conjoint atteint son 65^{ème} anniversaire.

GARANTIE « PRÉDÉCÈS DU CONJOINT »

Cette garantie a pour objet le versement d'une allocation en cas de décès de votre conjoint tel que défini au paragraphe « Définition de la situation familiale », âgé de moins de 60 ans.

Le montant de l'allocation est indiqué sur le récapitulatif des garanties en annexe.

Vous êtes seul bénéficiaire de la présente garantie.

GARANTIE FRAIS D'OBSÈQUES

Cette garantie a pour objet le versement d'une prestation frais d'obsèques, si vous veniez à décéder ou en cas de décès d'un membre de votre famille, au sens défini au paragraphe « Définition de la situation familiale ».

Dans le cas de votre décès, de celui de votre conjoint ou d'un membre de votre famille de plus de douze ans, la prestation est versée à la (les) personne(s) ayant acquittée(s) la facture des frais d'obsèques dans la limite de son montant.

Le solde éventuel entre ce montant et la prestation prévue aux conditions particulières est versé au(x) bénéficiaire(s) du capital décès ou au Participant en cas de décès du conjoint ou d'un enfant à charge.

En cas de décès d'un enfant de moins de douze ans, la prestation, limitée aux frais réellement engagés, est versée à la personne ayant réglée les frais d'obsèques.

GARANTIES DÉCÈS AVEC VERSEMENT SOUS FORME DE RENTE

GARANTIE « RENTE ÉDUCATION »

Cette garantie a pour objet d'assurer le service d'une rente à vos enfants à charge tels que définis au paragraphe « Définition de la situation familiale », si vous veniez à décéder ou en cas d'Invalidité Absolue et Définitive pendant la période de garantie.

Le montant de la rente, exprimé en pourcentage du traitement de base figure sur le récapitulatif des garanties en annexe.

La rente éducation est servie à partir du premier jour du mois civil qui suit votre décès ou la mise en invalidité absolue et définitive, jusqu'à l'expiration du trimestre au cours duquel l'enfant a cessé d'être considéré comme à charge au sens du paragraphe « définition des enfants à charge », et au plus tard jusqu'au premier jour du trimestre civil suivant son 26^{ème} anniversaire, peu importe que l'Entreprise soit encore adhérente ou non à l'Institution.

La rente est réglée chaque trimestre, à terme échu. Le paiement est effectué à la personne ayant la charge effective de l'enfant si ce dernier est mineur, à l'enfant lui-même s'il est majeur, à défaut au tuteur légal.

La rente éducation est revalorisable conformément aux dispositions du paragraphe « Revalorisation des prestations ».

GARANTIE « RENTE TEMPORAIRE DE CONJOINT »

Cette garantie a pour objet le paiement d'une rente au conjoint survivant si vous veniez à décéder.

La formule de calcul du montant de la rente, exprimé en pourcentage du traitement de base, figure sur le récapitulatif des garanties en annexe.

La rente est servie à partir du premier jour du mois civil qui suit votre décès et jusqu'à la date d'effet d'une éventuelle pension de réversion et au plus tard jusqu'à l'âge légal d'ouverture du droit à la pension de retraite du bénéficiaire, peu importe que l'Entreprise soit encore adhérente ou non à l'Institution. En cas de nouvelle union, le service de la rente s'interrompt à la fin du trimestre au cours duquel le conjoint s'est remarié ou a contracté un nouveau PACS.

La rente est réglée chaque trimestre, à terme échu.

La rente temporaire de conjoint est revalorisable conformément aux dispositions du paragraphe « revalorisation des prestations ».

GARANTIE « RENTE VIAGÈRE DE CONJOINT »

Cette garantie a pour objet le paiement d'une rente viagère au conjoint survivant si vous veniez à décéder.

La formule de calcul du montant de la rente, exprimé en pourcentage du traitement de base, figure sur le récapitulatif des garanties en annexe.

La rente est servie à partir du premier jour du mois civil qui suit votre décès, peu importe que l'Entreprise soit encore adhérente ou non à l'Institution. En cas de nouvelle union, le service de la rente s'interrompt à la fin du trimestre au cours duquel le conjoint s'est remarié ou a contracté un nouveau PACS.

La rente est réglée chaque trimestre, à terme échu.

La rente viagère de conjoint est revalorisable conformément aux dispositions du paragraphe « Revalorisation des prestations ».

RISQUES INCAPACITE DE TRAVAIL ET INVALIDITE

GARANTIE « INCAPACITE DE TRAVAIL »

Si vous vous trouvez en incapacité totale temporaire de travail et percevez des prestations en espèces de la Sécurité sociale au titre de l'assurance maladie, accident du travail, ou maladie professionnelle, cette garantie a pour objet de vous assurer le paiement d'indemnités journalières.

Montant des prestations

Le montant des indemnités journalières, fixé en pourcentage du traitement de base, figure sur le récapitulatif des garanties en annexe.

Le traitement de base journalier est obtenu en divisant par trois cent soixante-cinq le traitement annuel de base des prestations. Le paiement des indemnités est effectué en mois calendaires.

En cas de modification des dispositions du régime général de la Sécurité sociale, l'Institution pourra être amenée à adapter en conséquence le montant des cotisations et des prestations, dès la date d'entrée en vigueur de ces modifications.

Reprise partielle d'activité

En cas de reprise du travail à temps partiel, et à condition que la Sécurité sociale maintienne le paiement de ses prestations en espèces, les indemnités journalières versées par l'Institution sont réduites à due proportion.

Clause de plafonnement

Le total des prestations que vous percevez au titre de la Sécurité sociale, des indemnités journalières ou des rentes d'invalidité servies par l'Institution ou de tout autre contrat de prévoyance, du salaire perçu par vous-même au titre de votre employeur ou de nouveaux employeurs, et de la législation sur le chômage, ne saurait vous conduire à percevoir plus que 100 % du salaire net de référence.

Revalorisation

Les indemnités journalières sont revalorisables conformément aux dispositions du paragraphe « revalorisation des prestations ».

MODE ET DURÉE DU VERSEMENT DES PRESTATIONS

Les indemnités journalières sont réglées à votre employeur, tant que votre contrat de travail y compris pendant votre arrêt de travail n'est pas rompu, à charge pour lui de vous les reverser, nettes des cotisations salariales.

Après rupture du contrat de travail, elles vous sont versées directement.

Franchise

Les indemnités journalières sont versées à l'expiration du délai de franchise indiqué sur le récapitulatif des garanties en annexe.

Rechute

Il est précisé que si vous avez commencé à bénéficier du paiement des indemnités journalières, une reprise du travail inférieure à deux mois n'entraîne qu'une suspension du paiement, sans application d'un nouveau délai de franchise, pour autant que le nouvel arrêt résulte de la même affection ou du même accident, et que vous en apportiez la preuve par un certificat médical.

Contrôle médical

Lors d'une demande de prestations incapacité de travail ou pendant leur service, l'Institution se réserve le droit de vous faire examiner par un médecin qu'elle mandate à cet effet. Si vous contestez une décision de l'Institution relative à votre état de santé vous pouvez vous faire représenter par votre médecin traitant dans une entrevue amiable avec le médecin conseil de l'Institution. En cas de désaccord entre votre médecin traitant et le médecin de l'Institution, les parties en présence désigneront d'un commun accord, dans un délai d'un mois, un troisième médecin pour les départager. A défaut d'entente, la désignation en sera faite sur requête de la partie la plus diligente par le Président du Tribunal de Grande Instance du ressort de l'Institution.

L'avis de ce troisième médecin s'imposera à vous et à l'Institution.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin ; ceux du troisième médecin ainsi que ses frais de nomination sont supportés à parts égales par les deux parties.

Dans ces conditions, l'Institution peut procéder à la suspension voire la suppression des prestations dès l'initiation du contrôle ; il en sera de même si vous êtes absent de votre domicile sans autorisation et si vous refusez ou vous vous opposez au contrôle.

A tout moment les médecins mandatés par l'Institution auront le libre accès auprès de vous afin de pouvoir constater votre état, sous peine de suspension des prestations en cours.

En cas de demande des documents, ceux-ci doivent être communiqués de bonne foi au Médecin Conseil de l'Institution.

Le contrôle continuera à s'exercer, même après résiliation du contrat tant que l'Institution continuera à verser des prestations.

Cessation du versement des prestations

Les prestations sont servies tant que vous bénéficiez de prestations en espèces de la Sécurité sociale au titre de l'assurance maladie, accident du travail, maladie de longue durée ou maladie professionnelle et cessent au plus tard :

- ◆ au 1095^{ème} jour d'arrêt de travail ;
- ◆ à la date d'attribution d'une pension d'invalidité par la Sécurité sociale ;
- ◆ à la date d'attribution de votre pension vieillesse de la Sécurité sociale sauf situation de poursuite ou de reprise d'une activité salariée au sein de l'Entreprise ;
- ◆ en cas de contrôle médical concluant à un arrêt de travail non justifié ou en cas de refus de contrôle médical ;
- ◆ au jour de votre décès.

GARANTIE « INVALIDITE »

Si vous percevez de la Sécurité sociale une pension d'invalidité de 1^{ère}, 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie, ou une rente d'accident du travail ou de maladie professionnelle avec un taux d'incapacité permanente au moins égal à 33 % correspondant à une rente servie par la Sécurité sociale calculée au taux de 16,50 %, cette garantie a pour objet le paiement d'une rente.

MONTANT DES PRESTATIONS

Le montant de la rente est indiqué sur le récapitulatif des garanties en annexe :

- ◆ si vous êtes classés en 1^{ère} catégorie d'invalides de la Sécurité sociale ;
- ◆ si vous êtes classés en 2^{ème} et 3^{ème} catégories d'invalides de la Sécurité sociale.

Le montant initial de la rente est fixé en pourcentage du traitement de base, sous déduction de la prestation brute (hors majoration pour tierce personne ou prestation complémentaire pour recours à tierce personne pour la 3^{ème} catégorie) versée par la Sécurité sociale.

En cas d'invalidité résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle dans le cadre de l'activité de l'Entreprise, si le taux d'incapacité permanente déterminé par la Sécurité sociale est :

- ◆ supérieur ou égal à 33 % correspondant à une rente servie par la Sécurité sociale calculée au taux de 16,50 % et inférieur à 66 % correspondant à une rente servie par la Sécurité sociale calculée au taux de 49 %, le montant de la rente est identique à celui versé aux invalides de 1^{ère} catégorie ;
- ◆ supérieur ou égal à 66 % correspondant à une rente servie par la Sécurité sociale calculée au taux de 49 %, le montant de la rente est identique à celui versé aux invalides de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie.

Aucune rente n'est versée si le taux d'incapacité permanente est inférieur à 33 % correspondant à une rente servie par la Sécurité sociale calculée au taux de 16,50 %.

En cas de modification des dispositions du régime général de la Sécurité sociale, l'Institution pourra être amenée à adapter en conséquence le montant des cotisations et des prestations, dès la date d'entrée en vigueur de ces modifications.

Clause de plafonnement

Le total des prestations que vous percevez au titre de la Sécurité sociale, des indemnités journalières ou des rentes d'invalidité servies par l'Institution ou de tout autre contrat de prévoyance, du salaire perçu par vous-même au titre de votre employeur ou de nouveaux employeurs, et de la législation sur le chômage, ne saurait vous conduire à percevoir plus que 100 % du salaire net de référence.

Revalorisation

La rente d'invalidité est revalorisable conformément aux dispositions du paragraphe « revalorisation des prestations ».

MODE ET DURÉE DU VERSEMENT DES PRESTATIONS

La rente d'invalidité est réglée chaque mois, à terme échu, à votre employeur ou éventuellement directement à vous-même en cas de rupture du contrat de travail. Le paiement de la rente est effectué en mois calendaires.

Contrôle médical

Lors d'une demande de prestations invalidité ou pendant leur service, l'Institution se réserve le droit de vous faire examiner par un médecin qu'elle mandate à cet effet. Si vous contestez une décision de l'Institution relative à votre état de santé vous pouvez vous faire représenter par votre médecin traitant dans une entrevue amiable avec le médecin conseil de l'Institution. En cas de désaccord entre votre médecin traitant et le médecin de l'Institution, les parties en présence désigneront d'un commun accord, dans un délai d'un mois, un troisième médecin pour les départager. A défaut d'entente, la désignation en sera faite sur requête de la partie la plus diligente par le Président du Tribunal de Grande Instance du ressort de l'Institution.

L'avis de ce troisième médecin s'imposera à vous et à l'Institution.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin ; ceux du troisième médecin ainsi que ses frais de nomination sont supportés à parts égales par les deux parties.

Dans ces conditions, l'Institution peut procéder à la suspension voire la suppression des prestations dès l'initiation du contrôle ; il en sera de même si vous êtes absent de votre domicile sans autorisation et si vous refusez ou vous vous opposez au contrôle.

A tout moment les médecins mandatés par l'Institution auront le libre accès auprès de vous afin de pouvoir constater votre état, sous peine de suspension des prestations en cours.

En cas de demande des documents, ceux-ci doivent être communiqués de bonne foi au Médecin Conseil de l'Institution.

Le contrôle continuera à s'exercer, même après résiliation du contrat tant que l'Institution continuera à verser des prestations.

Cessation du versement des prestations

La rente d'invalidité est servie, dès la notification de l'état d'invalidité par la Sécurité sociale, et au plus tôt à l'expiration du délai de franchise de la garantie incapacité de travail, pendant toute la durée de votre invalidité.

Elle cesse au plus tard :

- ◆ lorsque vous n'êtes plus reconnu invalide par la Sécurité sociale ou ne percevez plus de rente d'accident du travail ou de maladie professionnelle de la Sécurité sociale ;
- ◆ à la date de transformation de la pension invalidité de la Sécurité sociale en pension vieillesse ;
- ◆ en tout état de cause à la date de liquidation de vos droits au titre de l'assurance vieillesse de la Sécurité sociale, lorsque vous percevez une rente d'incapacité permanente d'accident du travail ou de maladie professionnelle de la Sécurité sociale;
- ◆ en cas de contrôle médical ne confirmant pas l'état d'invalidité ou en cas de refus de contrôle médical ;
- ◆ au jour de votre décès.

BASES DE CALCUL DES PRESTATIONS

MODIFICATION DES GARANTIES ET DES TAUX DE COTISATION

Les garanties et les taux de cotisation définis au contrat sont établis en fonction de la législation et de la réglementation en vigueur au moment de sa prise d'effet.

Ils pourront être révisés sans délai, en tout ou partie, en cas de changement de ces textes. Jusqu'à la date d'effet des nouvelles conditions, les garanties resteront acquises sur la base définie par le contrat avant cette date.

TRAITEMENT ANNUEL DE BASE DES PRESTATIONS

Le traitement de base servant au calcul des prestations est égal au total des rémunérations brutes, primes, gratifications et rappels compris, perçues au cours des douze derniers mois civils de pleine activité précédant celui du sinistre ou la suspension du contrat de travail, limitées aux tranches soumises à cotisation.

En tout état de cause, le traitement pris en compte pour le calcul des prestations ne peut excéder celui choisi par votre employeur comme base des cotisations.

Le traitement de base se décompose comme suit :

Tranche A

Fraction de la rémunération limitée au montant du salaire plafond annuel de la Sécurité sociale.

Tranche B

Fraction de la rémunération supérieure au montant du salaire plafond annuel de la Sécurité sociale et inférieure ou égale à quatre fois ce même plafond.

Tranche C

Fraction de la rémunération supérieure à quatre fois le montant du salaire plafond annuel de la Sécurité sociale et inférieure ou égale à huit fois ce même montant.

Salariés ayant moins de douze mois complets d'assurance

Dans ce cas, le traitement annuel de base est calculé comme douze fois le salaire brut mensuel d'embauche déclaré par votre employeur pour vous-même. À ce traitement s'ajoute éventuellement l'ensemble des gratifications, primes et rappels effectivement perçus.

Dans tous les cas, les salaires considérés pour la détermination du traitement annuel sont ceux déclarés à l'Institution à la date de survenance du sinistre. En conséquence, ne seront notamment pas prises en considération les rectifications de déclarations de salaire ou les déclarations de gratifications, primes ou rappels, faites postérieurement à la date de survenance du sinistre.

REVALORISATION DES PRESTATIONS

Chaque année, le Conseil d'Administration de l'Institution décide, en fonction des résultats de l'Institution, de procéder éventuellement à une revalorisation des prestations en cours, en fixant, le cas échéant, un taux de revalorisation qui s'applique aux prestations servies dans le cadre du présent contrat. Ce taux de revalorisation s'applique également au traitement servant de base au calcul des garanties décès et annexes maintenues pour les personnes en arrêt de travail.

Les prestations servies au titre des risques incapacité de travail et invalidité sont revalorisables dans l'année suivant le 1^{er} anniversaire de l'arrêt continu de travail.

Les rentes servies au titre des risques décès et annexes sont revalorisables à compter du 1^{er} anniversaire du décès du Participant.

Le traitement servant de base au calcul des garanties maintenues au titre des garanties Décès et annexes est revalorisable dans l'année suivant le 1^{er} anniversaire de l'arrêt continu de travail.

CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE DES GARANTIES

ÉVÈNEMENTS EXCLUS

Risque Décès

Les garanties en cas de décès prévues au présent contrat ne sont pas couvertes si le décès résulte :

- ♦ **directement ou indirectement de la désintégration du noyau atomique ;**
- ♦ **du suicide du Participant au cours de la première année d'affiliation à un contrat d'assurance collective garantissant le risque Décès ;**
- ♦ **de faits de guerre lorsque la France est partie belligérante, sauf conditions particulières qui seraient déterminées par la législation à intervenir concernant les assurances sur la vie en temps de guerre.**

En cas de guerre, la couverture ne pourra être accordée que dans les conditions déterminées par la législation française sur les assurances sur la vie en temps de guerre.

La majoration prévue en cas de décès accidentel n'est pas réglée dans les cas d'exclusions définis ci-dessous pour les risques Invalidité Absolue et Définitive, Incapacité de travail et Invalidité.

Risques Invalidité Absolue et Définitive (IAD), Incapacité de travail et Invalidité

Les garanties prévues au contrat en cas de réalisation de l'un de ces risques ne sont pas couvertes si la réalisation du risque résulte :

- **du fait volontaire ou intentionnel du bénéficiaire ou de l'assuré,**
- **des risques aériens : vols effectués à bord d'un appareil non muni d'un certificat valable de navigabilité ou piloté par une personne non pourvue d'un brevet de pilote valable pour l'appareil utilisé,**
- **de la participation à des compétitions pratiquées avec des engins à moteur,**
- **de guerre civile ou étrangère, d'émeute, de rixe, d'acte de terrorisme dans lesquels l'assuré a pris une part active, étant précisé que les cas de légitime défense et d'assistance à personne en danger sont garantis,**
- **de la constatation d'un taux d'alcoolémie égal ou supérieur au taux légal,**
- **de la constatation de l'usage de stupéfiants ou substances médicamenteuses en dehors des limites de prescriptions médicales,**
- **directement ou indirectement de la désintégration du noyau atomique.**

Par ailleurs, les incapacités de travail ou invalidités survenues pendant le congé légal ou conventionnel de maternité, de paternité ou d'adoption ne donnent lieu à aucun versement de prestations pendant la durée du congé. La durée dudit congé n'est pas prise en considération pour l'appréciation du délai de franchise.

De même, la pénalité prévue par l'article D 323-2 du code de la Sécurité sociale (réduction de 50% des indemnités journalières afférentes à la période écoulée entre la date de prescription de l'arrêt de travail, ou de sa prolongation, et celle de son envoi à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie en cas de déclaration tardive) n'est pas prise en charge par l'Institution.

DELAJ DE DECLARATION DU SINISTRE

Incapacité de travail et Invalidité

La déclaration de l'état d'incapacité temporaire totale de travail ou d'invalidité doit être faite à l'Institution par votre employeur ou à défaut par vous-même (contrat de travail rompu) dans les six mois suivant la date du début de cet état d'incapacité ou d'invalidité.

Invalidité Absolue et Définitive

La déclaration de l'invalidité doit être faite à l'Institution par votre employeur ou à défaut par vous-même (contrat de travail rompu) dans les six mois suivant la notification de la Sécurité sociale, sauf en cas de force majeure.

DECLARATION TARDIVE ET DECHEANCE

Déclaration tardive

En cas de déclaration tardive d'une incapacité de travail ou d'une invalidité, c'est-à-dire intervenant plus de six mois après la date du début de cet état d'incapacité ou d'invalidité, le point de départ de l'arrêt de travail retenu pour l'application de la garantie sera la date de réception de la déclaration par l'Institution ; le délai de franchise retenu commence à courir à compter de cette date.

Déchéance

Le bénéficiaire de la garantie décès qui a été condamné pour avoir donné volontairement la mort au Participant est déchu du bénéfice des garanties, celles-ci produisant leurs effets au profit des autres bénéficiaires.

FAUSSE DECLARATION- PRESCRIPTION

Fausse déclaration

Les garanties sont annulées en cas de fausse déclaration intentionnelle ou de réticence, conformément aux dispositions de l'article L 932-7 du Code de la Sécurité sociale. Dans ce cas, les cotisations payées demeurent acquises à l'Institution.

Prescription

Toutes actions susceptibles d'être intentées par votre employeur, vous-même, vos ayants droit ou l'Institution sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois ce délai ne court :

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

La prescription est portée à :

- ♦ **cinq ans en ce qui concerne les prestations relatives au risque incapacité de travail ;**
- ♦ **dix ans pour les prestations relatives au risque décès.**

PIECES A FOURNIR POUR LE REGLEMENT DES PRESTATIONS

Après réception complète des pièces justificatives mentionnées ci-après, les prestations incapacité de travail et invalidité sont versées dans les quinze jours ouvrés, les capitaux et les rentes décès dans les trente jours ouvrés.

RISQUES DÉCÈS ET IAD (invalidité absolue et définitive)

Les prestations sont versées après remise des pièces suivantes :

- ◆ une demande de règlement de prestations dûment remplie ;
- ◆ une copie intégrale et lisible du livret de famille du ou des bénéficiaire(s) mentionnant le décès ;
- ◆ la copie lisible de la carte vitale ou autre document indiquant le numéro de Sécurité sociale du conjoint, du demandeur ou du (des) bénéficiaire(s) ;
- ◆ une copie lisible du dernier avis d'imposition ou de non imposition ;
- ◆ une copie lisible de la dernière déclaration fiscale ;
- ◆ une photocopie lisible recto-verso de la pièce d'identité du conjoint, du demandeur ou du (des) bénéficiaire(s) ;
- ◆ pour le partenaire lié par un PACS, une copie lisible de l'attestation d'inscription au registre du greffe du Tribunal d'instance du domicile du Participant, ou un extrait d'acte de naissance sur lequel figure la mention du PACS ;
- ◆ pour le concubin du Participant, une copie des deux avis d'imposition (du Participant et du concubin domiciliés à la même adresse) des deux années précédant le décès du Participant ;
- ◆ pour les enfants âgés de plus de 16 ans et de moins de 26 ans, un justificatif de la poursuite de leurs études (certificats de scolarité et attestation de la Sécurité sociale des étudiants) et pour les enfants handicapés, un justificatif de leur reconnaissance par l'administration fiscale comme étant à la charge du participant décédé ;
- ◆ pour les enfants, l'avis d'imposition ou une attestation du Trésor Public reconnaissant le rattachement d'enfants (avec dates de naissance) au foyer fiscal du Participant décédé au titre de l'année de survenance du décès ou de l'invalidité absolue et définitive ;
- ◆ les pièces supplémentaires énumérées ci-dessous.

Garanties Décès en capital ou en rente

Les pièces supplémentaires demandées sont :

- ◆ un extrait d'acte de naissance, de mariage et de décès du Participant ou, le cas échéant, du conjoint ou de l'enfant à charge ;
- ◆ pour les Participants mariés, une attestation sur l'honneur précisant s'il y a eu ou non jugement de séparation ou de non-conciliation ;
- ◆ un rapport médical précisant la cause du décès, à retourner dans l'enveloppe confidentielle à l'intention du Médecin Conseil ;
- ◆ en cas de décès accidentel, tous documents attestant que le décès résulte d'un accident (procès-verbal de gendarmerie ou de police, coupure de presse et toute autre pièce jugée utile par l'Institution) ;
- ◆ pour les frais d'obsèques, la facture originale et acquittée mentionnant le nom de la personne l'ayant acquittée, la copie recto-verso de sa carte d'identité ainsi que son RIB.

Garantie IAD

Les pièces supplémentaires demandées sont :

- ◆ la notification d'attribution de la pension d'invalidité de la 3^{ème} catégorie par la Sécurité sociale, ou d'inaptitude à 100 % en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle ;
- ◆ en cas d'accident, tous documents attestant que l'Invalidité Absolue et Définitive résulte d'un accident (procès-verbal de gendarmerie ou de police, coupure de presse et toute autre pièce jugée utile par l'Institution).

RISQUES INCAPACITÉ DE TRAVAIL ET INVALIDITÉ

Les prestations sont versées après remise des pièces suivantes :

- ◆ une demande de règlement de prestations dûment remplie ;
- ◆ les bordereaux de paiement de prestations de la Sécurité sociale depuis le début de l'arrêt de travail ;
- ◆ les pièces supplémentaires énumérées ci-dessous.

Garantie Incapacité de travail

Les pièces supplémentaires demandées sont :

- ◆ les attestations de salaires réellement versés en cas de reprise partielle d'activité, ou les attestations de versement des allocations du Pôle Emploi ou de tout autre organisme.

Garantie Invalidité

Les pièces supplémentaires demandées sont :

- ◆ la photocopie de la notification de la pension d'invalidité par la Sécurité sociale ou de la rente d'accident du travail ou maladie professionnelle ;
- ◆ le justificatif du versement de la pension d'invalidité ainsi qu'une attestation sur l'honneur de non reprise d'activité ou de perception d'un autre revenu ;
- ◆ les attestations de salaires réellement versés en cas de reprise partielle d'activité, ou les attestations de versement des allocations du Pôle Emploi ou de tout autre organisme ;
- ◆ en cas de rupture du contrat de travail, une photocopie du certificat de travail précisant la date à laquelle a eu lieu la rupture, cette date devant tenir compte éventuellement des congés payés et du préavis.

COMMUNICATION - RECLAMATION - MEDIATION

Droit d'accès et de rectification

Votre entreprise et vous-même êtes protégés par la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition pour tout motif légitime et de suppression de toute information vous concernant qui figurerait sur le fichier à l'usage de l'Institution, de ses mandataires, et de ses réassureurs.

Le droit d'accès et de rectification peut être exercé à l'adresse suivante :

Service INFO CNIL
rue Denise Buisson
93554 Montreuil cedex

Accompagné d'une copie d'un titre d'identité en cours de validité ou par mail à l'adresse suivante : info.cnil@klesia.fr

Réclamation et médiation

Pour toute réclamation relative au fonctionnement du contrat, votre entreprise ou vous-même devez l'adresser en priorité à l'Institution, à l'attention du Service Satisfaction Clients (SSC), par courrier, 1-13 rue Denise Buisson, 93554 Montreuil cedex, ou par téléphone au 01 71 39 15 15 (du lundi au vendredi de 9 h 00 à 18 h 00) ou courriel – www.klesia.fr –.

Après épuisement des voies internes de réclamation, et sans préjudice du droit d'exercer un recours contentieux, votre entreprise, vous-même ainsi que vos bénéficiaires ou ayants-droit, pouvez, afin de trouver une issue amiable au différend vous opposant à l'Institution, vous adresser par courrier au Médiateur du CTIP à l'adresse suivante : 10 rue Cambacérès 75008 Paris.

SUSPENSION, CESSATION ET MAINTIEN DES GARANTIES

SUSPENSION DES GARANTIES

Sous réserve des dispositions spécifiques éventuellement prévues dans le récapitulatif des garanties, les garanties sont suspendues de plein droit lorsque aucune rémunération ou aucune indemnité journalière complémentaire financée au moins pour partie par votre employeur n'est versée par votre entreprise, si vous êtes par exemple dans un des cas suivants :

- ◆ congé sabbatique visé aux articles L 3142-91 et suivants du Code du Travail ;
- ◆ congé parental d'éducation visé aux articles L 1225-47 et suivants du Code du Travail ;
- ◆ congé pour création d'entreprise visé aux articles L 3142-78 et suivants du Code du Travail ;
- ◆ ou tout autre motif de suspension du contrat de travail non rémunéré.

La suspension des garanties intervient à la date où vous avez effectivement cessé votre travail dans votre entreprise. Elle s'achève dès votre reprise effective du travail au sein de l'effectif assuré, sous réserve que l'Institution en soit informée dans un délai de trois mois suivant la reprise.

Un maintien des garanties décès pour les Participants dont le contrat de travail est suspendu peut être proposé, à titre onéreux, sur demande expresse de l'Entreprise auprès de l'Institution.

CESSATION DES GARANTIES

En cas de non-paiement des cotisations, conformément à l'article L 932-9 du Code de la Sécurité sociale, les garanties sont suspendues puis résiliées.

Les garanties cessent également :

- ◆ si vous cessez d'appartenir à la catégorie assurée ;
- ◆ si votre contrat de travail avec l'Adhérente est rompu, quelle qu'en soit la cause, sauf si celle-ci intervient dans un cadre faisant jouer une clause de maintien des garanties ;
- ◆ en cas de résiliation du contrat, à l'exception des maintiens de garanties décès prévus par la loi et décrits au paragraphe « maintien des garanties décès après résiliation » ;
- ◆ en cas d'attribution de votre pension vieillesse par la Sécurité sociale sauf situation de poursuite ou reprise d'une activité salariée au sein de l'Entreprise ;
- ◆ si vous venez à décéder, à l'exception de la garantie double effet si votre conjoint vous survit, et que le contrat est toujours en vigueur, rente éducation et éventuellement rente de conjoint survivant ;
- ◆ en cas de cessation d'activité ou de disparition de votre entreprise.

MAINTIEN DE LA GARANTIE EN CAS DE RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL INDEMNISEE PAR L'ASSURANCE CHOMAGE :

En cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par l'assurance chômage, les anciens salariés bénéficient du maintien, à titre gratuit, de la garantie Prévoyance appliquée dans leur ancienne entreprise pendant leur période d'indemnisation du chômage, et pour une durée égale à celle de leur dernier contrat de travail ou des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant, arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois.

Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à indemnisation complémentaire ait été égal chez le dernier employeur.

Les anciens salariés doivent justifier auprès de l'Institution de leur prise en charge par l'organisme d'assurance chômage à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties.

Le maintien des garanties ne peut conduire les anciens salariés à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'ils auraient perçues au titre de la même période.

Les anciens salariés perdent leur droit au maintien de leurs garanties s'ils retrouvent un emploi, en cas de radiation des listes du Pôle Emploi ou en cas de résiliation du contrat (ou de l'adhésion au contrat en contrat standard).

L'employeur doit signaler le maintien des garanties Prévoyance dans le certificat de travail et doit informer l'Institution de la rupture du contrat de travail.

CONSEQUENCES DE LA RESILIATION DU CONTRAT

MAINTIEN DES PRESTATIONS EN COURS APRÈS RÉSILIATION

Conformément aux dispositions de l'article 7 de la Loi 89-1009 du 31 décembre 1989, les prestations en cours de service, immédiates ou différées, à la date de résiliation sont maintenues à leur niveau atteint à cette date.

Par contre, aucune revalorisation des prestations en cours de service à la date de résiliation n'est effectuée par l'Institution ultérieurement. Il appartient à votre entreprise, conformément aux dispositions de la Loi du 8 août 1994, de s'assurer de la poursuite de la revalorisation des prestations en cours de service à la date de résiliation ainsi que de la revalorisation des bases de calcul des différentes prestations relatives à la couverture du risque Décès, ces dernières étant au moins égales à celles déterminées par le contrat de l'organisme assureur qui a fait l'objet d'une résiliation.

MAINTIEN DES GARANTIES DÉCÈS APRÈS RÉSILIATION

Conformément aux dispositions de l'article 7-1 de la Loi 89-1009 introduit par la Loi du 17 juillet 2001, l'ensemble des garanties décès et annexes est maintenu pour les personnes bénéficiant, à la date de résiliation, de prestations en espèces au titre de l'incapacité de travail ou de l'invalidité, ou de rentes accident du travail ou maladie professionnelle et ce, tant qu'elles perçoivent des prestations de la Sécurité sociale, et au plus tard, jusqu'à la date de liquidation de la retraite de base de la Sécurité sociale.

En cas de résiliation ayant pour origine la disparition de l'Entreprise, sans reprise de fonds, par cessation d'activité ou liquidation judiciaire, la couverture de l'ensemble des garanties décès sont maintenus par l'Institution.

MAINTIEN DES GARANTIES À TITRE INDIVIDUEL

Sous réserve d'en faire la demande avant la fin du délai de préavis de résiliation du contrat, les salariés et les anciens salariés bénéficiaires d'un maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail indemnisé par l'Assurance Chômage peuvent obtenir, à titre individuel, le maintien de garanties équivalentes à celles du contrat, pour une durée maximale d'un an, et ce, sans délai de carence ou examen médical.

La cotisation définie par l'Institution est payable annuellement et d'avance par le Participant. Le certificat individuel d'admission comportera les garanties, leur date d'effet et le montant de la cotisation.

MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS D'ARRET DE TRAVAIL

Tant que vous êtes en arrêt de travail, vous continuez à bénéficier des garanties adoptées par votre employeur dans le cadre du contrat souscrit, tant que ce dernier est en vigueur.

Votre entreprise est exonérée du paiement des cotisations vous concernant à compter de l'expiration du délai de franchise de la garantie Incapacité de travail.

Le maintien des garanties et l'exonération cessent :

- ◆ lorsque vous ne percevez plus de la Sécurité sociale de prestations en espèces au titre de l'Incapacité de travail ou de l'Invalidité ayant entraîné le maintien de garantie ;
- ◆ à la date de liquidation de votre retraite du régime général de la Sécurité sociale ou à la date de transformation de votre pension d'invalidité en pension vieillesse par la Sécurité sociale ;
- ◆ à la reprise totale d'activité ;
- ◆ en cas de résiliation du contrat, sous réserve des dispositions du chapitre précédent « Conséquences de la résiliation du contrat ».

RECAPITULATIF DES GARANTIES SOUSCRITES

CATEGORIES DE PERSONNEL GARANTIES

L'ensemble du personnel, en activité, inscrit sur les contrôles de l'entreprise tant que le présent contrat est en vigueur.

Par ailleurs, il est précisé que le personnel détaché bénéficie des dispositions du présent régime.

Le personnel expatrié en Nouvelle Calédonie, au Maroc et en Inde bénéficie également des dispositions du présent régime. Les prestations versées interviennent alors en complément de celles versées par la Caisse des Français de l'Etranger (ou par la CAFAT pour le personnel établi en Nouvelle Calédonie).

MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL A COMPTER DU 1ER JANVIER 2016

Si vous êtes en suspension du contrat de travail et bénéficiez d'un maintien de salaire

Les garanties sont maintenues en cas de suspension du contrat de travail si vous bénéficiez de la part de votre employeur d'un maintien de salaire.

Ce maintien des garanties cesse :

- A la date de reprise d'activité,
- A la date de prise d'effet de la retraite Sécurité sociale,
- A la date de cessation du versement du complément de salaire,
- A la date de rupture du contrat de travail,
- A la date de résiliation du présent régime.

Si votre suspension du contrat de travail a pour origine un arrêt de travail indemnisé par la Sécurité sociale, vous bénéficiez de ce maintien de garanties jusqu'à la date de reprise d'activité ou jusqu'à la date de prise d'effet de la retraite Sécurité sociale.

Les garanties sont maintenues en contrepartie du versement de cotisations tant pour la part patronale que salariale. Les cotisations sont dues tant que vous percevez une rémunération ou des indemnités journalières complémentaires financées en tout ou partie par l'employeur.

Si vous êtes en suspension du contrat de travail et ne bénéficiez pas d'un maintien de salaire

1°/ MAINTIEN DES GARANTIES « DECES ET ANNEXES »

Si vous êtes en suspension du contrat de travail à votre initiative (congé sabbatique, en congé parental d'éducation, congé pour création d'entreprise ou tout autre motif de suspension du contrat de travail non rémunéré), vous pouvez continuer à bénéficier des garanties « Décès et annexes » à condition d'en faire la demande dans les six mois suivant la suspension du contrat de travail et sous réserve du paiement des cotisations correspondantes.

2°/ MAINTIEN DES GARANTIES « INCAPACITE DE TRAVAIL - INVALIDITE »

En outre si vous êtes en congé parental, vous bénéficiez sans supplément de cotisation des garanties Incapacité de travail – Invalidité selon les modalités définies à la garantie « Incapacité de travail – Invalidité ».

Il est précisé que les cotisations dues si vous êtes en suspension du contrat de travail et ne bénéficiez pas d'un maintien de salaire sont calculées sur la base des douze derniers mois civils précédant la suspension du contrat de travail.

Ces maintiens cessent dans les conditions définies au paragraphe « cessation des garanties ».

GARANTIES : MONTANT DES PRESTATIONS

MODALITES DE CHOIX D'OPTION

Le choix de l'option (option A option B) est effectué par vous-même lors de votre affiliation.

Vous avez la possibilité de modifier votre choix en remplissant un nouveau bulletin. Ce choix peut être modifié lors d'un changement de situation de famille ou au 1^{er} janvier de chaque année. La demande doit être effectuée par lettre recommandée adressée à :

KLESIA Prévoyance – Base Image BIA 13 rue Denise Buisson – 93554 MONTREUIL CEDEX.

A défaut de choix, l'option B sera retenue. Il est précisé qu'en cas de choix de l'option A et en l'absence de conjoint au moment de votre décès, l'option B sera appliquée automatiquement.

OPTION A

GARANTIE DECES « TOUTES CAUSES »

Le montant du capital garanti, calculé en pourcentage du traitement de base et en fonction de votre situation de famille au moment du décès ou de l'invalidité absolue et définitive est fixé à :

Votre situation de famille	Montant du capital		
	TA	TB	TC
Célibataire, veuf, divorcé, sans enfant à charge	200 %	200 %	200 %
Marié, pacsé, en concubinage, sans enfant à charge	200 %	200 %	200 %
Tout Participant ayant un enfant à charge	250 %	250 %	250 %
Majoration par enfant supplémentaire à charge	50 %	50 %	50 %

En tout état de cause, le montant du capital ne serait être inférieur à 340 % du plafond annuel de la Sécurité sociale en vigueur au jour du décès avec prorata si vous travaillez à temps partiel.

GARANTIE INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE « TOUTES CAUSES »

Le capital prévu en cas de décès « toutes causes » (option A) est versé par anticipation.

Le montant versé en cas d'invalidité absolue et définitive si vous êtes célibataire, veuf ou divorcé, sans enfant à charge ne peut être inférieur à celui versé si vous étiez marié sans enfant à charge.

GARANTIE DECES RESULTANT D'UN ACCIDENT

En cas de décès résultant d'un accident, il est versé un capital supplémentaire au capital décès « toutes causes » de l'option A égal à 50 % de ce capital décès.

GARANTIE INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE RESULTANT D'UN ACCIDENT

En cas d'invalidité absolue et définitive résultant d'un accident, il est versé un capital supplémentaire au capital invalidité absolue et définitive « toutes causes » égal à 50 % du capital décès « toutes causes » prévu par l'option A.

GARANTIE DECES RESULTANT D'UN ACCIDENT DE LA CIRCULATION SURVENU LORS D'UN DEPLACEMENT PROFESSIONNEL (DECES EN MISSION)

Il est versé un capital supplémentaire aux capitaux décès « toutes causes » et décès résultant d'un accident, égal à 100 % du traitement de base.

GARANTIE DOUBLE EFFET

Il est versé à chaque enfant à charge une rente annuelle égale à 10 % du traitement de base.

GARANTIE PREDECES DU CONJOINT

Il vous est versé un capital fixé à 20 % du traitement de base.

GARANTIE FRAIS D'OBSEQUES

Il est versé une prestation égale à 100 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au jour du décès.

GARANTIE RENTE EDUCATION

La rente annuelle, calculée en fonction de l'âge de l'enfant au moment de votre décès ou de votre mise en invalidité absolue et définitive, est fixée en pourcentage du traitement de base à :

- Jusqu'au 11^{ème} anniversaire : 12 % du traitement de base TA / TB / TC
- Du 11^{ème} au 18^{ème} anniversaire : 15 % du traitement de base TA / TB / TC
- Du 18^{ème} au 21^{ème} anniversaire : 20 % du traitement de base TA / TB / TC
(26^{ème} anniversaire en cas de poursuite d'études)

Cette rente ne peut être inférieure à :

- 24 % du plafond annuel de la Sécurité sociale en vigueur au jour du décès ou de l'invalidité absolue et définitive, jusqu'au 18^{ème} anniversaire,
- 30 % du plafond annuel de la Sécurité sociale en vigueur au jour du décès ou de l'invalidité absolue et définitive, du 18^{ème} au 26^{ème} anniversaire.

Pour les enfants handicapés tels que définis au paragraphe «Définition de la situation familiale» une rente viagère fixée à 12 % du traitement de base TA/TB/TC est versée.

GARANTIE RENTE DE CONJOINT SURVIVANT

Cette rente est composée des éléments ci-après :

- ◆ la rente viagère,
et
- ◆ la rente temporaire.

Eléments constitutifs de la rente

- ◆ **La rente viagère** correspond au versement d'un arrérage dont le montant est égal à autant de fois 0,70 % du traitement de base par année restant à courir entre la date de votre décès et celle à laquelle vous auriez atteint 65 ans, selon la formule ci-après :
 - $0,70 \% (65 - x) * T$
 - T représente le traitement de base défini au paragraphe « Traitement annuel de base des prestations »,
 - x représente votre âge à la date de votre décès, calculé par différence de millésime entre votre année de naissance et l'année de votre décès.

Il est à noter que la rente viagère ne peut être inférieure à 5 % du traitement de base.

- ◆ **La rente temporaire** correspond au versement d'un arrérage au conjoint survivant, tant que celui-ci ne peut prétendre à la liquidation de la pension de réversion du régime de retraite complémentaire dont vous bénéficiez. Le montant de la rente garanti est égal à autant de fois 0,35 % du traitement de base par année séparant la date à laquelle vous aviez 25 ans de celle de votre décès selon la formule ci-après :
 - $0,35 \% (x - 25) * T$
 - T et x représente les mêmes paramètres que pour la rente viagère définie ci-dessus.

PERSONNEL EN ACTIVITE

GARANTIE INCAPACITE DE TRAVAIL

Franchise

Pour le personnel en cours de période d'essai :

30 jours continus d'arrêt de travail.

La franchise court pendant la période continue d'arrêt total de travail et débute au premier jour de cette période. Il est précisé que si vous avez commencé à bénéficier du paiement des indemnités journalières, une reprise du travail inférieure à deux mois n'entraîne qu'une suspension du paiement, sans application d'un nouveau délai de franchise, pour autant que le nouvel arrêt résulte de la même affection ou du même accident, et que vous en apportiez la preuve par certificat médical.

Pour le personnel dont la période d'essai est terminée :

90 jours discontinus d'arrêt de travail.

La franchise discontinue est appréciée en décomptant tous les arrêts intervenus au cours des douze mois consécutifs antérieurs calculés de date à date.

Dès lors que la franchise est atteinte, tout nouvel arrêt de travail fera l'objet d'une indemnisation dès le premier jour d'arrêt.

Montant des prestations

Il est versé une prestation égale à 95 % du traitement de base brut TA/TB/TC sous déduction des prestations brutes versées par la Sécurité sociale ou par la CFE ou par la CAFAT.

GARANTIE INVALIDITE

En cas d'invalidité de 1^{ère}, 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie, il est versé une prestation égale à 95 % du traitement de base brut TA/TB/TC sous déduction des prestations brutes versées par la Sécurité sociale ou par la CFE ou par la CAFAT.

Par ailleurs, il est précisé que toute invalidité permanente partielle consécutive à un accident ou à une maladie incontestable (maladies psychiques et psychosomatiques exclues), entraînant un déclassement et une perte de revenu inférieure à 66% donne droit au paiement d'une allocation tant que dure la réduction de salaire, mais plafonnée à 40% pendant deux ans et à 25% les trois années suivantes.

L'allocation est versée tant que le bénéficiaire fait partie des effectifs de l'entreprise et tant que la convention est maintenue en vigueur.

Cette invalidité permanente partielle sera déterminée par le médecin traitant et reconnue par le médecin conseil de l'Institution.

Par ailleurs, en cas d'invalidité résultant d'un accident du travail, d'un accident du trajet ou d'une maladie professionnelle, l'indemnisation est égale à :

- **Taux d'incapacité permanente supérieur ou égal à 66 % correspondant à une rente servie par la Sécurité sociale calculée au taux de 49 %** : le montant de la rente est égal à celui versé en cas d'invalidité de 2^{ème} et 3^{ème} catégorie.
- **Taux d'incapacité permanente égal ou supérieur à 33 % correspondant à une rente servie par la Sécurité sociale calculée au taux de 16,50 % et inférieur à 66 % correspondant à une rente servie par la Sécurité sociale calculée au taux de 49 %** : le montant de la rente est égal à celui versée en cas d'invalidité de 1^{ère} catégorie
- **Taux d'incapacité permanente inférieur à 33 % correspondant à une rente servie par la Sécurité sociale calculée au taux de 16,50 %** : aucune rente n'est versée.

PERSONNEL EN CONGE PARENTAL

Modalités d'application

Les modalités d'application de la présente assurance sont fixées par assimilation aux situations prévues par la législation de la Sécurité sociale, en particulier en ce qui concerne la date reconnue pour origine de l'incapacité de travail ou de l'invalidité et votre pourcentage d'invalidité.

Déclaration – Justification

Si vous vous trouvez dans l'impossibilité physique constatée par votre médecin traitant de continuer ou de reprendre une activité professionnelle, vous devrez en faire la déclaration à l'Institution par l'intermédiaire de votre employeur sauf cas de force majeure dans les trois mois qui suivent la date du premier acte médical ayant ordonné l'arrêt de travail.

A cette déclaration devra être jointe une attestation de votre médecin justifiant médicalement l'arrêt de travail et spécifiant l'obligation du repos à la chambre et, si le traitement l'exige, les heures de sorties autorisées.

Les certificats établis depuis l'origine de la maladie ou de l'accident devront être également remis à votre employeur qui les transmettra à l'Institution.

En outre, postérieurement à cette déclaration, toute modification de votre état de santé, toute prolongation accordée par le médecin traitant devront être signalées dans un délai de quinze jours.

Faute de se faire, sauf en cas de force majeure, vous serez considéré comme guéri à l'expiration des délais prévus dans les certificats précédents.

Franchise en cas d'incapacité de travail

Pour le personnel en cours de période d'essai :

30 jours continus d'arrêt de travail.

La franchise court pendant la période continue d'arrêt total de travail et débute au premier jour de cette période. Il est précisé que si vous avez commencé à bénéficier du paiement des indemnités journalières, une reprise du travail inférieure à deux mois n'entraîne qu'une suspension du paiement, sans application d'un nouveau délai de franchise, pour autant que le nouvel arrêt résulte de la même affection ou du même accident, et que vous en apportiez la preuve par certificat médical.

Pour le personnel dont la période d'essai est terminée :

90 jours discontinus d'arrêt de travail.

La franchise discontinue est appréciée en décomptant tous les arrêts intervenus au cours des douze mois consécutifs antérieurs calculés de date à date.

Dès lors que la franchise est atteinte, tout nouvel arrêt de travail fera l'objet d'une indemnisation dès le premier jour d'arrêt.

Montant des prestations

En cas d'incapacité de travail, il est versé une prestation égale à 95 % du traitement de base brut TA/TB/TC sous déduction des prestations brutes versées par la Sécurité sociale ou par la CFE ou par la CAFAT, reconstituées comme si elle avait pris en charge l'arrêt de travail.

En cas d'invalidité de 1^{ère}, 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie, il est versé une prestation égale à 95 % du traitement de base brut TA/TB/TC sous déduction des prestations brutes versées par la Sécurité sociale ou par la CFE ou par la CAFAT, reconstituées comme si elle avait pris en charge l'invalidité.

Par ailleurs, en cas d'invalidité résultant d'une maladie professionnelle, l'indemnisation est égale à :

- **Taux d'incapacité permanente supérieur ou égal à 66 % correspondant à une rente servie par la Sécurité sociale calculée au taux de 49 %** : le montant de la rente est égal à celui versé en cas d'invalidité de 2^{ème} et 3^{ème} catégorie.
- **Taux d'incapacité permanente égal ou supérieur à 33 % correspondant à une rente servie par la Sécurité sociale calculée au taux de 16,50 % et inférieur à 66 % correspondant à une rente servie par la Sécurité sociale calculée au taux de 49 %** : le montant de la rente est égal à celui versée en cas d'invalidité de 1^{ère} catégorie
- **Taux d'incapacité permanente inférieur à 33 % correspondant à une rente servie par la Sécurité sociale calculée au taux de 16,50 %** : aucune rente n'est versée.

OPTION B

GARANTIE DECES « TOUTES CAUSES »

Votre situation de famille	Montant du capital		
	TA	TB	TC
Célibataire, veuf, divorcé, sans enfant à charge	300 %	300 %	300 %
Marié, pacsé, en concubinage, sans enfant à charge	330 %	330 %	330 %
Tout Participant ayant un enfant à charge	415 %	415 %	415 %
Majoration par enfant supplémentaire à charge	85 %	85 %	85 %

En tout état de cause, le montant du capital ne serait être inférieur à 340 % du plafond annuel de la Sécurité sociale en vigueur au jour du décès avec prorata si vous travaillez à temps partiel.

GARANTIE INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE « TOUTES CAUSES »

Le capital prévu en cas de décès « toutes causes » (option B) est versé par anticipation.

Le montant versé en cas d'invalidité absolue et définitive si vous êtes célibataires, veuf ou divorcé sans enfant à charge ne peut être inférieur à celui versé si vous etiez marié sans enfant à charge.

GARANTIE DECES RESULTANT D'UN ACCIDENT

En cas de décès résultant d'un accident, il est versé un capital supplémentaire au capital décès « toutes causes » de l'option B égal à 100 % de ce capital décès.

GARANTIE INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE RESULTANT D'UN ACCIDENT

En cas d'invalidité absolue et définitive résultant d'un accident, il est versé un capital supplémentaire au capital invalidité absolue et définitive « toutes causes » égal à 100 % du capital décès « toutes causes » prévu par l'option B.

GARANTIE DECES RESULTANT D'UN ACCIDENT DE LA CIRCULATION SURVENU LORS D'UN DEPLACEMENT PROFESSIONNEL (DECES EN MISSION)

Il est versé un capital supplémentaire aux capitaux décès « toutes causes » et décès résultant d'un accident, égal à 100 % du traitement de base.

GARANTIE DOUBLE EFFET

Il est versé à chaque enfant à charge une rente annuelle égale à 10 % du traitement de base.

GARANTIE PREDECES DU CONJOINT

Il vous versé un capital fixé à 20 % du traitement de base.

GARANTIE FRAIS D'OBSEQUES

Il est versé une prestation égale à 100 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au jour du décès.

GARANTIE RENTE EDUCATION

La rente annuelle, calculée en fonction de l'âge de l'enfant au moment de votre décès ou de votre mise en invalidité absolue et définitive, est fixée en pourcentage du traitement de base à :

- Jusqu'au 11^{ème} anniversaire : 12 % du traitement de base TA / TB / TC
- Du 11^{ème} au 18^{ème} anniversaire : 15 % du traitement de base TA / TB / TC
- Du 18^{ème} au 21^{ème} anniversaire : 20 % du traitement de base TA / TB / TC
(26^{ème} anniversaire en cas de poursuite d'études)

Cette rente ne peut être inférieure à :

- 24 % du plafond annuel de la Sécurité sociale en vigueur au jour de votre décès ou de l'invalidité absolue et définitive, jusqu'au 18^{ème} anniversaire,
- 30 % du plafond annuel de la Sécurité sociale en vigueur au jour de votre décès ou de l'invalidité absolue et définitive, du 18^{ème} au 26^{ème} anniversaire.

Pour les enfants handicapés tels que définis au paragraphe « Définition de la situation familiale » une rente viagère fixée à 12 % du traitement de base TA/TB/TC est versée.

PERSONNEL EN ACTIVITE

GARANTIE INCAPACITE DE TRAVAIL

Franchise

Pour le personnel en cours de période d'essai :

30 jours continus d'arrêt de travail.

La franchise court pendant la période continue d'arrêt total de travail et débute au premier jour de cette période. Il est précisé que si vous avez commencé à bénéficier du paiement des indemnités journalières, une reprise du travail inférieure à deux mois n'entraîne qu'une suspension du paiement, sans application d'un nouveau délai de franchise, pour autant que le nouvel arrêt résulte de la même affection ou du même accident, et que vous en apportiez la preuve par certificat médical.

Pour le personnel dont la période d'essai est terminée :

90 jours discontinus d'arrêt de travail.

La franchise discontinue est appréciée en décomptant tous les arrêts intervenus au cours des douze mois consécutifs antérieurs calculés de date à date.

Dès lors que la franchise est atteinte, tout nouvel arrêt de travail fera l'objet d'une indemnisation dès le premier jour d'arrêt.

Montant des prestations

Il est versé une prestation égale à 95 % du traitement de base brut TA/TB/TC sous déduction des prestations brutes versées par la Sécurité sociale ou par la CFE ou par la CAFAT.

GARANTIE INVALIDITE

En cas d'invalidité de 1^{ère}, 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie, il est versé une prestation égale à 95 % du traitement de base brut TA/TB/TC sous déduction des prestations brutes versées par la Sécurité sociale ou par la CFE ou par la CAFAT.

Par ailleurs, il est précisé que toute invalidité permanente partielle consécutive à un accident ou à une maladie incontestable (maladies psychiques et psychosomatiques exclues), entraînant un déclassement et une perte de revenu inférieure à 66% donne droit au paiement d'une allocation tant que dure la réduction de salaire, mais plafonnée à 40% pendant deux ans et à 25% les trois années suivantes.

L'allocation est versée tant que le bénéficiaire fait partie des effectifs de l'entreprise et tant que la convention est maintenue en vigueur.

Cette invalidité permanente partielle sera déterminée par le médecin traitant et reconnue par le médecin conseil de l'Institution.

Par ailleurs, en cas d'invalidité résultant d'un accident du travail, d'un accident du trajet ou d'une maladie professionnelle, l'indemnisation est égale à :

- **Taux d'incapacité permanente supérieur ou égal à 66 % correspondant à une rente servie par la Sécurité sociale calculée au taux de 49 %** : le montant de la rente est égal à celui versée en cas d'invalidité de 2^{ème} et 3^{ème} catégorie.
- **Taux d'incapacité permanente égal ou supérieur à 33 % correspondant à une rente servie par la Sécurité sociale calculée au taux de 16,50 % et inférieur à 66 % correspondant à une rente servie par la Sécurité sociale calculée au taux de 49 %** : le montant de la rente est égal à celui versée en cas d'invalidité de 1^{ère} catégorie
- **Taux d'incapacité permanente inférieur à 33 % correspondant à une rente servie par la Sécurité sociale calculée au taux de 16,50 %** : aucune rente n'est versée.

PERSONNEL EN CONGE PARENTAL

MODALITES D'APPLICATION

Les modalités d'application de la présente assurance sont fixées par assimilation aux situations prévues par la législation de la Sécurité sociale, en particulier en ce qui concerne la date reconnue pour origine de l'incapacité de travail ou de l'invalidité et de votre pourcentage d'invalidité.

DECLARATION - JUSTIFICATION

Si vous vous trouvez dans l'impossibilité physique constatée par votre médecin traitant de continuer ou de reprendre une activité professionnelle, vous devrez en faire la déclaration à l'Institution par l'intermédiaire de votre employeur sauf cas de force majeure dans les trois mois qui suivent la date du premier acte médical ayant ordonné l'arrêt de travail.

A cette déclaration devra être jointe une attestation de votre médecin justifiant médicalement l'arrêt de travail et spécifiant l'obligation du repos à la chambre et, si le traitement l'exige, les heures de sorties autorisées.

Les certificats établis depuis l'origine de la maladie ou de l'accident devront être également remis à votre employeur qui les transmettra à l'Institution.

En outre, postérieurement à cette déclaration, toute modification de votre état de santé, toute prolongation accordée par le médecin traitant devront être signalées dans un délai de quinze jours.

Faute de se faire, sauf en cas de force majeure, vous serez considéré comme guéri à l'expiration des délais prévus dans les certificats précédents.

FRANCHISE EN CAS D'INCAPACITE DE TRAVAIL

Pour le personnel en cours de période d'essai :

30 jours continus d'arrêt de travail.

La franchise court pendant la période continue d'arrêt total de travail et débute au premier jour de cette période. Il est précisé que si vous avez commencé à bénéficier du paiement des indemnités journalières, une reprise du travail inférieure à deux mois n'entraîne qu'une suspension du paiement, sans application d'un nouveau délai de franchise, pour autant que le nouvel arrêt résulte de la même affection ou du même accident, et que vous en apportiez la preuve par certificat médical.

Pour le personnel dont la période d'essai est terminée :

90 jours discontinus d'arrêt de travail.

La franchise discontinue est appréciée en décomptant tous les arrêts intervenus au cours des douze mois consécutifs antérieurs calculés de date à date.

Dès lors que la franchise est atteinte, tout nouvel arrêt de travail fera l'objet d'une indemnisation dès le premier jour d'arrêt.

MONTANT DES PRESTATIONS

En cas d'incapacité de travail, il est versé une prestation égale à 95 % du traitement de base brut TA/TB/TC sous déduction des prestations brutes versées par la Sécurité sociale ou par la CFE ou par la CAFAT, reconstituées comme si elle avait pris en charge l'arrêt de travail.

En cas d'invalidité de 1^{ère}, 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie il est versé une prestation égale à 95 % du traitement de base brut TA/TB/TC sous déduction des prestations brutes versées par la Sécurité sociale ou par la CFE ou par la CAFAT, reconstituées comme si elle avait pris en charge l'invalidité.

Par ailleurs, en cas d'invalidité résultant d'une maladie professionnelle, l'indemnisation est égale à :

- **Taux d'incapacité permanente supérieur ou égal à 66 % correspondant à une rente servie par la Sécurité sociale calculée au taux de 49 %** : le montant de la rente est égal à celui versée en cas d'invalidité de 2^{ème} et 3^{ème} catégorie.
- **Taux d'incapacité permanente égal ou supérieur à 33 % correspondant à une rente servie par la Sécurité sociale calculée au taux de 16,50 % et inférieur à 66 % correspondant à une rente servie par la Sécurité sociale calculée au taux de 49 %** : le montant de la rente est égal à celui versée en cas d'invalidité de 1^{ère} catégorie
- **Taux d'incapacité permanente inférieur à 33 % correspondant à une rente servie par la Sécurité sociale calculée au taux de 16,50 %** : aucune rente n'est versée.

* * * * *