



REGLEMENT INTERIEUR DE CARCEPT- PREVOYANCE

Adopté par la Commission Paritaire de CARCEPT-Prévoyance du 9 juin 2022

SOMMAIRE

SOMMAIRE	2
PREAMBULE	3
TITRE I – DISPOSITIONS GENERALES	4
PARTIE I – GENERALITES	4
ARTICLE 1 – OBJET ET CHAMP D’APPLICATION	4
ARTICLE 2 – CADRE LEGAL	4
ARTICLE 3 – CONTROLE DE L’INSTITUTION	4
ARTICLE 4 – PRESCRIPTION	4
ARTICLE 5 – RECLAMATION ET MEDIATION	5
ARTICLE 6 – PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES	5
ARTICLE 7 – COMMUNICATION PAR VOIE ELECTRONIQUE	6
ARTICLE 8 – LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME	6
ARTICLE 9 – LUTTE CONTRE LA FRAUDE A L’ASSURANCE	7
PARTIE II – ADHESION DE L’ENTREPRISE ET AFFILIATION DES SALARIES	7
ARTICLE 10 – ADHESION DE L’ENTREPRISE	7
ARTICLE 11 – AFFILIATION DES PARTICIPANTS	8
ARTICLE 12 – OBLIGATION D’INFORMATION A LA CHARGE DE L’ADHERENT	11
PARTIE III – COTISATIONS	11
ARTICLE 13 – ASSIETTE ET TAUX DE COTISATIONS	11
ARTICLE 14 – PAIEMENT DES COTISATIONS	11
ARTICLE 15 – EXONERATION DES COTISATIONS	12
ARTICLE 16 – REVISION DES COTISATIONS	12
PARTIE IV – PRESTATIONS	12
ARTICLE 17 – SITUATION FAMILIALE DU PARTICIPANT	12
ARTICLE 18 – MODIFICATION DES PRESTATIONS	13
ARTICLE 19 – DECLARATION DES SINISTRES	13
ARTICLE 20 – PAIEMENT DES PRESTATIONS	14
ARTICLE 21 – CONTROLE MEDICAL	14
ARTICLE 22 – EXCLUSIONS	15
ARTICLE 23 – DECHEANCE	15
ARTICLE 24 – SUBROGATION	15
TITRE II – DISPOSITIONS SPECIFIQUES	16
PARTIE I – GARANTIE INVALIDITE	16
ARTICLE 25 – GARANTIE INVALIDITE	16
ARTICLE 26 – PRESTATION	16
ARTICLE 27 – COMPTE INDIVIDUEL DE POINTS	18
PARTIE II – GARANTIE DECES / INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE (IAD)	20
ARTICLE 28 – GARANTIE DECES	20
ARTICLE 29 – GARANTIE INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE	22
ARTICLE 30 – PRISE D’EFFET DU REGLEMENT INTERIEUR	23

Préambule

Depuis 1955, les partenaires sociaux des professions des transports et des activités auxiliaires ont mis en place un régime de protection sociale couvrant les risques Invalidité et Décès pour les salariés de ces professions. Le protocole d'accord du 24 septembre 1980 a complété ce dispositif d'un régime de prévoyance d'inaptitude à la conduite pour les salariés relevant des professions des transports et des activités du déchet. Par accord-cadre du 20 avril 2016 dit « Pour un nouveau modèle de protection sociale des salariés relevant des professions des transports et des activités du déchet », les partenaires sociaux ont souhaité moderniser le régime de protection sociale des professions concernées. Par la suite, les dispositions du décret n°55-1297 du 3 octobre 1955 ont donc été mises en cohérence avec celles de l'accord-cadre du 20 avril 2016 pour les risques Invalidité et Décès. CARCEPT-Prévoyance propose aux entreprises de ces secteurs d'activités la garantie des risques Invalidité et Décès, dans les conditions prévues par les accords susvisés.

TITRE I – DISPOSITIONS GENERALES

PARTIE I – GENERALITES

Article 1 – Objet et champ d’application

Article 1.1 – Objet

Le présent règlement fixe les conditions générales dans lesquelles CARCEPT-Prévoyance, institution de prévoyance régie par le Titre III du Livre IX du code de la Sécurité sociale dont le siège social est situé 4 rue Georges Picquart – 75 017 PARIS, assure les risques « décès et invalidité » pour les salariés relevant des professions des transports afin de mettre en œuvre les garanties prévues au décret n° 55-1297 du 3 octobre 1955 modifié et de l'accord-cadre du 20 avril 2016. Ces accords, leurs annexes et avenants sont annexés au présent règlement.

Ce règlement est complété de deux annexes :

- Annexe 1 relative à la garantie incapacité dans le secteur du transport routier de marchandises
- Annexe 2 relative à la garantie ALD AVC / Cancer dans le secteur du transport routier de voyageurs

Article 1.2 – Champ d’application

Peuvent adhérer au présent règlement les entreprises entrant dans le champ d’application de l’accord collectif du 20 avril 2016 et relevant de :

- la convention collective nationale des transports routiers et des activités auxiliaires du transport, à l’exception des entreprises référencées sous l’un des codes NACE suivants : 53.20Z, 52.10B, 77.39Z, 86.90A ;
- la convention collective nationale des réseaux de transports publics urbains de voyageurs ;
- la convention collective nationale du personnel des voies ferrées d’intérêt local.

Par dérogation, les entreprises adhérentes au régime de prévoyance invalidité-décès de l’Institution à la date d’entrée en vigueur de l’accord-cadre du 20 avril 2016, et qui n’entrent pas dans le champ d’application précité, peuvent également adhérer au présent règlement.

Article 2 – Cadre légal

CARCEPT-Prévoyance est soumise aux dispositions du Titre III du Livre IX du Code de la Sécurité sociale. Le présent règlement est régi par les dispositions du Code de la Sécurité sociale et est exclusivement soumis à la loi française. Tout litige éventuel lié au présent règlement sera du ressort des tribunaux français.

Article 3 – Contrôle de l’Institution

L’Institution est soumise au contrôle de l’Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 4, place de Budapest – CS 92459 – 75436 PARIS Cedex 09.

Article 4 – Prescription

Conformément aux dispositions de l’article L932-13 du Code de la Sécurité sociale, toutes les actions dérivant du présent règlement, et notamment celles relatives à la garantie Invalidité, sont prescrites dans un délai de deux ans à compter de l’évènement qui y donne naissance. Pour la garantie Décès, la prescription s’applique dans les délais et conditions posées par les deux derniers alinéas de l’article L932-13 du Code de la Sécurité sociale et les dispositions de la loi n° 2014-617 du 13 juin 2014.

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

Le délai de prescription est interrompu dans les cas suivants :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait,
- la demande en justice, même en référé,
- la désignation d'experts à la suite d'un sinistre,
- l'envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception ou recommandé électronique adressé(e) soit à l'adhérent par l'Institution en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, soit à l'Institution par le participant en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Article 5 – Réclamation et médiation

Pour toute réclamation relative au fonctionnement du contrat, l'adhérent ou le participant doit s'adresser en priorité à l'adresse suivante :

CARCEPT-Prévoyance
Service Réclamation
TSA 90200
69307 LYON CEDEX 07

Si un désaccord persistait après épuisement des voies internes de réclamation, et sans préjudice du droit d'agir en justice, l'adhérent, le participant ou son ayant droit peut, afin de trouver une issue amiable au différend l'opposant à l'Institution, saisir le Médiateur de la protection sociale, dans le délai d'un an à compter de la réclamation.

Le Médiateur peut également être saisi à défaut de réponse de l'Institution dans le délai de deux mois à une réclamation écrite. Pour être recevable, la saisine de l'adhérent doit être accompagnée du justificatif de la réclamation auprès de l'Institution.

Par courrier :

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

Par internet : <http://www.ctip.asso.fr/saisine-mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/>

Article 6 – Protection des données personnelles

Dans le cadre de la relation contractuelle qui lie l'adhérent à l'Institution, CARCEPT-Prévoyance, entité du Groupe KLESIA, située 4, rue Georges Picquart 75017 Paris est amenée à traiter des données personnelles des assurés et des bénéficiaires du contrat, en tant que responsable de traitement.

À ce titre, CARCEPT-Prévoyance s'engage à respecter la réglementation en vigueur applicable en matière de protection des données personnelles et notamment à traiter les données personnelles pour les seules finalités qui font l'objet du contrat à savoir :

- La passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance,
- La gestion de la relation commerciale,
- La mise en place d'actions de prévention,
- La prospection commerciale,
- La lutte contre la fraude et les impayés,
- La lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme,
- La recherche des contrats décès non réglés,
- Le respect de dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur.

Les données personnelles des assurés et des bénéficiaires ne sont transmises à aucun autre destinataire que ceux mentionnés dans la notice d'information.

CARCEPT-Prévoyance traite les données personnelles des assurés et des bénéficiaires en France ou en Europe. Néanmoins, si un transfert de données, vers des pays non reconnus par la Commission Européenne comme ayant un niveau de protection adéquat devait être envisagé, ils en seraient informés spécifiquement en précisant les garanties mises en place permettant la protection de leurs données personnelles.

Sauf précision apportée dans la notice d'information, les données personnelles des assurés et des bénéficiaires sont conservées le temps de la relation commerciale ou contractuelle et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légales ou nécessaires au respect d'une obligation réglementaire.

Les assurés et bénéficiaires disposent de droits (droit d'accès, de rectification, d'effacement dans certains cas, d'opposition, de limitation du traitement, à la portabilité) qu'ils peuvent exercer auprès du Délégué à la Protection des Données (DPO) de CARCEPT-Prévoyance par courrier électronique : info.cnil@klesia.fr ou par courrier postal à l'adresse KLESIA – SERVICE INFO CNIL – CS 30027 – 93108 Montreuil Cedex.

Les assurés et les bénéficiaires disposent également d'une possibilité de formuler une réclamation près de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07 ou <https://cnil.fr>

Des informations plus détaillées sur le traitement des données sont fournies par CARCEPT-Prévoyance aux assurés et aux bénéficiaires dans la notice d'information.

Article 7 – Communication par voie électronique

Conformément aux dispositions des articles 1366 et 1367 du Code civil, les courriels et les documents électroniques échangés entre l'adhérent ou le participant et l'Institution sont considérés comme étant équivalents à des documents écrits. L'ensemble des parties reconnaît la valeur probante des courriels et des documents électroniques. Cette disposition ne fait pas obstacle à la fourniture par l'assuré des documents originaux éventuellement nécessaires à l'Institution pour le paiement des prestations, ainsi qu'au respect des dispositions des articles L932-12-2 et R932-1-6 du code de la Sécurité sociale relatives aux modalités de dénonciation.

Article 8 – Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme

Dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux, pour tous les versements effectués, l'adhérent atteste que ces versements ne proviennent pas d'opérations constitutives d'une infraction à la loi. L'Institution se réserve le droit de demander tout justificatif sur l'origine des versements conformément aux articles L561-1 et suivants du code monétaire et financier.

Article 9 – Lutte contre la fraude à l'assurance

L'Institution peut utiliser les données personnelles du participant à des fins de lutte contre la fraude à l'assurance. Ce traitement peut entraîner une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

PARTIE II – ADHESION DE L'ENTREPRISE ET AFFILIATION DES SALARIES

Article 10 – Adhésion de l'entreprise

L'adhésion de l'entreprise est formalisée par :

- la signature d'un bulletin d'adhésion par l'entreprise,
- un certificat d'adhésion signé par l'Institution.

Article 10.1 – Date d'effet et durée de l'adhésion

L'adhésion prend effet à la date figurant sur le certificat d'adhésion et prend fin au 31 décembre de l'année en cours. L'adhésion se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année, sauf dénonciation dans les conditions prévues à l'article 10.2.

Article 10.2 – Fin de l'adhésion

L'adhésion au présent règlement peut être dénoncée par l'adhérent ou l'Institution.

Article 10.2.1 – Dénonciation par l'Institution

L'adhésion au présent règlement peut être dénoncée par l'Institution, par lettre recommandée avec avis de réception.

Cette dénonciation peut intervenir :

- **À l'échéance du contrat**, au moins deux mois avant l'échéance, le cachet de la poste faisant foi ;
- **En cas de non-paiement des cotisations**, conformément aux dispositions de l'article 14 ;
- **En cas de cessation d'activité**, de plein droit à la date de cessation de l'activité ;
- **En cas de refus par l'adhérent de la modification de l'adhésion par l'Institution (révision des cotisations ou réduction des garanties)**, dans un délai d'un mois suivant la proposition de modification. La dénonciation prend effet à la date d'entrée en vigueur de la modification.

Article 10.2.2 – Dénonciation par l'adhérent

L'adhésion au présent règlement peut être dénoncée par l'adhérent par l'un des moyens suivants :

- Lettre ou tout autre support durable ;
- Déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'Institution ;
- Acte extrajudiciaire ;
- Communication à distance lorsque l'organisme le propose pour la souscription.

Cette dénonciation peut intervenir :

- **À l'échéance de l'adhésion**, au moins 2 mois avant l'échéance ;
- **En cas de refus par l'adhérent de la modification de l'adhésion par l'Institution (révision des cotisations ou réduction des garanties)**, dans un délai d'un mois suivant la proposition de modification. La dénonciation prend effet à la date d'entrée en vigueur de la modification.

Article 11 – Affiliation des participants

Article 11.1 – Catégorie assurée

L'adhérent entrant dans le champ d'application visé à l'article 1.2 s'engage à affilier tous les salariés qui ne relèvent pas des dispositions des articles 2.1 et 2.2 de l'Accord National Interprofessionnel du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres (anciennement articles 4 et 4 bis de la convention collective nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947).

Compte tenu du caractère collectif à adhésion obligatoire du présent règlement, l'adhérent doit affilier l'ensemble des salariés appartenant à la catégorie bénéficiaire désignée ci-dessus. L'adhérent s'engage également à y affilier obligatoirement tous les salariés appartenant à la catégorie bénéficiaire qu'il embauchera postérieurement à la date d'effet de l'adhésion ainsi que tous ceux qui viendront à être promus dans la catégorie de personnel bénéficiaire postérieurement à cette date.

Par leur affiliation, les salariés acquièrent la qualité de participant.

Article 11.2 – Date d'effet de l'affiliation

Sous réserve du respect des conditions de l'article 11.1 du présent règlement, la qualité de participant est acquise :

- à la date de prise d'effet précisée sur le certificat d'adhésion, lorsque les salariés sont présents dans l'effectif de l'entreprise à cette date et remplissent à cette date les conditions de l'article 11.1 du présent règlement ;
- à la date d'embauche ou de changement d'emploi lorsque celle-ci est postérieure à la date d'effet de l'adhésion.

Les salariés bénéficient des garanties à compter de la date d'affiliation.

Article 11.3 – Prise en charge des sinistres en cours à la date d'effet de l'adhésion

Sous réserve que l'adhérent ait déclaré les salariés en incapacité de travail ou en invalidité lors de la signature du bulletin d'adhésion, l'Institution peut garantir :

- La revalorisation des rentes d'invalidité ou d'incapacité permanente en cours de service et la revalorisation de la base de calcul des garanties décès ;
- L'indemnisation intégrale en l'absence d'assureur antérieur, pour les salariés en arrêt de travail dont le contrat de travail est en cours à la date d'effet du contrat ;
- L'éventuel différentiel de prestations en cas d'indemnisation inférieure par le précédent organisme assureur, des salariés dont le contrat de travail n'est pas rompu.

La prise en charge de ces sinistres s'effectue en contrepartie du paiement d'une cotisation spécifique, calculée par l'Institution après étude des sinistres en cours. L'adhésion ne sera acceptée qu'après signature par l'adhérent d'une lettre établie par l'Institution contenant le montant de la cotisation spécifique, les modalités du paiement de cette prime, les sinistres concernés ainsi que la date d'effet de l'adhésion. A défaut, l'adhésion sera refusée.

Article 11.4 – Cessation de l'affiliation

L'affiliation du participant cesse de plein droit dans les cas suivants :

- à la dénonciation de l'adhésion de l'entreprise,
- à la rupture du contrat de travail du participant sous réserve du cas de maintien prévu à l'article 11.5.2,
- en cas de cessation d'activité ou disparition de l'adhérent,
- en cas de changement d'emploi du salarié, qui ne répond plus aux conditions de l'article 11.1,
- à la date du décès du participant.

Article 11.5 – Maintien des garanties

Article 11.5.1 – En cas de suspension du contrat de travail donnant lieu à maintien des garanties

Les garanties sont maintenues au profit du participant qui bénéficie :

- D'un maintien total ou partiel de salaire ;
- Des indemnités journalières complémentaires versées au titre d'un contrat de prévoyance complémentaire ou des indemnités journalières de la Sécurité sociale ;
- D'un revenu de remplacement versé par l'employeur, notamment en cas d'activité partielle ou d'activité partielle de longue durée (dont l'activité est totalement suspendue ou dont les horaires sont réduits) et de congé rémunéré par l'employeur (reclassement, mobilité ...).

Sous réserve des dispositions relatives à l'exonération des cotisations prévues à l'article 15, ce maintien des garanties donne lieu à paiement des cotisations.

Article 11.5.2 – En cas de rupture du contrat de travail donnant lieu à portabilité des droits

Article 11.5.2.1 – Conditions

Conformément aux dispositions de l'article L911-8 du Code de la Sécurité sociale, en cas de cessation du contrat de travail, les garanties dont bénéficiaient les participants sont maintenues, à condition que la cessation du contrat de travail ne soit pas consécutive à une faute lourde et que l'ancien salarié soit pris en charge par le régime de l'Assurance Chômage. Le bénéfice du maintien de ces garanties est également subordonné à la condition que les droits aient été ouverts chez leur dernier employeur.

Article 11.5.2.2 – Formalités

Pour bénéficier de la portabilité des droits, l'ancien salarié doit retourner à l'Institution, le bulletin de demande de portabilité établi par l'Institution dûment complété et signé. Il incombe à l'adhérent d'informer le participant de ce droit.

Article 11.5.2.3 – Date d'effet et durée du maintien des garanties

Le maintien des garanties prend effet à compter de la date de cessation du contrat de travail. Ce maintien est accordé à l'ancien salarié pendant la période d'indemnisation par l'Assurance Chômage pour une durée équivalente à celle de son dernier contrat de travail ou, le cas échéant, de ses derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur, dans la limite de 12 mois. La suspension des allocations du régime d'Assurance Chômage, pour cause de maladie ou pour tout autre motif, n'a pas d'incidence sur le calcul de la durée du maintien qui ne sera pas prolongée d'autant.

Article 11.5.2.4 – Garanties maintenues

Les garanties maintenues sont celles en vigueur chez le dernier employeur. Ainsi, toute révision du règlement sera applicable aux bénéficiaires du maintien des droits. Les sommes versées au titre des garanties invalidité et décès au cours de la période de maintien des droits ne peuvent conduire l'ancien salarié à percevoir un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues à la même période.

Article 11.5.2.5 – Financement

Le maintien des garanties est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations du contrat des salariés en activité, ce qui entraîne l'absence de cotisations au titre de périodes postérieures à la cessation du contrat de travail pour l'employeur et l'ancien salarié.

Article 11.5.2.6 – Obligations déclaratives

L'ancien salarié s'engage à fournir à l'Institution :

- à l'ouverture du maintien des garanties, le justificatif initial d'indemnisation par le régime d'Assurance Chômage ;
- trimestriellement au cours de la période du maintien des garanties, l'attestation de paiement des allocations chômage ou le cas échéant, les décomptes d'indemnités journalières de la Sécurité sociale. En cas de sinistre, l'Institution pourra également réclamer cette attestation à chaque demande de prise en charge par le participant.

Article 11.5.2.7 – Cessation du maintien des garanties

Le maintien des garanties cesse :

- à l'issue de la période de portabilité,
- au décès de l'ancien salarié,
- en cas de cessation du versement des allocations du régime de l'Assurance Chômage,
- en cas de non-transmission des justificatifs de prise en charge par l'Assurance Chômage,
- en cas de dénonciation de l'adhésion.

Article 11.5.3 – En cas de dénonciation de l'adhésion

Article 11.5.3.1 – Maintien des prestations en cours de service

En application de l'article 7 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 dite « loi Evin », les prestations invalidité en cours de service à la date de dénonciation de l'adhésion sont maintenues dans leur montant atteint à cette date, dans les limites des garanties correspondantes prévues au Titre II.

Pour les participants dont l'état d'invalidité ou d'incapacité permanente est reconnu ou aggravé postérieurement à la date de dénonciation de l'adhésion, l'Institution verse la prestation prévue à la date de l'arrêt de travail. Ce nouvel état ne sera pris en charge que si le fait générateur de l'arrêt est survenu durant la période d'assurance ou pour les participants ayant fait l'objet d'une prise en charge des sinistres en cours à la date de l'adhésion et ne bénéficiant pas d'un contrat de prévoyance antérieur. La revalorisation des prestations cesse à compter de la date de dénonciation de l'adhésion, sauf en l'absence d'assureur reprenneur.

Ce maintien cesse en cas de :

- Reprise totale d'activité ;
- Cessation des versements par la Sécurité sociale des indemnités journalières, d'une pension d'invalidité ou d'une rente accident du travail ou maladie professionnelle avec un taux d'incapacité permanente partielle égal ou supérieur à 54 %.

Article 11.5.3.2 – Maintien de la garantie décès

En application de l'article 7-1 de la loi Evin n°89-1009 du 31 décembre 1989, la garantie décès est maintenue lorsque le participant est indemnisé au titre de l'incapacité ou invalidité à la date de la dénonciation de l'adhésion.

Ce maintien cesse en cas de :

- Reprise totale d'activité ;
- Cessation des versements par la Sécurité sociale des indemnités journalières, d'une pension d'invalidité ou d'une rente accident du travail ou maladie professionnelle avec un taux d'incapacité permanente partielle égal ou supérieur à 54 %.

Article 11.5.3.3 – Maintien des garanties à titre individuel

En application de l'article 5 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 dite « loi Evin », en cas de dénonciation de l'adhésion, les participants peuvent continuer à bénéficier de garanties à titre individuel, moyennant le paiement de cotisations spécifiques déterminées par l'Institution, à condition d'en faire la demande dans les trois mois suivant la date d'effet de dénonciation de l'adhésion.

Article 11.6 – Notice d'information

L'Institution met à disposition de l'adhérent une notice d'information destinée aux participants, que l'adhérent est tenu de remettre à chaque participant. La preuve de la remise de cette notice aux participants incombe à l'adhérent.

Article 12 – Obligation d’information à la charge de l’adhérent

Article 12.1 – Lors de l’adhésion

Lors de l’adhésion au contrat, l’adhérent doit fournir à l’Institution :

- La liste de l’ensemble du personnel bénéficiaire défini à l’article 11.1 avec pour chacun des salariés :
 - Nom et prénom,
 - Date de naissance,
 - Adresse,
 - Numéro de Sécurité sociale,
 - Rémunération annuelle totale brute hors frais professionnels,
 - Relevé des points attribués, dans les conditions fixées par l’accord-cadre du 20 avril 2016 ;
- La liste du personnel en incapacité ou invalidité, indemnisé ou non au titre de l’assurance maladie obligatoire, ainsi que les salariés en mi-temps thérapeutique afin que l’Institution évalue les conséquences de la prise en charge des états pathologiques antérieurs à l’adhésion ;
- La liste des anciens salariés bénéficiant du maintien des garanties au titre de la portabilité des droits prévue par l’article L911-8 du code de la Sécurité sociale, ainsi que la date du terme de ce maintien pour chacun des anciens salariés.

Article 12.2 – Au cours de l’adhésion

En application de l’article L133-5-2 du code de la Sécurité sociale, l’adhérent doit utiliser la Déclaration Sociale Nominative (DSN) pour transmettre mensuellement à l’Institution toutes les informations relatives à l’effectif de la catégorie de salariés assurée, aux mouvements de personnel (embauche, suspension de contrat de travail, date de départ de l’entreprise et motif, salariés ne répondant plus aux critères définis à l’article 11.1) ainsi que la rémunération annuelle brute hors frais professionnels de chaque assuré affilié au règlement, ventilé par tranches soumises à cotisations sociales.

L’adhérent doit informer l’Institution de toute modification d’adresse, de raison sociale ou de modification de sa situation juridique (fusion, cession, scission...), au plus tard à chaque échéance de cotisations.

PARTIE III – COTISATIONS

Les garanties sont assurées par l’Institution en contrepartie du paiement des cotisations dans les conditions ci-après.

Article 13 – Assiette et taux de cotisations

Les cotisations sont assises sur l’ensemble des rémunérations totales brutes soumises aux cotisations de Sécurité sociale, hors frais professionnels, limitées à trois plafonds de la Sécurité sociale. Le taux des cotisations est fixé à 0,70 % dont 0,05% affecté au financement du haut degré de solidarité. La cotisation est répartie à raison de 50 % minimum à la charge de l’employeur et 50 % maximum à la charge du salarié, dans les conditions ci-après :

- la cotisation patronale est au minima de 0,35 % dont 0,025% affecté au financement du haut degré de solidarité,
- la cotisation salariale est au plus de 0,35 % dont 0,025% affecté au financement du haut degré de solidarité.

En cas de suspension du contrat de travail rémunérée ou indemnisée donnant lieu au versement d’un revenu de remplacement dans les conditions de l’article 11.5.1, l’assiette des cotisations est constituée de l’ensemble des rémunérations totales brutes soumises aux cotisations de Sécurité sociale, hors frais professionnels, figurant dans le contrat de travail, limitées à trois plafonds de la Sécurité sociale.

Article 14 – Paiement des cotisations

L’adhérent est seul responsable du paiement des cotisations vis-à-vis de l’Institution. De ce fait, il procède à leur calcul et au versement à l’Institution.

Les cotisations sont calculées et transmises mensuellement via la DSN et réglées au plus tard trimestriellement à terme échu.

L'Institution procède à l'ajustement des cotisations dues sur la base des informations contenues dans la DSN communiquée par l'adhérent.
Cet ajustement donne lieu, soit à un remboursement de trop perçu par l'Institution, soit à un paiement complémentaire par l'adhérent.

L'Institution s'interdit de suspendre et de résilier la couverture des participants en raison de la défaillance de l'adhérent dans le paiement des cotisations pour les entreprises entrant dans le champ d'application de l'accord collectif du 20 avril 2016.

S'agissant des entreprises n'entrant pas dans le champ d'application de l'accord précité, il sera fait application de l'article L932-9 du code de la Sécurité sociale.

Dans tous les cas, l'Institution pourra appliquer aux entreprises défaillantes des majorations de retard fixées par le conseil d'administration.

Article 15 – Exonération des cotisations

En cas d'incapacité de travail ou d'invalidité, la garantie couvrant le risque décès est maintenue pendant la durée du versement soit des indemnités journalières, soit de la rente d'invalidité par la Sécurité sociale. Les cotisations ne sont appelées que sur l'éventuel complément de salaire versé au participant par l'entreprise adhérente.

Article 16 – Révision des cotisations

Les taux de cotisation peuvent être modifiés par l'Institution en fonction de l'équilibre technique du régime ou en cas de modification législative, réglementaire ou conventionnelle ayant une incidence sur le règlement.

Le changement des taux de cotisation est notifié à l'adhérent avant son entrée en vigueur.

En cas de refus par l'adhérent des taux révisés par l'Institution, celui-ci doit aviser l'Institution dès la notification de révision des taux. À défaut d'accord entre l'Institution et l'adhérent, ce dernier peut dénoncer son adhésion par lettre ou tout autre support durable, déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'Institution, acte extrajudiciaire ou communication à distance lorsque l'organisme le propose pour la souscription, dans le délai d'un mois suivant cette notification.

Cette dénonciation prendra effet à la date d'entrée en vigueur des nouveaux taux.

À défaut, l'adhérent est réputé avoir accepté la révision des taux.

PARTIE IV – PRESTATIONS

Article 17 – Situation familiale du participant

La situation de famille du participant est appréciée au jour du sinistre.

Article 17.1 – Définition du conjoint

Est considéré comme conjoint :

- l'époux du participant, non séparé de corps judiciairement ou de fait à la date du sinistre ouvrant droit à prestations ;
- le partenaire lié au participant par un pacte civil de solidarité (PACS).

Le concubin, à savoir la personne vivant maritalement avec le participant sous le même toit, est assimilé au conjoint s'il remplit les conditions cumulatives suivantes :

- le concubin et le participant sont tous les deux célibataires, divorcés ou veufs ;
- le concubinage est établi de façon notoire depuis plus de deux ans.

Article 17.2 – Définition des enfants à charge

Il faut entendre par enfants à charge du participant, de son conjoint, de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS) ou de son concubin :

- les enfants légitimes, naturels, reconnus, adoptifs, ou recueillis depuis au moins 5 ans, sous réserve qu'ils remplissent cumulativement à la date du décès les conditions suivantes :
 - être âgé de moins de 18 ans révolus au moment du décès,
 - ne pas exercer d'activité rémunérée permanente et régulière,
 - être considéré comme à charge du participant, de son conjoint, de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS) ou de son concubin, ou percevoir du participant, de son conjoint, de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS) ou de son concubin une pension alimentaire. L'apprentissage effectué dans les conditions légales n'est pas considéré comme activité rémunérée. Dans les mêmes conditions, la limite d'âge est prorogée jusqu'à 21 ans pour les enfants inscrits à Pôle Emploi comme demandeur d'emploi et jusqu'à 25 ans pour ceux qui poursuivent leurs études.
- les enfants handicapés, au sens de la Sécurité sociale, quel que soit leur âge et sauf déclaration personnelle de revenus.

L'enfant né viable moins de 300 jours après le décès du participant est pris en considération.

Article 18 – Modification des prestations

L'Institution peut modifier les garanties en cas d'évolution législative, réglementaire ou conventionnelle ou en cas de déséquilibre technique du régime.

En cas de modification des conditions de prestations de la garantie invalidité, les participants en invalidité restent couverts selon les modalités contractuelles en vigueur à la date de l'arrêt de travail ayant entraîné l'invalidité ou à la date de la reconnaissance de l'invalidité ou de l'attribution d'une rente d'incapacité permanente.

En cas de modification des conditions de prestations de la garantie décès, les dispositions suivantes s'appliquent aux participants en invalidité à la date de la modification :

- S'ils figurent toujours aux effectifs de l'entreprise ou sont affiliés au règlement au titre de la portabilité, alors ils sont couverts selon les nouvelles conditions,
- À défaut, ils restent couverts selon les modalités en vigueur à la date de radiation des effectifs ou à la date d'expiration de la période de maintien des garanties susvisées.

Article 19 – Déclaration des sinistres

Article 19.1 – Délai de déclaration

La déclaration du sinistre est adressée à l'Institution par le participant, ses ayants droits ou l'adhérent dans les 6 mois à compter de la survenance du sinistre.

En cas de déclaration au-delà de ce délai, l'Institution se réserve le droit d'opposer la déchéance à indemnisation pour déclaration tardive si cela lui a causé un préjudice.

Article 19.2 – Pièces justificatives

L'Institution fournit un dossier à compléter et à retourner avec les pièces justificatives suivantes :

Pour l'invalidité

- La notification de la pension d'invalidité ou de l'attribution d'une rente d'incapacité par la Sécurité sociale ;
- En l'absence d'arrêt de travail précédant l'invalidité, un certificat médical précisant la date de survenance à adresser sous pli confidentiel au médecin-conseil de l'Institution ;
- La demande de prise en charge complétée par l'adhérent ;
- L'attestation récapitulative des indemnités journalières versées par la sécurité sociale pour l'arrêt de travail ayant entraîné l'invalidité ;
- L'attestation sur l'honneur accompagnée des justificatifs des ressources depuis la date d'effet de l'invalidité ;
- Justificatifs des salaires perçus en cas de reprise partielle d'activité ou attestation sur l'honneur de non-activité professionnelle ;
- Photocopie de l'avis d'imposition sur les revenus du Participant (et éventuellement de ceux du conjoint) ;

- Attestation de l'Adhérente indiquant les salaires bruts et nets (ou de tous les employeurs pour le Participant ayant des employeurs multiples) ;
- La copie recto verso de la pièce d'identité en cours de validité.

Pour le décès

- La demande de règlement de capital ;
- Un relevé d'identité bancaire ;
- Les pièces justificatives de la qualité de bénéficiaire : copie de l'acte intégrale de naissance, avis d'imposition sur les revenus du participant s'il avait un conjoint, partenaire de PACS ou concubin, et celui du conjoint, le cas échéant ;
- Les pièces justificatives de la qualité d'enfant à charge : certificat de scolarité, copie du contrat d'apprentissage, avis d'imposition du participant ou du conjoint ;
- Acte de notoriété établissant la dévolution successorale si le participant n'avait ni conjoint, ni partenaire de PACS ni concubin ;
- Deux justificatifs de domicile commun pour le concubin : quittance d'un fournisseur d'énergie, facture de téléphonie, bail commun, attestation d'assurance.

Article 20 – Paiement des prestations

Lorsqu'elle est servie sous forme de rente, la prestation prend effet à la date d'effet de la pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité délivrée par la Sécurité sociale et pendant toute la durée de l'invalidité ou de l'incapacité du participant reconnue par la Sécurité sociale. La rente est alors versée au participant trimestriellement à terme échu par virement bancaire.

En application du prélèvement à la source sur les revenus, la rente est versée, le cas échéant, minorée du montant dû au titre de l'impôt.

Ce montant est calculé en fonction du taux personnalisé s'il est connu, ou, à défaut, du taux non personnalisé ; il est reversé à l'administration fiscale.

La prestation en capital est versée au participant dans les 30 jours ouvrés suivant la réception de l'ensemble des pièces requises pour la demande de prise en charge.

Article 21 – Contrôle médical

Lors d'une demande de prestations ou pendant leur service, l'Institution se réserve le droit de faire examiner le participant par un médecin qu'il mandate à cet effet afin de pouvoir constater la réalité et la gravité de son état. En conséquence, l'Institution peut procéder, indépendamment de la prise en charge du participant par la Sécurité sociale obligatoire ou de tout autre organisme, à la suspension voire la suppression des prestations dès l'initiation du contrôle médical. Le participant doit fournir toutes pièces justificatives et se prêter à toute expertise ou examen que le médecin désigné par l'Institution juge utile de lui demander pour apprécier son état. Il doit être en mesure de présenter le maximum de pièces en lien avec son état de santé (certificats médicaux, ordonnances, radiographie, scanner, les originaux des décomptes des prestations espèces émanant de la Sécurité sociale, une attestation de salaire employeur...). À tout moment, les médecins mandatés par l'Institution auront le libre accès au participant en invalidité, afin de pouvoir constater son état. Des examens complémentaires pourront être effectués à la demande du médecin mandaté.

Le participant est tenu de se soumettre à ce contrôle médical sous peine de suspension des droits à prestations, intervenant à l'expiration d'un délai de 30 jours courant à compter de la date de première présentation de la lettre de mise en demeure. Il en sera de même en cas d'absence du domicile, de refus ou d'opposition à contrôle de la part du participant.

Pendant la période de suspension des droits à prestations, aucune prestation n'est due ; le versement des prestations s'effectue ou reprend, s'il y a lieu, au terme définitif du processus du contrôle médical. La décision de l'Institution relative au refus d'ouverture, à la réduction ou à la cessation, prise en fonction des conclusions de son médecin désigné, s'impose au participant sans que celui-ci puisse se prévaloir de la poursuite par la Sécurité sociale de l'indemnisation pour les prestations de base, ou d'avis de prolongation de l'arrêt de travail postérieurs au contrôle ou à l'expertise.

La décision est notifiée au participant par lettre recommandée avec avis de réception. La contestation par le participant des conclusions du médecin désigné par l'Institution doit être adressée par lettre recommandée à l'Institution dans un délai de 30 jours à compter de la notification de la décision de l'Institution. Dans cette hypothèse, le participant pourra se faire représenter par son médecin traitant dans une entrevue amiable avec le médecin conseil de l'Institution.

En cas de désaccord entre son médecin traitant et le médecin conseil, les parties désigneront d'un commun accord, dans un délai d'un mois un troisième médecin pour les départager. À défaut d'entente, la désignation sera faite sur requête de la partie la plus diligente par le Président du Tribunal Judiciaire du ressort de l'Institution. L'avis de ce troisième médecin s'imposera à l'Institution et au participant sans que celui-ci puisse se prévaloir de la poursuite par la Sécurité sociale de l'indemnisation pour les prestations de base, ou d'avis de prolongation ou de nouvel arrêt postérieurs au contrôle ou à l'expertise. 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.

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

Article 22 – Exclusions

Ne donnent pas lieu à garantie et n'entraînent aucun paiement à la charge de l'Institution les conséquences :

- **des risques de guerres civiles ou étrangères, d'émeutes : la garantie n'aura d'effet que dans les conditions qui seront fixées par la législation à intervenir sur les assurances sur la vie en temps de guerre ;**
- **des risques atomiques : les accidents et maladies dus aux effets directs ou indirects d'explosion, de chaleur ou de radiation provenant d'une transmission du noyau de l'atome, telles que par exemple, la fission, la fusion, la radioactivité ou du fait de radiation provoqués par l'accélération des particules atomiques ;**
- **des risques de navigation aérienne : les risques de navigation aérienne sont couverts pourvu que le pilote et l'appareil soient munis des autorisations réglementaires ;**
- **des risques d'insurrection populaire, d'émeute, de rixe, d'acte de terrorisme dans lesquels le participant a pris une part active, étant précisé que les cas de légitime défense et d'assistance à personne en danger sont garantis, à charge pour le bénéficiaire d'en apporter la preuve ;**
- **des risques de la manipulation volontaire d'engins de guerre ou d'explosifs dont la détention est interdite ;**
- **de constatation, au jour du sinistre, d'un taux d'alcoolémie égal ou supérieur au taux légal précisé par l'article R234-1 du code de la Route ;**
- **de constatation au jour du sinistre, de l'usage de stupéfiants ou de substances médicamenteuses en dehors des limites de prescriptions médicales.**

Article 23 – Déchéance

Le bénéficiaire qui est condamné pour avoir volontairement donné la mort au participant est déchu du bénéfice des garanties, celles-ci continuant à produire leurs effets au profit des autres bénéficiaires.

Article 24 – Subrogation

L'Institution est subrogée au participant ou à ses ayants droit victime d'un accident dans leur action contre le tiers responsable pour le sinistre pris en charge, dans la limite des prestations versées.

TITRE II – DISPOSITIONS SPECIFIQUES

PARTIE I – GARANTIE INVALIDITE

Article 25 – Garantie invalidité

Les participants bénéficient de la garantie dans les conditions cumulatives suivantes :

- le participant est :
 - soit classé en 1^{ère}, 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie d'invalidité telles que définies à l'article L341-4 du code de la Sécurité sociale,
 - soit en incapacité permanente partielle résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle indemnisé au titre du Livre IV du code de la Sécurité sociale lorsque le taux d'incapacité permanente est au moins égal à 54 %.
- l'invalidité du participant est reconnue par la Sécurité sociale et donne lieu au versement d'une pension d'invalidité par cette dernière.

La présente garantie ne s'applique qu'aux suites des états pathologiques postérieurs au 1er janvier 2017, reconnues par les situations suivantes :

- **1 - lorsque l'état d'invalidité n'a pas été précédé d'un arrêt de travail, la présente garantie s'applique aux états d'invalidité prononcés, pour la première fois, postérieurement au 1er janvier 2017,**
- **2 - lorsque l'état d'invalidité fait suite à un arrêt de travail ou à une succession d'arrêts, la présente garantie s'applique aux états d'invalidité faisant suite à un arrêt de travail ou une succession d'arrêts dont l'arrêt initial est survenu postérieurement au 1er janvier 2017.**

Article 26 – Prestation

En cas d'invalidité dans les conditions définies ci-dessus, l'Institution verse une rente au participant.

Article 26.1 – Montant de la prestation

La rente est déterminée en fonction du nombre de points d'activité attribués au participant sur son compte individuel de points en application de l'accord cadre du 20 avril 2016 et selon la situation du participant :

- en cas d'invalidité 1^{ère} catégorie (telle que définie à l'article L341-4 du code de la Sécurité sociale) ou d'incapacité permanente partielle résultant d'un accident du travail, d'un accident du trajet ou d'une maladie professionnelle dont le taux d'incapacité permanente est compris entre 54 % et 65 %, le participant bénéficie d'une rente égale à 15 % du salaire de référence et ce quel que soit son nombre de points.
- en cas d'invalidité 2^{ème} catégorie ou 3^{ème} catégorie (telles que définies à l'article L341-4 du code de la Sécurité sociale) ou d'incapacité permanente partielle résultant d'un accident du travail, d'un accident du trajet ou d'une maladie professionnelle dont le taux d'incapacité permanente est au moins égal à 66 %, le participant bénéficie d'une rente égale à 20 % du salaire de référence.

Cette rente est majorée :

- de 12,5 % lorsque le participant a acquis au jour du sinistre au moins 1801 points d'activité ; soit une rente portée à 22,5 % du salaire de référence,
- de 25 % lorsque le participant a acquis au jour du sinistre au moins 2401 points d'activité ; soit une rente portée à 25 % du salaire de référence,
- de 50 % lorsque le participant a acquis au jour du sinistre au moins 3601 points d'activité ; soit une rente portée à 30 % du salaire de référence.

Article 26.2 – Salaire de référence

Le salaire de référence servant de base au calcul de la prestation est égal aux rémunérations totales brutes soumises aux cotisations de Sécurité sociale, hors frais professionnels, limitées à trois fois le plafond annuel de la Sécurité sociale, perçues au cours des 12 derniers mois précédant la date de reconnaissance de l'invalidité ou l'arrêt de travail ayant entraîné l'invalidité.

Lorsqu'au cours des 12 derniers mois, une période de chômage partiel ou d'arrêt de travail a eu lieu, le salaire de référence servant de base au calcul des prestations est égal aux rémunérations totales brutes soumises aux cotisations de Sécurité sociale, hors frais professionnels, figurant dans le contrat de travail, limitées à trois fois le plafond de la Sécurité sociale.

Lorsque l'ancienneté dans l'entreprise est inférieure à 12 mois lors de la survenance du sinistre, le salaire de référence servant de base de calcul de la prestation est égal aux rémunérations totales brutes soumises aux cotisations de Sécurité sociale, hors frais professionnels, figurant dans le contrat de travail, limitées à trois fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.

Pour les participants dont l'invalidité est reconnue au cours de la période de la portabilité des droits prévue à l'article 11.5.2, le salaire de référence servant de base de calcul de la prestation est égal aux rémunérations totales brutes soumises aux cotisations de Sécurité sociale, hors frais professionnels, limitées à trois fois le plafond annuel de la Sécurité sociale, perçues au cours des 12 mois précédant la date de rupture du contrat de travail.

Article 26.3 – Plafonnement de la prestation

Le total des sommes perçues par le participant au titre :

- des prestations du régime de base de la Sécurité sociale,
- de tout maintien de salaire par son employeur,
- de tous autres revenus salariaux,
- des pensions de toutes natures servies par un organisme gérant un régime légalement obligatoire (directement ou par délégation) ou institué en application de l'article L911-1 du code de la Sécurité sociale pour les risques visés à l'article L911-2 du même code,
- et de la présente garantie, ne peut être supérieur à 100 % du salaire net d'activité, limité à trois fois le plafond de la Sécurité sociale, qu'il aurait perçu s'il était en activité.

Dans l'hypothèse où le cumul des sommes perçues susvisées viendrait à dépasser le plafond susmentionné, les règles suivantes s'appliquent :

- si le participant bénéficie d'une garantie surcomplémentaire collective instituée en application de l'article L911-1 du code de la Sécurité sociale au titre d'un régime d'invalidité ou d'inaptitude à la conduite, la réduction sera d'abord opérée sur les prestations servies par ce régime, puis sur celles servies au titre de la garantie instituée en application du protocole d'accord du 24 septembre 1980 sur la mise en place d'un régime de prévoyance d'inaptitude à la conduite.
- en revanche, si le participant ne bénéficie pas d'une garantie surcomplémentaire collective instituée en application de l'article L911-1 du code de la Sécurité sociale au titre d'un régime d'invalidité ou d'inaptitude à la conduite, la réduction sera opérée en priorité sur les prestations servies au titre de la garantie instituée en application du protocole d'accord du 24 septembre 1980 sur la mise en place d'un régime de prévoyance d'inaptitude à la conduite.

Article 26.4 – Cessation du versement de la prestation

Le versement de la rente cesse au plus tard :

- lorsque le participant n'est plus reconnu invalide par la Sécurité sociale ou ne perçoit plus de rente d'accident du travail 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, lorsque le participant a la possibilité d'ouvrir ses droits à pension vieillesse de base à l'âge prévu à l'article L161-17-2 du code de la Sécurité sociale,
- au jour du décès du participant,
- en cas de contrôle médical concluant à une invalidité non justifiée.

Article 26.5 – Revalorisation de la prestation

Le taux de revalorisation de la rente est fixé par l'organe délibérant de l'Institution au moins une fois par an, le 1^{er} juillet de chaque année, en tenant compte des résultats techniques et financier de l'ensemble des adhésions au présent règlement.

En cas de dénonciation de l'adhésion, la prestation n'est plus revalorisée, sauf en l'absence d'assureur preneur et continue d'être versée au niveau atteint à la date de dénonciation.

Article 27 – Compte individuel de points

Article 27.1 – Alimentation du compte individuel de points

Le participant dispose d'un compte de points, composé de points d'activité et de points de solidarité.

Article 27.1.1 – Les points d'activité

Les points d'activité sont attribués à chaque participant tout au long de sa carrière du fait de son activité dans une entreprise entrant dans le champ d'application de l'accord collectif du 20 avril 2016 ou y ayant adhéré par dérogation dans les conditions définies par l'article 1.2 du présent règlement. Le nombre de points attribués est fixé en fonction des éléments de rémunération ayant donné lieu à cotisations selon les modalités suivantes :

Article 27.1.1.1 – Modalités pour les périodes antérieures au 1er janvier 2017

Les périodes antérieures au 1er janvier 2017 font l'objet, pour chacune des années et chacune des garanties, d'une reconstitution de points comme suit :

Rémunération annuelle soumise à cotisation au régime telle que définie dans l'annexe relative aux garanties décès - invalidité de l'accord-cadre du 20 avril 2016	Nombre de points d'activité attribués pour l'année (arrondi au centième supérieur)
Comprise entre 0 et 1 SMIC Annuel	120 points x (les éléments de rémunérations soumis à cotisation divisés par le SMIC Annuel)
Comprise entre 1 SMIC Annuel et 1 PASS	120 points
Comprise entre 1 PASS et 4 PASS	120 points + ((les éléments de rémunérations soumis à cotisation moins 1 PASS) x 24) / (3 x PASS) points
Au-delà de 4 PASS	144 points

Le SMIC Annuel et le Plafond Annuel de la Sécurité Sociale (PASS) pris en compte pour le calcul de points correspondent à ceux de l'année de versement de la rémunération. Lorsque le SMIC et le PASS ont évolué en cours d'année, il est retenu la moyenne pondérée sur l'année.

Article 27.1.1.2 – Modalités pour les périodes postérieures au 1er janvier 2017

Depuis le 1er janvier 2017, les points d'activité sont attribués, pour chacune des garanties, selon les modalités définies ci-après et sur la base de la rémunération perçue :

Rémunération totale sur les N mois de l'année A soumise à cotisation au régime telle que définie dans l'annexe relative aux garanties décès - invalidité de l'accord-cadre du 20 avril 2016	Nombre de points d'activité attribués pour les N mois de l'année A (arrondi au centième supérieur)
Comprise entre 0 et N SMIC Mensuel	$N \times 10 \text{ points} \times (\text{les éléments de rémunérations soumis à cotisation divisés par } N \times \text{SMIC Mensuel})$
Comprise entre N SMIC Mensuel et N PMSS	N*10 points
Comprise entre N PMSS et N*4 PMSS	$N \times 10 \text{ points} + ((\text{les éléments de rémunérations soumis à cotisation moins } N \text{ PMSS}) \times 2) / (3 \times \text{PMSS}) \text{ points}$
Au-delà de N*4 PMSS	N*12 points

Si le participant a perçu un salaire toute l'année, N est ainsi égal à 12 et c'est l'ensemble de la rémunération annuelle soumise à cotisation qui est prise en compte. Le SMIC Mensuel et le Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) pris en compte pour le calcul de points correspondent à ceux du mois de la réalisation du sinistre.

*Périodes de suspension du contrat de travail donnant lieu à attribution de points d'activité. Les salariés dont le contrat de travail est suspendu se voient attribuer des points d'activité dès lors qu'ils bénéficient d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par leur employeur. Le nombre de points attribués au titre de la période de suspension est égal au nombre de jours de suspension du contrat de travail x nombre de points attribués au titre de l'année qui précède la suspension du contrat de travail divisé par 365. Il est arrondi au centième supérieur. Le nombre total de points attribués par mois, et intégrant le nombre de points attribués au titre de la période de suspension tel que défini ci-dessus, ne pourra excéder 1/12 des points attribués au titre de l'année qui précède la suspension du contrat de travail.

Article 27.1.2 – Les points de solidarité

Les points de solidarité peuvent être attribués à chaque participant, tout au long de sa carrière, au titre d'actions de prévention suivies par le participant, ou en fonction de la situation personnelle du participant ou des événements de vie qu'il rencontre. Ils permettent notamment, en fonction du nombre de points de solidarité obtenus par chaque salarié tout au long de sa carrière, l'attribution de services supplémentaires au salarié ou à l'un de ses ayants droit, dans les situations suivantes :

- Bénéfice d'une prestation prévoyance ;
- Arrêt de travail continu d'une durée supérieure à 6 mois ;
- Affection de longue durée dite « exonérante » ;
- Situation d'aidant familial de son conjoint ou de son enfant (ou celui de son conjoint) ;
- Décès ou invalidité de son conjoint ou d'un de ses enfants (ou celui de son conjoint).

Ils peuvent également être utilisés pour l'acquisition à des tarifs préférentiels d'outils de prévention permettant au salarié de surveiller et d'améliorer sa santé ou l'accès à des programmes dédiés et plus généralement toute action permettant l'amélioration de la qualité de vie au travail, le bien-être au travail, le retour à l'emploi après une maladie, l'amélioration ou le maintien de l'état de santé et la réduction du risque AT/MP, ...

Ces points de solidarité sont attribués sous réserve que la quote-part de cotisations y afférente ait été versée à l'organisme gestionnaire du haut degré de solidarité défini au Titre IV de l'accord-cadre du 20 avril 2016. Au sein de la cotisation visée à l'article 13, une quote-part de 0,05 % est affectée au financement du haut degré de solidarité. Cette quote-part est répartie dans les conditions ci-après :

- 0,025 % de la cotisation patronale ;
- 0,025 % de la cotisation salariale.

L'Institution s'engage à communiquer auprès des adhérents sur le dispositif du haut degré de solidarité :

- lors de l'adhésion de l'entreprise,
- à l'occasion d'un des sinistres qui ouvrent droit à l'utilisation des points de solidarité.

Article 27.2 – Tenue du compte individuel de points d'activité

Article 27.2.1 – Calcul des points d'activité

L'Institution reconstitue et calcule les points d'activité de tous les participants, y compris pour les périodes antérieures à l'entrée en vigueur de l'accord-cadre du 20 avril 2016.

Article 27.2.2 – Obligations d'information à la charge de l'Institution

L'Institution s'engage à fournir au participant qui le demande son relevé de points d'activité attribués à compter de la date d'entrée en vigueur de l'accord-cadre du 20 avril 2016, pour chacune des années. L'Institution met à disposition des participants une interface internet sécurisée et confidentielle permettant à chaque participant de consulter, à tout moment, l'état de son compte individuel de points d'activité, y compris pour les points attribués antérieurement à la date d'entrée en vigueur de l'accord susmentionné, pour chacune des années. L'Institution s'engage à transmettre à l'adhérent :

- le relevé de points d'activité attribués, pour chacune des garanties et pour chacune des années, à tout participant ayant quitté l'entreprise, au jour de la date de la rupture du contrat de travail, pour transmission au participant concerné. Pour ce faire, l'adhérent devra informer l'Institution de la rupture du contrat de travail du participant ;
- le relevé de points d'activité attribués, pour chacune des garanties et pour chacune des années, à chacun des participants au jour de la dénonciation de l'adhésion.

PARTIE II – GARANTIE DECES / INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE (IAD)

Article 28 – Garantie décès

Cette garantie a pour objet d'assurer le versement d'un capital en cas de décès du participant.

Article 28.1 – Montant de la prestation

Le capital versé en cas de décès, exprimé en pourcentage du salaire de référence, est déterminé en fonction de la situation familiale du participant appréciée au jour du sinistre :

1 - Célibataire, veuf, séparé de droit ou de fait ou divorcé :

- sans enfant à charge : 50 %,
- avec un seul enfant à charge : 100 % dont 70 % pour le(s) bénéficiaire(s) et 30 % pour l'enfant,
- majoration pour chaque enfant à charge supplémentaire : 30 %.

2 - Marié, non séparé de droit ou de fait, vivant en concubinage ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS) :

- sans enfant à charge : 100 %,
- avec un seul enfant à charge : 130 % dont 100 % pour le(s) bénéficiaire(s) et 30 % pour l'enfant,
- majoration pour chaque enfant à charge supplémentaire : 30 %.

Le montant total du capital versé, majoration comprise, est limité à 200 % du capital de base.

Article 28.2 – Salaire de référence

Le salaire annuel de référence servant de base au calcul de la prestation est égal à l'ensemble des rémunérations totales brutes soumises aux cotisations de Sécurité sociale, hors frais professionnels, limitées à trois fois le plafond annuel de la Sécurité sociale, perçues au cours des 12 derniers mois précédant l'arrêt de travail ou le décès.

Lorsqu'au cours des 12 derniers mois, une période de chômage partiel ou d'arrêt de travail a eu lieu, le salaire de référence servant de base au calcul des prestations est égal aux rémunérations totales brutes soumises aux cotisations de Sécurité sociale, hors frais professionnels, figurant dans le contrat de travail, limitées à trois fois le plafond de la Sécurité sociale.

Lorsque l'ancienneté dans l'entreprise est inférieure à 12 mois lors de la survenance du sinistre, le salaire annuel de référence servant de base de calcul de la prestation est égal aux rémunérations totales brutes soumises aux cotisations de Sécurité sociale, hors frais professionnels, figurant dans le contrat de travail, limitées à trois fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.

Pour les participants dont le décès a lieu au cours de la période de la portabilité des droits prévue à l'article 11.5.2, le salaire de référence servant de base de calcul de la prestation est égal aux rémunérations totales brutes soumises aux cotisations de Sécurité sociale, hors frais professionnels, limitées à trois fois le plafond annuel de la Sécurité sociale, perçues au cours des 12 mois précédant la date de rupture du contrat de travail.

Article 28.3 – Les bénéficiaires de la garantie

En cas de décès du participant, un capital décès est versé aux bénéficiaires ci-après définis. Le participant peut désigner un ou plusieurs bénéficiaires du capital décès de base, au moment de son affiliation ou à tout moment, ultérieurement. La désignation expresse du bénéficiaire s'effectue par le formulaire délivré à cet effet par l'Institution. Un acte sous seing privé ou un acte authentique permet également la désignation du ou des bénéficiaires. Dans tous les cas, cette désignation n'est opposable à l'Institution que si elle est portée à sa connaissance.

Le salarié peut, à tout moment, modifier la désignation du (ou des) bénéficiaire(s). Pour cela, il doit en faire la déclaration par pli recommandé avec avis de réception à l'Institution et désigner le (ou les) bénéficiaire(s) de son choix. Le bénéficiaire peut accepter le bénéfice de la désignation à tout moment, il devient alors bénéficiaire acceptant. Dans ces circonstances, la modification de la clause bénéficiaire ne sera possible qu'avec l'accord écrit du bénéficiaire acceptant. L'acceptation est faite par avenant signé de l'Institution, du participant et du bénéficiaire. Elle peut également être faite par acte authentique ou sous seing privé, signé du participant et du bénéficiaire, et n'a d'effet à l'égard de l'Institution que lorsqu'elle lui est notifiée par écrit.

En l'absence d'une désignation particulière expresse dûment notifiée par le participant à l'Institution, le capital décès est versé selon l'ordre de priorité ci-après :

- le conjoint survivant, non séparé judiciairement ou de fait ou le partenaire auquel le défunt était lié par un PACS,

En cas de polygamie valable en droit en raison de la nationalité du participant ou du lieu de mariage, le capital est réparti par parts égales entre les conjoints non séparés judiciairement ou de fait.

- à défaut, le concubin peut, sous conditions définies ci-après, être assimilé au conjoint,
- à défaut, et par parts égales, les enfants à charge du participant tels que définis à l'article 17.2 pour l'ouverture du droit à majoration du capital,
- à défaut, et par parts égales, ses autres enfants, vivants ou représentés,
- à défaut, et par parts égales, ses ascendants,
- à défaut, et par parts égales, les héritiers du participant.

Par dérogation, les majorations pour enfant à charge sont versées au représentant légal de l'enfant, pour le compte de l'enfant. Les bénéficiaires, doivent, en tout état de cause, justifier de leur qualité de bénéficiaire au jour du décès. Le partenaire du pacte civil de solidarité doit apporter le justificatif attestant l'engagement dans les liens du PACS. Le concubin doit apporter la preuve qu'il a vécu jusqu'au moment du décès au moins deux ans en concubinage notoire avec le participant décédé. En cas de concubinage, seront exigés au moins deux justificatifs de la qualité de concubins, preuve du domicile commun au moment du décès notamment par la production de :

- quittance d'un fournisseur d'énergie,
- facture de téléphonie,
- bail commun,
- attestation d'assurance.

Aucune condition de durée de concubinage n'est exigée lorsqu'un enfant est né de cette union et a été reconnu par le participant avant le décès. Il en est de même si la concubine est en état de grossesse au moment du décès du participant dans la mesure où la paternité de celui-ci est régulièrement établie selon les dispositions du code civil.

Article 28.4 – Garantie double effet

En cas de décès du conjoint tel que défini à l'article 17.1, simultané ou postérieur, dans les conditions précisées au dernier alinéa du présent article, à celui du participant, un capital est versé aux enfants à charge du conjoint survivant définis à l'article 17.2. Le montant du capital est limité à 200 % du capital de base calculé comme celui qui était garanti sur la tête du participant, compte tenu du nombre d'enfants à charge du conjoint au moment de son décès. Seuls sont pris en considération les enfants à charge du conjoint qui étaient à la charge du participant au jour de son décès. Le capital sur la tête du conjoint survivant est garanti aussi longtemps que celui-ci conserve à sa charge au moins un de ces enfants et sous réserve que le décès du conjoint survienne dans un délai de moins de deux ans à compter du décès du participant.

Article 28.5 – Échelonnement du versement de la prestation

À la demande du bénéficiaire, le capital peut, s'il est supérieur à 2,5 fois le plafond mensuel de la sécurité sociale à la date du décès, être versé en plusieurs fois. Les règlements échelonnés sont versés au maximum une fois par an sur cinq ans. Le bénéficiaire du capital est informé, de manière précise, du calcul du capital et des intérêts financiers qu'il percevra.

Article 28.6 – Revalorisation

Lorsque le salarié est en invalidité ou en incapacité au jour du décès, le salaire de référence pris en compte pour le calcul du capital décès est revalorisé selon le taux de revalorisation fixé par l'organe délibérant de l'Institution en tenant compte des résultats techniques et financier de l'ensemble des adhésions au présent règlement.

Cette revalorisation ne porte pas préjudice à l'application de la revalorisation du capital décès telle que prévue par la loi n° 2014 – 617 du 13 juin 2014 et le décret n° 2015 – 1092 du 28 août 2015.

Article 29 – Garantie invalidité absolue et définitive

Cette garantie a pour objet d'assurer le versement d'un capital en cas d'invalidité absolue et définitive du participant. L'invalidité absolue et définitive est assimilée au décès si les conditions suivantes sont remplies :

- donne lieu à une reconnaissance par la Sécurité sociale d'une invalidité 3^{ème} catégorie ou d'une incapacité permanente totale égale à 100 % au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle,
- oblige le participant à recourir, sa vie durant, à l'aide d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie au sens de la Sécurité sociale,
- survient avant la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale.

À compter de la date à laquelle le participant répond aux conditions susvisées, le capital décès prévu au titre de l'article 28.1 lui est versé par anticipation. Le versement du capital décès par anticipation met fin à la garantie décès.

Article 30 – Prise d'effet du Règlement Intérieur

Les dispositions du présent règlement sont applicables à compter du 1^{er} juillet 2022. Ce règlement se substitue intégralement, dans les conditions qui y sont fixées, au précédent règlement.

Retrouvez toutes les informations
vous concernant
dans votre espace personnel.



Et rejoignez-nous sur



TRP-326.000/22

Carcept Prev accompagne la branche du Transport dans les domaines de la retraite complémentaire, de l'assurance santé et prévoyance, de l'action sociale et du bien-être. Vous et vos salariés bénéficiez ainsi d'un accompagnement complet et adapté à votre métier pour vous permettre de vous concentrer sur l'essentiel : VOTRE ACTIVITÉ.

Carcept Prev s'engage à vous assurer un avenir serein et contribue à la qualité de vie pour tous.