



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

OFFICES DE TOURISME ET SYNDICATS D'INITIATIVE

CONVENTION 2007-CC01 PERSONNEL NON CADRE

Ce texte de convention vaut notice d'information

Chapitre 1

RÈGLEMENT GÉNÉRAL

1 - OBJET DU CONTRAT

Le présent règlement fixe les conditions dans lesquelles UNIPREVOYANCE met en œuvre des couvertures au profit de l'ensemble du personnel NON CADRE et pour les garanties suivantes :

- CAPITAL DECES,
- CAPITAL DECES ACCIDENTEL,
- RENTE EDUCATION,
- INCAPACITE DE TRAVAIL - INVALIDITE PERMANENTE,
- FRAIS D'OBSÈQUES.

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 collègue 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. Des maintiens de garantie sont cependant prévus dans les conditions fixées aux paragraphes 6 et 15 du Règlement général.

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

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

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 NON CADRES :

- 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, sous réserve des dispositions prévues au paragraphe 15 du Règlement général,
- départ du participant de l'organisme de tourisme ou de la catégorie de personnel visée,
- liquidation de la retraite de Sécurité Sociale.

6-2 - ASSURANCE INDIVIDUELLE PROPOSÉE APRÈS LA CESSATION DES GARANTIES

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

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

6-3 - 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.

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.

Lorsque l'Institution informe l'adhérent du nouveau taux de cotisations dans le cadre de la stricte application de la clause d'indexation contractuelle, le délai de préavis de deux mois prévu ci-dessus est ramené à un mois, soit au plus tard le 30 novembre 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 31 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 aux règlements particuliers propres à chaque risque.

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.
- La prescription est portée à 10 ans concernant le risque décès lorsque le bénéficiaire n'est pas le participant et, dans les opérations relatives à la couverture du risque accident, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du participant décédé.

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 précédents 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 - MAINTIEN DES GARANTIES DECES AUX PARTICIPANTS EN ARRET DE TRAVAIL

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

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

1. Montant des garanties maintenues

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

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

2. Assiette des prestations

Le traitement de base défini au paragraphe 14 ci-dessus, déterminé à l'arrêt de travail ayant précédé le décès du participant, est revalorisé en fonction de l'évolution de la valeur du point du régime de retraite de l'A.R.R.C.O. entre :

- la date d'arrêt de travail et la date du décès, lorsque le contrat d'adhésion est en vigueur,
- la date d'arrêt de travail et la date de résiliation, lorsque le contrat d'adhésion est résilié.

3. Cotisation

La cotisation pour le participant en arrêt de travail reste due à l'Institution sur le salaire total ou partiel maintenu déclaré à l'administration fiscale, y compris les indemnités journalières complémentaires éventuellement versées dans le cadre d'un régime de prévoyance obligatoire.

4. Cessation du maintien des garanties Décès

Le maintien des garanties décès cesse :

- à la date de fin d'indemnisation de l'arrêt de travail par la Sécurité Sociale au titre des prestations en espèces de l'assurance Maladie, de l'assurance Invalidité ou de la Législation sur les Accidents du Travail et Maladies Professionnelles,
- à la date à laquelle le participant ne remplit plus les conditions nécessaires pour bénéficier du versement de prestations incapacité de travail – invalidité, complémentaires à celles de la Sécurité Sociale,
- à la date de liquidation de la retraite Sécurité Sociale.

5. Indemnité de résiliation

Les articles 7 – 1 et 30 de la Loi n° 89 – 1009 du 31/12/1989 (dite Loi Evin) relatifs au Maintien de la garantie décès aux assurés en arrêt de travail, y compris après résiliation du contrat, prévoient qu'en cas de résiliation du contrat d'adhésion pour quelque cause que ce soit, l'adhérent est dans l'obligation de verser à l'Institution une indemnité de résiliation égale au $n/10^{\text{ème}}$ du montant des provisions exonération relatives aux incapacités et invalidités nées avant le 31/12/2001, n étant le nombre d'années restant à courir jusqu'au 31 décembre 2011.

Cette indemnité est versée à l'Institution dans les douze mois qui suivent la résiliation du contrat d'adhésion. Toutefois, en cas de résiliation rétroactive supérieure à douze mois ou en cas de déclaration de sinistre postérieure à la date de résiliation, le délai de douze mois ne court :

- qu'à compter de l'envoi par UNIPREVOYANCE de la lettre de résiliation,
- que du jour où UNIPREVOYANCE a eu connaissance des sinistres.

16 - 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'invalidité absolue et définitive,
- en situation d'incapacité de travail ou d'invalidité permanente.

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

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

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

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

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

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

17 - 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.

18 - 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.

Rapport annuel :

L'Institution fournit chaque année, deux mois au plus après l'approbation des comptes de l'organisme et au plus tard le 31 août suivant la clôture de l'exercice considéré, à l'adhérent un rapport sur les comptes du contrat ou du groupe de contrats auquel l'adhésion est rattachée.

19 - EXCLUSIONS - RISQUES NON GARANTIS

19-1 - GARANTIES DÉCÈS

Les garanties ne s'appliquent pas dans les circonstances suivantes :

- **Suicide** : Sauf pour les opérations collectives obligatoires, le suicide n'est couvert que s'il se produit plus d'un an après l'admission dans l'assurance.
- **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'entreprise adhérente devra déclarer dix jours avant la date de départ le ou les salarié(s) concerné(s).

19-2 - GARANTIES INCAPACITE - INVALIDITE - ACCIDENT

Outre les exclusions propres à la garantie décès, 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.

19-3 - GARANTIE DÉCÈS ACCIDENTEL

Outre les exclusions prévues aux paragraphes 19-1 et 19-2 ci-dessus, sont exclus le décès accidentel ou l'Invalidité Absolue et Définitive accidentelle occasionnés par le participant :

- s'il conduisait un véhicule et présentait un taux d'alcoolémie supérieur au taux autorisé par la législation en vigueur au moment de l'événement,
- s'il était sous l'emprise de stupéfiants, de substances illicites ou prohibées, ou de substances médicamenteuses en l'absence ou en dehors des limites des prescriptions médicales,
- ainsi que les accidents résultants d'attentat ou d'actes de nature terroriste utilisant directement ou indirectement toute arme ou toute matière, qu'elle soit radioactive, d'origine chimique ou d'origine bactériologique ou virale.

20 - 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.

21 - 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 DES GARANTIES CAPITAL DÉCÈS ET RENTE ÉDUCATION

1 - OBJET DE LA GARANTIE

Les garanties CAPITAL DECES et RENTE ÉDUCATION ont pour objet, si un participant assuré décède ou est atteint, pendant la durée de l'assurance, d'une Invalidité Absolue et Définitive, le paiement aux bénéficiaires désignés d'un capital ou d'une rente éducation, en fonction de l'OPTION 1 ou 2 retenue, sous réserve des exclusions visées au **paragraphe 19** du Règlement général.

1-I DEFINITION DE LA GARANTIE

OPTION 1

- le versement d'un capital en cas de DECES DU PARTICIPANT,
- le versement anticipé de ce capital en cas d'INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE DU PARTICIPANT.

OPTION 2

- en cas de DECES DU PARTICIPANT :
 - . le versement d'un capital réduit,
 - . le service, au profit de chaque enfant à charge, d'une rente éducation temporaire immédiate.

OPTIONS 1 et 2

Quelle que soit l'option retenue, il est versé un capital supplémentaire en cas de DECES ACCIDENTEL DU PARTICIPANT. Ce capital est versé par anticipation en cas d'INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE ACCIDENTELLE DU PARTICIPANT.

1-II CHOIX DE L'OPTION

A - Le choix de l'option est effectué dans les deux mois qui suivent le décès :

- par le conjoint non séparé judiciairement, lorsqu'il est seul bénéficiaire,
- à défaut, par les enfants à charge définis au **paragraphe 3** ci-après, dans la mesure où ils sont seuls bénéficiaires et par parts égales.

Lorsque ceux-ci ne bénéficient pas de la capacité juridique, le choix est effectué par leur représentant légal.

B - Toutefois, si le participant souhaite choisir lui-même l'option, il notifiera son choix par écrit à l'Institution.

L'entrée en vigueur de l'option est fixée :

- à la date d'admission à l'assurance, pour toute notification reçue dans le mois qui suit l'admission ou, le cas échéant, dans le mois qui suit la date d'émission du contrat d'adhésion;
- le premier jour du mois qui suit la date de réception de la demande, dans tous les autres cas.

C - En tout état de cause, l'OPTION 1 sera obligatoirement retenue par l'Institution :

- à défaut de choix exprimé dans le délai imparti par le conjoint bénéficiaire,
- à défaut de choix exprimé dans le délai imparti par les enfants bénéficiaires ou à défaut d'accord entre ceux-ci,
- lorsque le participant ayant choisi l'option 2, aucun enfant n'est, à la date du décès, susceptible de bénéficier de la rente éducation,
- en cas d'invalidité absolue et définitive.

2 - MONTANT DE LA GARANTIE

OPTION 1

- DECES TOUTES CAUSES

En cas de décès d'un participant pendant la période d'assurance, le montant du capital garanti est fixé comme suit, en pourcentage du traitement de base, quelle que soit la situation de famille du participant à la date du décès :

CAPITAL DECES	
- Tout participant quelle que soit sa situation de famille.....	250%

- INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE

En cas d'Invalidité Absolue et Définitive d'un participant pendant la période d'assurance, le capital décès prévu ci-dessus est versé par anticipation. L'Invalidité Absolue et Définitive est celle définie au **paragraphe 3** ci-après. S'agissant d'un participant célibataire, veuf, divorcé, sans enfant à charge, ce capital est également versé lorsque l'intéressé est classé en 2^{ème} catégorie d'invalidité par la Sécurité Sociale.

OPTION 2

- DECES TOUTES CAUSES

En cas de décès d'un participant pendant la période d'assurance, le montant du capital et celui de la rente éducation garantis sont fixés comme suit, en pourcentage du traitement de base :

CAPITAL DECES	
- Tout participant quelle que soit sa situation de famille.....	200%

RENTE EDUCATION	
- Par enfant à charge :	
. Jusqu'à 11 ans	10%
. De 12 à 17 ans	15%
. De 18 à 26 ans inclus (si études).....	20%

Les enfants à charge sont définis au **paragraphe 3** ci-après.

OPTIONS 1 et 2

- DECES ACCIDENTEL DU PARTICIPANT

Le capital supplémentaire versé en cas de décès accidentel du participant est égal à **50 %** de celui versé au titre du paragraphe DECES TOUTES CAUSES prévu à l'OPTION 1 ci-dessus.

- INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE ACCIDENTELLE DU PARTICIPANT

Le capital supplémentaire prévu en cas de décès accidentel ci-dessus est versé par anticipation en cas d'Invalidité Absolue et Définitive accidentelle du participant. L'Invalidité Absolue et Définitive est celle définie au **paragraphe 3** ci-après.

3 - DEFINITIONS

- CONJOINT

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

- ENFANTS A CHARGE

Sont considérés comme à charge, les enfants du participant et ceux de son conjoint, qu'ils soient légitimes, naturels, reconnus, adoptifs ou recueillis (les enfants recueillis sont définis ci-dessous).

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

- ♦ D'une part :

- être âgés de moins de 18 ans,
- être âgés de plus de 18 ans et de moins de 26 ans s'ils remplissent l'une des conditions suivantes :
 - . être affiliés au régime de Sécurité Sociale des étudiants,
 - . être sous contrat d'apprentissage,
 - . suivre des études secondaires ou supérieures, ou une formation en alternance,
- quel que soit leur âge, s'ils perçoivent une des allocations pour adultes handicapés (Loi du 30 juin 1975), sous réserve que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 21^{ème} anniversaire.

- ♦ D'autre part :

- être fiscalement à la charge du participant, c'est-à-dire être pris en compte pour l'application du quotient familial ou percevoir une pension alimentaire que le participant déduit fiscalement de son revenu global.

Sont également considérés comme enfants à charge :

- les enfants qui naissent dans les trois cents jours suivant le sinistre, s'ils naissent viables,
- les enfants légitimes, naturels, reconnus, adoptés ou recueillis par le participant même s'ils sont fiscalement à la charge de son partenaire lié avec lui par un pacte civil de solidarité ou de son concubin tels que décrits ci-après.

Les enfants recueillis – dont ceux de l'ex-conjoint éventuel, du conjoint ou du concubin ou du partenaire lié par un Pacs – du participant décédé sont ceux qui ont vécu au foyer jusqu'au moment du décès du participant et dont leur autre parent n'est pas tenu au versement d'une pension alimentaire.

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

- INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE

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

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

Afin que le participant bénéficie du versement anticipé du capital, son état d'INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE doit être reconnu par UNIPRÉVOYANCE. Pour déterminer le montant du capital à verser, l'Institution prend en compte la situation de famille à la date à laquelle elle reconnaît l'état d'INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE.

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

- ACCIDENT

On entend :

- 1) Par accident, toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part du participant provenant de l'action soudaine et fortuite d'une cause extérieure.
- 2) Par accident de la circulation, exclusivement l'accident provoqué :
 - par un véhicule quelconque, un piéton ou un animal, lorsque le participant se déplace à pied sur une voie publique ou privée;
 - par l'usage, comme conducteur ou passager, d'un moyen de transport public ou privé par voie de terre, de fer, d'air ou d'eau.

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

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

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

- PARTENAIRE PACSÉ

Le partenaire pacsé doit prouver sa domiciliation à la même adresse que le participant par la production d'une copie du dernier avis d'imposition.

- CONCUBINAGE

Par concubinage, on entend « l'union de fait caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité, entre deux personnes, de sexe différent ou de même sexe, qui vivent en couple ».

Le concubin doit prouver sa domiciliation à la même adresse que le participant par la production d'une copie du dernier avis d'imposition.

4 - BÉNÉFICIAIRES

- DECES DU PARTICIPANT(Capital)

Désignation type

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

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

Cependant, lorsque le contrat d'adhésion prévoit un capital majoré en fonction de la situation de famille, et que le bénéficiaire du capital n'est pas le représentant légal des enfants du participant, les majorations pour enfants seront versées à chacun des enfants ouvrant droit aux dites majorations et adressées à leurs représentants légaux.

Pour être bénéficiaire du capital décès, le concubin tel que décrit au paragraphe **DÉFINITIONS** ci-dessus, doit avoir fait l'objet d'une désignation particulière.

Désignation particulière

Le participant peut désigner un ou plusieurs bénéficiaires de son choix à condition qu'une désignation particulière antérieure n'ait pas été acceptée par le(s) bénéficiaire(s) concerné(s).

Le participant doit informer UNIPRÉVOYANCE de sa désignation particulière par écrit. Elle peut prendre la forme d'un acte sous seing privé ou d'un acte authentique.

Toutefois, en cas d'acceptation par le bénéficiaire de sa désignation, celle-ci devient irrévocable, sauf acceptation par ce même bénéficiaire de la substitution.

Lorsque UNIPREVOYANCE est informée du décès, elle avise le bénéficiaire si ses coordonnées ont été portées à sa connaissance lors de la désignation.

Lorsque la présence d'un enfant ou d'une personne à charge donne lieu à la majoration du capital, celle-ci lui est versée (ou à son représentant légal s'il ne dispose pas de la capacité juridique), sauf si le participant a clairement manifesté par écrit sa volonté d'y déroger.

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

- . si tous les bénéficiaires désignés décèdent avant le participant,
- . ou si le participant et tous les bénéficiaires désignés décèdent ensemble au cours d'un même événement sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès,
- . en cas de révocation de plein droit prévue par le Code civil (notamment, naissance d'un enfant du participant postérieure à la désignation particulière).

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

• INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE

Le capital est versé au participant ou à son représentant légal en une seule fois dès la date de reconnaissance par l'Institution de l'Invalidité Absolue et Définitive. Toutefois, en cas de décès du participant avant paiement, le capital est versé aux bénéficiaires prévus en cas de décès. Le versement du capital met fin à la garantie décès du participant.

5 - DUREE ET PAIEMENT DES RENTES ÉDUCATION

Lorsque le montant de la rente est progressif avec l'âge de l'enfant, l'augmentation du montant de la rente intervient le 1^{er} jour du trimestre civil qui suit l'anniversaire de l'enfant, selon les tranches d'âge définies au paragraphe **MONTANT DE LA GARANTIE** ci-dessus.

La rente est payable trimestriellement, à terme échu, sous condition de vie.

La rente prend effet le lendemain du décès du participant. Elle cesse le jour précédant la date à laquelle l'enfant cesse d'être bénéficiaire. Cette cessation est irrévocable.

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

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

6 - REVALORISATION DES RENTES ÉDUCATION

Les rentes sont revalorisées en fonction de l'évolution de la valeur du point du régime de retraite de l'A.R.R.C.O. entre la date du décès et la date d'échéance trimestrielle de la prestation correspondante.

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

7 - PIÈCES A FOURNIR EN CAS DE SINISTRE

L'adhérent constitue, pour chaque sinistre, un dossier de demande de prestations en utilisant l'imprimé mis à sa disposition par l'Institution.

Ce dossier doit être accompagné des pièces justificatives suivantes :

I - En cas de décès

Dans tous les cas :

- 1 – Extrait d'acte de décès original du participant, et s'il y a lieu, du conjoint,
- 2 – Certificat médical de décès précisant la cause du décès et adressé sous pli confidentiel au médecin conseil de l'Institution,
- 3 – Copie certifiée conforme du livret de famille,
- 4 – Le cas échéant, le choix de l'option retenue par le participant ou le bénéficiaire,
- 5 – Extrait d'acte de naissance, comportant les mentions marginales et datant de moins de trois mois, du participant décédé et du ou des bénéficiaires,
- 6 – Désignation de bénéficiaires s'il en a été complétée une.

En complément :

- 7 – Si le décès est précédé d'un arrêt de travail : Bordereau de la Sécurité Sociale précisant les périodes indemnisées,
- 8 – S'il existe des personnes à charge (au sens du contrat d'adhésion) : En tout état de causes, photocopie de la dernière feuille d'imposition ou une attestation du centre d'imposition,
 - a) Enfants de 18 à 26 ans poursuivant leurs études : attestation établie par le chef de l'établissement scolaire ou universitaire fréquenté par l'enfant, certifiant qu'il a suivi les cours jusqu'à la date du décès du participant ou jusqu'au terme de l'année scolaire ou universitaire précédant le décès s'il survient au cours des vacances scolaires et s'il a l'âge requis, attestation d'inscription au régime de la Sécurité Sociale des étudiants,
 - b) Enfants de 18 à 26 ans placés en apprentissage : copie du contrat d'apprentissage,
 - c) Enfants de 18 à 26 ans suivant une formation en alternance : Copie du contrat de formation en alternance,
 - d) Enfants percevant une des allocations pour adultes handicapés : attestation du paiement des allocations pour adulte handicapé,
 - e) Ascendants directs du participant vivant au foyer de ce dernier : attestation de paiement de l'allocation Supplémentaire du Fonds National de Solidarité,
- 9 – Si le bénéficiaire est mineur : Ordonnance du juge des tutelles autorisant le règlement sous la responsabilité de l'administrateur légal,
- 10 – Si le participant est célibataire, veuf ou divorcé : Acte de notoriété ou certificat d'hérédité ou de propriété établi par le greffe du Tribunal d'Instance,
- 11 – Si le décès est consécutif à un accident : Tout document apportant la preuve de la relation de cause à effet entre l'accident et le décès (procès verbal de gendarmerie, copie du rapport de police, coupures de presse,...),
- 12 – En cas de disparition : Document fourni par le Tribunal compétent entérinant les faits,
- 13 – Photocopie de la carte nationale d'identité des bénéficiaires s'ils sont différents du conjoint et/ou des enfants à charge,
- 14 – En cas de divorce et si le participant n'avait pas la garde des enfants, copie du jugement de divorce,
- 15 – Photocopie du Pacte civil de solidarité délivré par le greffe du Tribunal d'instance,
- 16 – Copie du dernier avis d'imposition du concubin ou du partenaire lié par un Pacte civil de solidarité,
- 17 – Au moins deux justificatifs de la qualité de concubins ou de partenaires liés par un Pacs, preuve du domicile commun au moment du décès : quittance EDF, facture téléphonique, bail commun, attestation d'assurance, formulaire de témoignage du greffe du Tribunal d'instance.

II - En cas d'Invalidité Absolue et Définitive

- 1 – Attestation médicale fournie par l'Institution et complétée par le médecin traitant,
- 2 – Copie certifiée conforme du livret de famille,
- 3 – Le cas échéant, les pièces justificatives prévues en cas de décès énumérées au point 8,
- 4 – Le cas échéant, les pièces justificatives prévues en cas de décès de l'assuré énumérées aux points 3, 5 et 10 du paragraphe ci-dessus,
- 5 – Notification d'attribution de la Sécurité Sociale de la rente de 3^{ème} catégorie d'invalidité ou du taux d'incapacité permanente de 100% faisant apparaître l'allocation pour tierce personne.

Chapitre 3

RÈGLEMENT PARTICULIER DE LA GARANTIE INCAPACITÉ DE TRAVAIL - INVALIDITÉ PERMANENTE

1 - OBJET DE LA GARANTIE

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

Ces prestations périodiques sont versées sous forme :

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

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

Lorsqu'un participant ne justifie pas du nombre d'heures de travail nécessaire à l'ouverture des droits auprès de la Sécurité Sociale, l'Institution détermine sa prestation comme si le participant avait bénéficié des prestations correspondantes de la Sécurité Sociale.

2 - REGLE DE CUMUL - SUBROGATION

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

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

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 16 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.

- Personnel bénéficiant d'un maintien de salaire de l'adhérent :

L'indemnité journalière complémentaire est versée à compter de l'expiration de la période de plein salaire résultant des accords en vigueur dans les organismes de tourisme.

- Personnel ne bénéficiant pas d'un maintien de salaire de l'adhérent :

L'indemnité journalière complémentaire est versée à compter du 91^{ème} jour d'arrêt continu et total de travail.

La franchise est décomptée à partir du 1^{er} 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 DES INDEMNITES JOURNALIERES COMPLEMENTAIRES :

Le montant de l'indemnité journalière est fixé à **100 %** de la 365^{ème} partie du traitement de base, sous déduction des prestations versées au même titre par la Sécurité Sociale.

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.

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.

Les conséquences au regard du service des indemnités d'UNIPREVOYANCE d'une résiliation de l'adhésion de la part de l'adhérent sont exposées au paragraphe 3 du Règlement général.

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 - INVALIDITE PERMANENTE

Tout participant classé en invalidité à la suite d'une maladie ou d'un accident survenu pendant la période d'affiliation et bénéficiant à ce titre d'une pension de 1^{ère}, 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie versée au titre de l'article L341-1 du Code de la Sécurité Sociale bénéficie d'une rente complémentaire d'invalidité, sauf contrôle médical négatif prévu au paragraphe 16 du Règlement général.

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

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

MONTANT DE LA RENTE

Le montant annuel de la rente est fonction de la catégorie d'invalides dans laquelle le participant est classé par la Sécurité Sociale.

Ce montant, exprimé en pourcentage du traitement de base, est fixé comme suit, sous déduction des prestations versées au même titre par la Sécurité Sociale :

- 1^{ère} catégorie : **60%**
- 2^{ème} catégorie : **100%**
- 3^{ème} catégorie : **100%**

Le total des prestations reçues par le participant ne peut excéder 100% du salaire net de l'intéressé, à l'exclusion de l'allocation versée par la Sécurité Sociale au titre de la tierce personne.

Après rupture du contrat de travail, la prestation invalidité permanente est maintenue sur la base du salaire net, déduction faite des prélèvements obligatoires restant à charge.

7 - PAIEMENT ET DUREE DES RENTES D'INVALIDITE

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

Elles sont servies tant que dure l'invalidité et que le participant perçoit une pension d'invalidité de la Sécurité Sociale.

Elles cessent :

- au jour où le participant cesse de percevoir la pension d'invalidité de la Sécurité Sociale,
- au jour où le participant peut obtenir la liquidation de sa pension vieillesse Sécurité Sociale à taux plein,
- au jour où sa pension vieillesse Sécurité Sociale est liquidée,
- en cas de contrôle médical, s'il est établi par le médecin conseil d'UNIPRÉVOYANCE que le participant n'est pas atteint d'une invalidité permanente ou d'une incapacité permanente (telle que définie au paragraphe 8 ci-après).

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

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

1) En cas d'incapacité temporaire

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

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

Les modalités et durée de paiement de cette prestation sont identiques à celles des indemnités journalières complémentaires telles que définies aux paragraphes 3, 4 et 5 ci-dessus.

2) En cas d'incapacité permanente

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

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

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

Est assimilée :

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

Les modalités et durée de paiement de cette rente complémentaire sont identiques à celles des rentes invalidité telles que définies aux paragraphes 6 et 7 ci-dessus.

9 - REPRISE PARTIELLE D'ACTIVITE

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

10 - 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.

11 - REVALORISATION DES CONDITIONS DE GARANTIE

Les prestations sont revalorisées en fonction de l'évolution de la valeur du point du régime de retraite de l'A.R.R.C.O. entre la date de l'arrêt de travail et la date d'échéance de la prestation correspondante.

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

12 – 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.

Chapitre 4

RÈGLEMENT PARTICULIER DE LA GARANTIE FRAIS D'OBSÈQUES

1 - OBJET DE LA GARANTIE

La présente garantie a pour objet le versement d'une indemnité forfaitaire « frais d'obsèques » en cas de décès, pendant la période d'affiliation d'un participant assuré.

2 - MONTANT DE L'INDEMNITÉ

Le montant de l'indemnité est fixé à 100 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au jour du décès.

Toutefois, l'indemnité versée en cas de décès d'un enfant âgé de moins de 12 ans ne pourra excéder le montant justifié des frais d'obsèques.

Dans le cas d'un enfant mort-né après le 7^{ème} mois de grossesse, ce dernier devra être inscrit sur le livret de famille pour ouvrir droit au versement de l'indemnité par UNIPRÉVOYANCE.

3 - RÈGLEMENTS

Les prestations sont réglées :

- à la personne qui a assumé la charge des frais d'obsèques de la personne décédée,
 - à défaut, aux bénéficiaires du capital décès tels que prévus au paragraphe 4 du Règlement particulier de la Garantie CAPITAL DÉCÈS,
- dès la remise des pièces justificatives.

Les pièces justificatives comprennent notamment :

- Extrait d'acte de décès original,
- Copie certifiée conforme du livret de famille,
- La facture acquittée des frais d'obsèques mentionnant les nom, prénom et adresse de la personne qui a effectué le règlement,
- Le cas échéant, le certificat de scolarité, la copie du contrat d'apprentissage ou la copie du contrat de formation en alternance.

En outre, notamment à des fins statistiques, une attestation médicale précisant la cause du décès sera adressée au Médecin Conseil de l'Institution. Sous peine de déchéance des droits des bénéficiaires, le décès doit, sauf cas de force majeure, être déclaré à l'Institution dans les 90 jours.

Les paiements de l'Institution n'étant pas divisibles, les règlements sont effectués, s'il y a lieu, sur quittance conjointe des intéressés.