



CONTRAT COLLECTIF À ADHÉSION OBLIGATOIRE RÉGI PAR LE CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

OFFICES DE TOURISME ET SYNDICATS D'INITIATIVE

CONVENTION 2007-CC03 - MAINTIEN DE SALAIRE -

Chapitre 1

RÈGLEMENT GÉNÉRAL

1 - OBJET DU CONTRAT

Le présent règlement fixe les conditions dans lesquelles UNIPREVOYANCE met en œuvre la couverture de la garantie INCAPACITÉ DE TRAVAIL résultant des obligations conventionnelles de maintien de salaire par l'organisme employeur envers le personnel non cadre et/ou cadre selon l'option retenue sur le bulletin d'adhésion « MAINTIEN DE SALAIRE ».

2 - ADHESION

L'organisme de tourisme qui souhaite adhérer à l'Institution, remplit et signe un bulletin d'adhésion.

- L'organisme de tourisme est représenté par la personne morale qui adhère à l'Institution pour les salariés appartenant au groupe assuré. « L'adhérent » est le terme employé pour le désigner dans la présente convention.
- Le groupe assuré est celui retenu sur le bulletin d'adhésion.
- Le salarié d'un groupe assuré sera désigné sous les termes « participant » ou « membre participant ».

Le souscripteur de l'adhésion s'engage, dans ce cadre, à répondre exactement aux questions de l'Institution, relatives notamment à la nature des activités de l'organisme de tourisme, au groupe qu'il envisage de garantir, à la nature des garanties qu'il envisage de souscrire.

L'engagement réciproque de l'adhérent et de l'Institution résulte de la signature du bulletin d'adhésion par les deux parties.

La signature du bulletin d'adhésion par l'Institution vaut acceptation du risque et forme ainsi, avec la présente convention, le contrat d'adhésion.

L'Institution remet à l'adhérent la présente convention accompagnée des Statuts de l'Institution.

Les garanties adoptées par l'adhérent s'appliquent, obligatoirement à l'ensemble des personnes appelées à bénéficier du régime et appartenant au collège retenu sur le bulletin d'adhésion.

3 - DUREE DU CONTRAT- RESILIATION

L'adhésion prend effet à la date fixée au bulletin d'adhésion et expire le 31 décembre suivant. Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1er janvier de chaque année civile, sauf résiliation à l'initiative de l'adhérent ou de l'Institution, signifiée par lettre recommandée au moins deux mois avant l'échéance du contrat, soit le 31 octobre de l'année en cours.

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

La résiliation entraîne à sa date d'effet la cessation des garanties.

4 - FUSION - ABSORPTION - CESSATION D'ACTIVITÉS

Toute cessation d'adhésion suivant une opération de fusion, absorption, de changement de statut, est assimilée à une démission.

La garantie subsiste en cas de redressement ou de liquidation judiciaire de l'adhérent. L'administrateur ou le débiteur autorisé par le Juge-Commissaire ou le liquidateur, selon le cas, et l'Institution conservent le droit de résilier le contrat d'adhésion pendant un délai de trois mois à compter de la date du jugement de redressement ou de liquidation judiciaire. Le liquidateur s'engage à payer les cotisations relatives au maintien des garanties prévu pendant cette période de trois mois, la portion de cotisation afférente au temps pendant lequel l'Institution ne couvre plus le risque étant restituée au débiteur.

La résiliation sera de plein droit en cas de cessation d'activité de l'adhérent.

5 - MODALITÉS D'ADHÉSION

Sont garantis au titre de participants, **sans formalités médicales et dès qu'ils appartiennent à la catégorie de personnel concernée**, tous les salariés :

- sous contrat de travail (à l'exclusion de ceux dont le contrat de travail est suspendu pour congé parental d'éducation, congé pour création d'entreprise, congé sabbatique, congé individuel de formation),
- affiliés à la Sécurité Sociale Française.

L'adhésion est nulle en cas de déclaration fautive ou incomplète de l'adhérent. Lorsque la réticence ou la fautive déclaration intentionnelle émane du participant et change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Institution, alors même que le risque omis ou dénaturé par le participant a été sans influence sur la réalisation de ce risque, la garantie accordée par l'Institution à ce participant est nulle. Les cotisations payées à ce titre demeurent acquises à l'Institution.

L'Institution qui délivre sa garantie prend en charge les suites des états pathologiques survenus antérieurement à la souscription de ce contrat d'adhésion, sous réserve des sanctions prévues en cas de déclaration fautive ou incomplète.

6 - CESSATION ET SUSPENSION DES GARANTIES

6-1 - CESSATION DES GARANTIES

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

- résiliation du contrat d'adhésion,
- départ du participant de l'organisme de tourisme ou de la catégorie de personnel visée,
- liquidation de la retraite de Sécurité Sociale.

6-2 - SUSPENSION DES GARANTIES

Les garanties sont suspendues de plein droit dans les cas où le contrat de travail est lui-même suspendu pour les raisons suivantes :

- congé sabbatique visé à l'article L 122-32-17 et suivants du Code du Travail ;
- congé pour création d'entreprise visé à l'article L 122-32-12 et suivants du Code du Travail ;
- congé parental d'éducation visé à l'article L 122-28-1 du Code du Travail ;
- congé individuel de formation visé à l'article L 931-1 et suivants du Code du Travail ;
- périodes d'exercices militaires, de mobilisation ou de captivité ;
- détention pénitentiaire.

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

Pendant la période de suspension de la garantie, aucune cotisation n'est due au titre du participant concerné.

7 - TAUX DE COTISATIONS

Les taux de cotisations sont fixés au bulletin d'adhésion « MAINTIEN DE SALAIRE » en fonction de l'option choisie par l'adhérent.

Tout changement de taux de cotisations sera signifié à l'adhérent en respectant le délai de préavis fixé à 2 mois, soit au plus tard le 31 octobre de l'année en cours. En cas de refus du nouveau taux de cotisations, expressément signifié à l'Institution par écrit au plus tard le 15 décembre de l'année en cours, le contrat d'adhésion est résilié à l'échéance.

. Révision des conditions de garanties d'ordre législatif ou réglementaire :

Les taux de cotisations sont fixés compte tenu des dispositions fiscales en vigueur et des dispositions générales de la Sécurité Sociale et de ses bases de remboursement en vigueur à la date d'effet du contrat. Si ces éléments venaient à être modifiés en cours d'année, l'Institution procéderait sans délai à une révision du régime, dont les modalités seraient communiquées à l'adhérent.

En cas de refus de la révision envisagée dans le cadre d'un désengagement de la Sécurité Sociale ou d'une modification substantielle de son régime, l'adhérent a la faculté de mettre fin à son adhésion avant le prochain renouvellement annuel, cette décision étant assimilée à une démission de l'adhérent, sans qu'il puisse être opposé à celui-ci le délai de préavis prévu au paragraphe 3 ci-dessus. Le non accomplissement de cette formalité avant le 31 décembre de l'exercice concerné rend applicable de plein droit, à la date prévue, le changement de taux ou la modification de la prestation.

8 - ASSIETTE DES COTISATIONS

L'assiette des cotisations est le traitement brut annuel du participant tel qu'il est déclaré par l'adhérent à l'Administration Fiscale en vue de l'établissement de l'impôt sur le revenu des personnes physiques.

Elle est limitée aux tranches de salaire suivantes :

- Tranche 1 : fraction au plus égale au salaire limité à un plafond annuel Sécurité Sociale ;
- Tranche 2 : fraction de salaire supérieure à un plafond annuel Sécurité Sociale et limitée à 4 plafonds annuels Sécurité Sociale.

9 - PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont payables trimestriellement à terme échu dans les conditions suivantes :

- ◆ Dans les vingt jours qui suivent la fin de chacun des trois premiers trimestres civils, l'adhérent verse un acompte égal à la cotisation due au titre du trimestre écoulé. Chacun des paiements doit être accompagné de la déclaration trimestrielle mentionnant :
 - Le nombre de participants à la fin du trimestre civil correspondant : pour le personnel nouvellement inscrit, la cotisation est due à compter de la date d'entrée dans le groupe et signalée par l'adhérent. Pour le personnel radié, la cotisation est due jusqu'au jour où il cesse d'appartenir au groupe.
 - L'assiette ou les assiettes servant de base au calcul de la cotisation pour la période concernée.
- ◆ Avant le 20 janvier suivant la fin de chaque exercice, l'adhérent verse le solde de la cotisation annuelle. Ce solde est égal à la différence entre la cotisation due au titre de l'exercice d'assurance écoulé et les acomptes versés au cours de l'exercice.

L'adhérent est seul responsable du paiement des cotisations. A ce titre, il procède lui-même à leur calcul et à leur versement aux échéances prévues.

Chaque adhérent est débiteur de l'ensemble des cotisations dues avant la date de la résiliation, y compris la part salariale éventuelle, et ce, quelle que soit la cause de ladite résiliation.

10 - NON PAIEMENT DES COTISATIONS

A défaut de paiement des cotisations dans les conditions ci-dessus, une mise en demeure par lettre recommandée est adressée à l'adhérent l'informant qu'à l'expiration d'un délai de trente jours à dater de l'envoi de cette lettre, le défaut de paiement de la cotisation échue, ainsi que des cotisations éventuellement venues à échéance au cours dudit délai, entraîne la suspension des garanties.

Au terme d'un délai de dix jours à compter de la date de suspension de la garantie, le défaut de paiement de cotisation échue, ainsi que des cotisations éventuellement venues à échéance à compter de la date d'envoi de la lettre de mise en demeure, entraîne la résiliation du contrat d'adhésion.

Si, pendant la période de suspension, l'adhérent paye la cotisation, la garantie est remise en vigueur le lendemain à midi du jour du paiement.

11 - BORDEREAU NOMINATIF ANNUEL - FORMALITÉS

11-1 - L'adhérent fait parvenir à UNIPREVOYANCE, au plus tard au 31 janvier suivant la fin de chaque exercice, la liste de son personnel participant, précisant pour chacun : nom, prénom, date de naissance, numéro d'immatriculation à la Sécurité Sociale, situation de famille, salaire brut perçu au titre de l'exercice civil, décomposé en tranches si nécessaire (le cas échéant, l'assiette forfaitaire), date d'entrée dans la catégorie de personnel concernée et date de sortie.

Il peut être demandé chaque trimestre les renseignements concernant les nouveaux participants et les participants radiés, notamment les dates d'entrée et de sortie.

11-2 - L'adhérent informera UNIPREVOYANCE de toute transformation intervenant dans sa situation juridique ou économique (cession d'exploitation, location gérance, etc ...) dans les meilleurs délais.

L'adhérent tient ses états de salaire et de personnel à la disposition d'UNIPREVOYANCE pour consultation éventuelle.

12 - PRESTATIONS

Le montant et les modalités de service des prestations sont définis au chapitre 2 ci-après.

13 - PRESCRIPTION

- Toute action dérivant du contrat d'adhésion se prescrit par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

- La prescription est portée à cinq ans en ce qui concerne l'incapacité de travail.

14 - ASSIETTE DES PRESTATIONS - TRAITEMENT DE BASE - CONTRÔLE

Le traitement de base servant au calcul des prestations est égal aux salaires bruts perçus au cours des 12 mois civils précédant l'événement ouvrant droit à prestations, déclarés par l'adhérent à l'administration fiscale. Il est limité aux tranches de salaires 1 et 2. Toutefois, la base des prestations est reconstituée à partir des salaires correspondant aux mois civils de présence à temps complet au sein de l'organisme de tourisme lorsque la période d'assurance est inférieure à 12 mois ou que le salaire a été réduit ou supprimé au cours de la période de référence, en cas d'arrêt de travail pour maladie, accident, maternité, paternité ou suspension du contrat de travail (congé parental d'éducation, congé sabbatique, congé individuel de formation, congé pour création d'entreprise).

Lors de la demande de prestations, l'adhérent atteste que le salarié appartenait bien à la catégorie de personnel garantie à la date de l'événement ouvrant droit aux prestations, et déclare ses éléments de salaires bruts perçus formant le traitement de base.

UNIPREVOYANCE peut demander les justifications nécessaires et se réserve le droit de vérifier l'exactitude des déclarations de salaires sur pièces.

15 - CONTROLE MEDICAL - ARBITRAGE

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

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

- qui demande à bénéficier d'une des prestations prévues au contrat d'adhésion,
- en situation d'incapacité de travail.

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

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

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

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

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

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

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

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

16 - ÉLECTION DE DOMICILE

Pour la souscription et l'exécution des contrats établis en vue de l'application du présent règlement, l'adhérent doit faire obligatoirement élection de domicile en France ou dans un pays membre de l'Union Européenne.

Si l'adhérent a son siège social en dehors du territoire Français, il doit désigner dans ce territoire un correspondant qui se porte garant de l'exécution du contrat notamment en ce qui concerne le paiement des cotisations.

17 - INFORMATION DES PARTICIPANTS

Notice d'information :

La présente convention définit les garanties souscrites par l'adhérent, leurs modalités d'entrée en vigueur, ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque. Cette convention précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garanties ainsi que des délais de prescription.

L'adhérent s'engage à remettre, aux membres participants auxquels les garanties sont applicables, la présente convention accompagnée du résumé des garanties, fournis par l'Institution et qui valent notice d'information. En cas de litige, la preuve de la remise de la notice incombe à l'adhérent.

Changement ultérieur des garanties :

En cas de changement, les éléments modifiés sont communiqués à l'adhérent en remplacement de ceux qu'il détenait. Celui-ci s'engage à remettre une nouvelle notice d'information à chaque membre participant. En cas de litige, la preuve de la remise de la nouvelle notice incombe à l'adhérent.

18 - EXCLUSIONS - RISQUES NON GARANTIS

18-1 - La garantie ne s'applique pas dans les circonstances suivantes :

- **Guerre : en cas de guerre ou de guerre civile, la garantie n'aura d'effet que dans les conditions qui seront déterminées par la législation à intervenir sur les assurances sur la vie en temps de guerre.**
- **Déplacement ou séjour dans une des régions ou un des pays formellement et dans tous les cas déconseillés par le Ministère français des Affaires Étrangères. Pour les personnes déjà présentes dans cette zone à la date de l'inscription de cette zone sur les listes du Ministère des Affaires Étrangères, l'exclusion ne s'applique qu'à compter du 14^{ème} jour suivant cette inscription.**

Toutefois, en cas de déplacement ou séjour pour raison professionnelle, UNIPRÉVOYANCE pourra proposer des conditions de maintien d'assurance. Pour ce faire, l'adhérent devra déclarer dix jours avant la date de départ le ou les salarié(s) concerné(s).

18-2 - En outre, sont exclus de la garantie, les accidents résultant de (d') :

- Actes volontaires : les conséquences d'accidents qui sont le fait volontaire ou intentionnel de l'assuré ou du bénéficiaire du contrat, ou qui résultent de tentatives de suicide ou de mutilation volontaire ;
- L'utilisation de l'ULM, du deltaplane, du parapente, du parachute et d'autres formes de vol libre ;
- De la navigation aérienne du participant à bord d'un appareil non muni d'un certificat valable de navigabilité ou piloté par une personne ne possédant ni brevet, ni licence, ou titulaire d'un brevet ou d'une licence périmés ;
- Courses, matches, paris : lorsque l'assuré participe en tant que concurrent à des compétitions sportives, matches, paris, concours ou essais comportant l'utilisation d'animaux, de véhicules, d'embarcations à moteur ou de moyen de vols aériens ;
- De la participation du participant à tout sport et/ou compétition à titre professionnel ;
- Guerres, émeutes, rixes, actes de terrorisme : lorsque l'assuré y a pris une part active, sauf en cas de légitime défense ;
- L'atome ; sont exclus de la garantie :
 - les sinistres provenant directement ou indirectement de la désintégration du noyau atomique ;
 - les sinistres dus à des radiations ionisantes quelles qu'en soient l'origine et l'intensité.

19 - FONDS SOCIAL

Objet

Il est créé au sein de l'Institution un Fonds social affecté à l'attribution de secours ou d'aides à des participants ou à des personnes ayant été à leur charge et dont la situation matérielle apparaîtra digne d'intérêt.

Il peut également être affecté à des relations collectives de caractère social.

Ce fonds est alimenté conformément aux dispositions de l'article 22 des statuts.

Commission du Fonds social

Le Conseil d'Administration constitue une commission formée paritairement de membres adhérents et de membres participants ayant pour attribution l'examen des demandes et l'utilisation du Fonds social.

20 - LEGISLATION RELATIVE AU TRAITEMENT DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

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

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

Chapitre 2

RÈGLEMENT PARTICULIER DE LA GARANTIE INCAPACITÉ DE TRAVAIL (MAINTIEN DE SALAIRE)

1 - OBJET DE LA GARANTIE

La garantie Incapacité de travail définie au présent règlement a pour objet, si un participant assuré est en état d'incapacité temporaire de travail pour maladie ou accident pendant la durée de l'Assurance, le service de prestations périodiques.

Ces prestations périodiques sont versées sous forme :

- d'indemnité journalière complémentaire, en cas d'incapacité temporaire totale ou partielle de travail survenue pendant la période d'affiliation du participant et ouvrant droit aux prestations en espèces de la Sécurité Sociale au titre de l'assurance maladie (y compris, le cas échéant, pendant la période de franchise de trois jours appliquée par la Sécurité Sociale),
- d'indemnité journalière en cas d'incapacité temporaire survenue pendant la période d'affiliation du participant et ouvrant droit aux prestations en espèces de la Sécurité Sociale au titre de la législation sur les accidents du travail et maladies professionnelles.

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

2 - REGLE DE CUMUL - SUBROGATION

Le cumul de la rémunération perçue de l'employeur, des indemnités versées par la Sécurité Sociale et des indemnités complémentaires versées par UNIPREVOYANCE ou tout autre organisme complémentaire, ne peut permettre au participant de recevoir des sommes supérieures à la rémunération nette qu'il aurait perçue s'il avait continué à travailler ; Les prestations servies par l'Institution seraient alors réduites à due concurrence.

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

3 - INDEMNITES JOURNALIERES COMPLEMENTAIRES

Tout participant qui, durant la période d'affiliation, a dû cesser son travail par suite de maladie ou d'accident et qui perçoit des indemnités journalières de la Sécurité Sociale au titre de l'Assurance Maladie, peut bénéficier d'indemnités journalières complémentaires, sauf contrôle médical négatif prévu au paragraphe 15 du Règlement Général.

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

• FRANCHISE

Ces indemnités journalières complémentaires sont dues à l'expiration d'une période d'incapacité de travail dénommée franchise. Selon l'option retenue par l'adhérent sur le bulletin d'adhésion « MAINTIEN DE SALAIRE », l'indemnité journalière est versée à compter soit :

- du 1^{er} jour d'arrêt de travail,
- du 4^{ème} jour d'arrêt de travail,
- du 11^{ème} jour d'arrêt de travail,

Les périodes d'absence indemnisées sont décomptées sur douze mois consécutifs à partir du premier jour d'arrêt de travail. Toute période de travail dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique prise en charge par la Sécurité Sociale est considérée comme période d'interruption de travail prise en compte pour le calcul de la franchise. Toutefois, la période du congé légal ou conventionnel de maternité, de paternité ou d'adoption n'est pas prise en considération pour la détermination de la franchise.

• MONTANT ET DUREE DES INDEMNITES JOURNALIERES COMPLEMENTAIRES :

Ancienneté du participant	DUREE DE L'INDEMNISATION A HAUTEUR DE 100% (*)	DUREE DE L'INDEMNISATION A HAUTEUR DE 66% (*)
1 an à 2 ans	2 MOIS	2 MOIS
Au delà de 2 ans	3 MOIS	3 MOIS

(*) de la 365ème partie du traitement de base, sous déduction des prestations versées par la Sécurité Sociale au titre de l'assurance maladie ou au titre de la législation sur les accidents du travail et maladies professionnelles.

Lorsqu'un participant reprend son activité au service de l'adhérent dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique, le montant de l'indemnité journalière est égal à la différence entre :

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

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

4 - PAIEMENT ET DUREE DES INDEMNITES JOURNALIERES COMPLEMENTAIRES

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

Elles sont servies tant que dure l'incapacité de travail et que le participant perçoit les indemnités journalières de la Sécurité Sociale. **En tout état de cause, la durée d'indemnisation par UNIPREVOYANCE ne saurait excéder les durées d'indemnisation prévues au paragraphe 3 ci-dessus.**

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

Elles cessent :

- au jour où les indemnités de la Sécurité Sociale prennent fin,
- à la date d'attribution par la Sécurité Sociale d'une pension d'invalidité ou d'une rente d'incapacité permanente,
- au jour où le participant peut obtenir la liquidation de sa pension vieillesse Sécurité Sociale à taux plein,
- au jour où sa pension vieillesse Sécurité Sociale est liquidée, sauf dans le cas d'un cumul emploi-retraite,
- en cas de contrôle médical, s'il est établi par le médecin conseil d'UNIPREVOYANCE que le participant n'est pas dans l'incapacité physique totale de travailler,
- au plus tard, au terme des durées d'indemnisation prévues au paragraphe 3 ci-dessus.

5 - REPRISE DU TRAVAIL - RECHUTE

Tout nouvel arrêt de travail imputable à une maladie ou à un accident ayant déjà donné lieu à paiement des indemnités journalières complémentaires et qui survient dans un délai maximum de deux mois suivant la date de cessation du paiement des indemnités après la reprise du travail, est considéré comme une rechute. Aucune franchise n'est alors appliquée, les prestations étant servies et calculées comme celles du premier arrêt de travail.

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

6 - REPRISE PARTIELLE D'ACTIVITE

En cas de reprise partielle d'activité, des indemnités complémentaires réduites peuvent être accordées dans la limite fixée par la règle de cumul (paragraphe 2), si le participant perçoit une rémunération correspondante de l'employeur et continue à bénéficier d'indemnités journalières de la Sécurité Sociale.

7 - DECLARATION DES ARRETS DE TRAVAIL

Tout accident ou maladie entraînant un arrêt de travail donnant lieu à prestations complémentaires doit être déclaré par écrit à UNIPREVOYANCE. Cette déclaration précisant la date d'arrêt de travail doit être faite dans les six mois suivant la date de l'arrêt de travail.

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

En tout état de cause aucune déclaration présentée au-delà du délai de prescription prévu au paragraphe 13 du Règlement général après l'arrêt de travail ne pourra être prise en considération.

FORMALITÉS :

L'adhérent devra remettre à l'Institution toutes pièces justificatives comprenant notamment :

- l'avis d'interruption de travail,
- le certificat médical établi sous pli confidentiel à l'attention du Médecin Conseil d'UNIPREVOYANCE par le médecin traitant du participant, précisant la nature de l'affection, la date de première constatation médicale et la durée prévisible de l'incapacité de travail,
- les décomptes originaux et notification de la Sécurité Sociale.

8 - RÉSILIATION

En cas de résiliation du contrat d'adhésion, pour quelque cause que ce soit, les prestations cessent d'être servies à la date de résiliation.

9 - REVISION DES CONDITIONS DE GARANTIE

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