



POMPES FUNEBRES – U.P.F.

CONVENTION PRÉVOYANCE ET FRAIS MEDICAUX

ENSEMBLE DU PERSONNEL – JANVIER 2010

UNIPREVOYANCE – Institution de Prévoyance régie par le code de la Sécurité Sociale
10 rue Massue – 94307 VINCENNES Cedex – Téléphone 01.58.64.41.00 – Télécopie 01.58.64.42.30

L'autorité chargée du contrôle de l'Institution est l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles (ACAM) située au : 61, rue Taitbout - 75009 PARIS

Chapitre 1

RÈGLEMENT GÉNÉRAL

1 - OBJET DU CONTRAT

Le présent règlement fixe les conditions dans lesquelles UNIPREVOYANCE met en œuvre des couvertures pour les garanties :

- CAPITAL DECES,
- RENTE DE CONJOINT SURVIVANT,
- RENTE EDUCATION,
- RENTE HANDICAP,
- INCAPACITE DE TRAVAIL - INVALIDITE PERMANENTE,
- REMBOURSEMENT DE SOINS – MALADIE – CHIRURGIE – MATERNITÉ.

2 - ADHESION

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

- L'entreprise est représentée par le chef d'entreprise ou la personne morale qui adhère à l'Institution pour les salariés appartenant au groupe assuré. « L'entreprise adhérente » ou « l'adhérent » sont les termes employés pour la désigner dans la présente convention.
- Le groupe assuré est celui défini au bulletin d'adhésion.
- Le salarié d'un groupe assuré sera désigné sous les termes « participant » ou « membre participant ».

L'engagement réciproque de l'entreprise adhérente 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'entreprise adhérente la présente convention accompagnée des Statuts de l'Institution.

Les garanties adoptées par l'entreprise adhérente s'appliquent, obligatoirement à l'ensemble des personnes appelées à bénéficier du régime et appartenant au collège défini au 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'entreprise adhérente 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 ou lorsqu'il peut bénéficier de la Couverture Maladie Universelle complémentaire en application de l'article L 861-3 du Code de la Sécurité Sociale et qu'il adhère à un autre organisme à cet effet.

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'entreprise est tenue d'organiser en cas de changement d'organisme assureur, la poursuite de la revalorisation des rentes en cours de service. Elle peut assurer elle-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'entreprise.

5 - MODALITÉS D'ADHÉSION

Sont garantis au titre de participants, L'ENSEMBLE DU PERSONNEL salarié de l'entreprise adhérente appartenant à la catégorie de personnel définie au bulletin d'adhésion :

- 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), étant précisé que l'admission au titre de la garantie INCAPACITE DE TRAVAIL - INVALIDITE PERMANENTE intervient à compter de la date de reprise du travail, sous réserve de la fourniture d'un certificat médical de reprise du travail adressé au médecin conseil de l'Institution,
- 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'entreprise adhérente ou de la catégorie de personnel visée,
- liquidation de la retraite de Sécurité Sociale.

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

- **Garanties Décès – Incapacité – Invalidité – Accident – Frais de soins de santé – Maladie – Chirurgie – Maternité**

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.

- **Garanties Frais de soins de santé – Maladie – Chirurgie – Maternité**

Le contrat d'adhésion collectif obligatoire, souscrit en vue d'obtenir le remboursement ou l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, prévoit sans condition de période probatoire ni examens ou questionnaires médicaux, les modalités et les conditions tarifaires des nouveaux contrats ou conventions par lesquels l'Institution maintient cette couverture :

1) Au profit des anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les SIX MOIS qui suivent la rupture de leur contrat de travail.

2) Au profit des personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les SIX MOIS suivant le décès.

Le nouveau contrat ou la nouvelle convention prévoit que la garantie prend effet, au plus tard, au lendemain de la demande.

Les tarifs applicables aux personnes visées par le présent paragraphe peuvent être supérieurs aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs dans les conditions fixées réglementairement par décret.

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 - COTISATIONS

- Les taux de cotisations relatifs aux garanties CAPITAL DÉCÈS, RENTE DE CONJOINT SURVIVANT, RENTE ÉDUCATION, RENTE HANDICAP, INCAPACITÉ DE TRAVAIL – INVALIDITÉ PERMANENTE sont fixés au bulletin d'adhésion.

- Les cotisations relatives à la garantie REMBOURSEMENT DE SOINS - MALADIE - CHIRURGIE - MATERNITÉ sont fixées au bulletin d'adhésion selon la structure de cotisations retenue :

- Cotisation familiale : . par participant
- Cotisation adulte / enfant : . par adulte bénéficiaire
. par enfant bénéficiaire

Les cotisations relatives à la garantie REMBOURSEMENT DE SOINS – MALADIE – CHIRURGIE – MATERNITÉ sont indexées au 1^{er} Janvier de chaque année en fonction de la moyenne arithmétique des taux d'accroissement annuels de la "CONSOMMATION MEDICALE TOTALE DES MENAGES" publiée dans le rapport annuel des Comptes Nationaux de la Santé. Cette moyenne est calculée sur la base des taux d'accroissement des deux dernières années recensées dans ce rapport.

Pour le personnel en arrêt de travail, la cotisation reste entièrement due.

- Tout changement de cotisations sera signifié à l'entreprise adhérente 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 de la nouvelle cotisation, 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'entreprise adhérente de la nouvelle cotisation 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 de la nouvelle cotisation 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 cotisations sont fixées 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'entreprise adhérente.

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'entreprise adhérente a la faculté de mettre fin à son adhésion avant le prochain renouvellement annuel, cette décision étant assimilée à une démission de l'entreprise adhérente, sans qu'il puisse être opposé à celle-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 cotisation ou la modification de la prestation.

8 - ASSIETTE DES COTISATIONS

Garanties capital décès, rente de conjoint survivant, rente éducation, rente handicap, incapacité de travail – invalidité permanente :

L'assiette des cotisations est le traitement brut annuel du participant tel qu'il est déclaré par l'entreprise adhérente 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.

Garantie remboursement de soins – maladie – chirurgie – maternité :

Les cotisations sont exprimées en euros.

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'entreprise adhérente 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'entreprise adhérente. 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'entreprise adhérente 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'entreprise adhérente est seule responsable du paiement des cotisations. A ce titre, elle procède elle-même à leur calcul et à leur versement aux échéances prévues.

Chaque entreprise adhérente est débitrice 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'entreprise adhérente 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'entreprise adhérente 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'entreprise adhérente informera UNIPREVOYANCE de toute transformation intervenant dans sa situation juridique ou économique (cession d'exploitation, location gérance, etc ...) dans les meilleurs délais.

L'entreprise adhérente 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. Les capitaux et indemnités liés aux garanties prévoyance de la présente convention sont versés au plus tard dans les 30 jours suivant la réception de l'ensemble des pièces justificatives nécessaires énumérées ci-après dans les chapitres propres à chaque garantie.

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

- **Garanties capital décès, rente de conjoint survivant, rente éducation, incapacité de travail – invalidité permanente :**

Le traitement de base servant au calcul des prestations est égal aux salaires bruts perçus au cours des 12 mois civils précédant l'évènement ouvrant droit à prestations, déclarés par l'entreprise adhérente 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'entreprise adhérente 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).

- **Garantie rente handicap :**

Le montant de la prestation est fixé forfaitairement chaque année.

- **Toutes garanties :**

Lors de la demande de prestations, l'entreprise adhérente atteste que le salarié appartenait bien à la catégorie de personnel garantie à la date de l'évènement 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.

1. Montant des garanties maintenues

Le montant des garanties maintenues est celui prévu au titre de la présente convention, 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'entreprise adhérente est dans l'obligation de verser à l'Institution une indemnité de résiliation égale au **n/10^{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 UNIPRÉVOYANCE de la lettre de résiliation,
- que du jour où UNIPRÉVOYANCE a eu connaissance des sinistres.

16 - CONTROLE MEDICAL – ARBITRAGE POUR LES GARANTIES PRÉVOYANCE UNIQUEMENT

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 UNIPRÉVOYANCE.

Les conclusions de ce contrôle médical sont notifiées au participant par lettre recommandée avec accusé de réception; elles peuvent conduire UNIPRÉVOYANCE 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, les entreprises adhérentes doivent faire obligatoirement élection de domicile en France ou dans un pays membre de l'Union Européenne.

Si l'entreprise adhérente a son siège social en dehors du territoire Français, elle 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 :

UNIPREVOYANCE adresse à l'entreprise adhérente une notice qui définit les garanties souscrites et leurs modalités d'entrée en vigueur, ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque. Cette notice rappelle également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garanties ainsi que des délais de prescription.

L'entreprise adhérente s'engage à remettre, aux membres participants auxquels les garanties sont applicables, la notice d'information fournie par l'Institution. En cas de litige, la preuve de la remise de la notice lui incombe.

Changement ultérieur des garanties :

En cas de changement, les éléments modifiés sont communiqués à l'entreprise adhérente en remplacement de ceux qu'elle détenait. Celle-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 lui incombe.

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, au chef d'entreprise un rapport sur les comptes du contrat ou du groupe de contrats auquel l'adhésion est rattachée.

Ce rapport est également communiqué à la commission de suivi si elle a été prévue dans l'accord ou projet d'accord proposé par l'entreprise pour la mise en place des garanties.

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, UNIPREVOYANCE 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'entreprise adhérente 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 CAPITAL DÉCÈS

1 - OBJET DE LA GARANTIE

La garantie CAPITAL DECES a 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 en cas de DÉCÈS DU PARTICIPANT,
- d'un capital par anticipation en cas d'INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE DU PARTICIPANT,
- d'un second capital en cas de DÉCÈS SIMULTANÉ OU POSTÉRIEUR DU CONJOINT.

La garantie est accordée sous réserve des exclusions visées au paragraphe 19 du Règlement général.

2 - MONTANT DE LA GARANTIE

- DECES TOUTES CAUSES

Le montant du capital garanti est fixé à 100% du traitement de base (tranches 1 et 2), quelle que soit la situation de famille du participant à la date du décès.

En tout état de cause, le montant du capital ne peut être inférieur à 7 500 €uros.

- 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.

- DECES SIMULTANE OU POSTERIEUR DU CONJOINT

Le montant du second capital est égal à **100 %** du capital DÉCÈS TOUTES CAUSES.

Les enfants à charge sont définis 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 aux paragraphes 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.

• PARTENAIRE PACSÉ

Le partenaire lié au participant par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) doit apporter la preuve que le contrat de PACS a été conclu au moins deux ans avant la date du décès du participant.

• CONCUBIN

Le concubin doit apporter la preuve qu'il a vécu au moins deux ans en concubinage notoire avant la date de 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.

• DECES SIMULTANE OU POSTERIEUR DU CONJOINT

Cette garantie s'applique en complément de la garantie CAPITAL DÉCÈS décrite ci-dessus, en cas de décès du conjoint non remarié ayant moins de 65 ans, que le décès du conjoint soit simultané ou postérieur au décès du participant, et alors qu'il reste des enfants à charge.

Les bénéficiaires sont les enfants encore à charge du conjoint, dans la mesure où ils étaient déjà à la charge du participant lors de son décès.

Cette garantie prévoit le versement d'un capital supplémentaire réparti par parts égales entre les enfants bénéficiaires.

La base de calcul de cette garantie est revalorisée entre les deux décès en fonction de l'évolution de la valeur du point du régime de retraite de l'A.R.R.C.O. .

Par décès simultané, il faut entendre le décès des deux conjoints au cours d'un même événement sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès.

Cette garantie cesse pour l'ensemble des enfants en cas de résiliation du contrat entre le décès du participant et celui du conjoint survivant.

4 - BENEFICIAIRES

- 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 défini au paragraphe 3 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 défini au paragraphe 3 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; 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.

- DECES SIMULTANE OU POSTERIEUR DU CONJOINT

Les bénéficiaires sont les enfants encore à charge du conjoint, dans la mesure où ils étaient déjà à la charge du participant lors de son décès.

Le capital est versé à l'enfant lui-même s'il jouit de la capacité juridique ou à son représentant légal, dans le cas contraire.

5 - PIÈCES À FOURNIR EN CAS DE SINISTRE

L'entreprise adhérente constitue, pour chaque sinistre, un dossier de demande de prestations. 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,
- 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 – Extrait d'acte de naissance, comportant les mentions marginales et datant de moins de trois mois, du participant décédé et du ou des bénéficiaires,
- 5 – Désignation de bénéficiaires s'il en a été complétée une.

En complément :

- 6 – Si le décès est précédé d'un arrêt de travail : Bordereau de la Sécurité Sociale précisant les périodes indemnisées,
- 7 – 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,
- 8 – Si le bénéficiaire est mineur : Ordonnance du juge des tutelles autorisant le règlement sous la responsabilité de l'administrateur légal,
- 9 – En cas de mise sous tutelle : Copie certifiée conforme du jugement de mise sous tutelle nommant le représentant légal de(s) (l') orphelin(s),
- 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 7,
- 4 – Le cas échéant, les pièces justificatives prévues en cas de décès de l'assuré énumérées aux points 3, 4 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 RENTE DE CONJOINT SURVIVANT

CETTE GARANTIE EST ASSURÉE PAR L'OCIRP

1 - OBJET DE LA GARANTIE

La garantie rente de conjoint survivant définie au présent règlement a pour objet, si un participant assuré décède pendant la durée de l'assurance, le service au conjoint survivant du participant d'une rente viagère et éventuellement, d'une rente temporaire.

La garantie est accordée sous réserve des exclusions visées au paragraphe 19 du Règlement général.

2 - CONJOINT SURVIVANT BENEFICIAIRE

Par CONJOINT SURVIVANT bénéficiaire au sens de la présente garantie, il faut entendre :

- le CONJOINT survivant du participant non séparé judiciairement,
- le PARTENAIRE, lié au participant par un Pacte Civil de Solidarité (PACS). Le contrat de Pacs doit avoir été conclu au moins deux ans avant la date du décès du participant,
- le CONCUBIN ou la CONCUBINE sous réserve de la preuve qu'il ou elle a vécu au moins deux ans en concubinage notoire avant la date de décès du participant.

Le remariage du CONJOINT survivant lui fait perdre définitivement tout droit au titre de la rente temporaire tant en ce qui concerne la liquidation que le service de la rente.

La conclusion d'un contrat de PACS par le CONJOINT survivant, lui fait perdre définitivement tout droit au titre des rentes viagères et temporaires, tant en ce qui concerne la liquidation que le service des rentes.

3 - ENFANTS À CHARGE

Pour la notion d'enfant à charge de la rente d'orphelin, il convient de se reporter au paragraphe 3 du Règlement particulier de la Garantie Capital Décès ci-dessus, étant précisé que les bénéficiaires sont les enfants à charge du conjoint, dans la mesure où ils étaient déjà à la charge du participant lors de son décès.

4 - MONTANT ET DEFINITION DES PRESTATIONS

● RENTE VIAGERE :

UNIPREVOYANCE constitue sur la tête du conjoint survivant tel que défini au paragraphe 2 ci-dessus, une rente viagère immédiate dont le montant annuel est égal au produit des deux termes suivants :

- **0,42%** du traitement de base (tranches 1 et 2),
- le nombre d'années restant à courir entre l'âge du participant au jour de son décès (calculé par différence de millésime) et son 65^{ème} anniversaire de naissance.

Le nombre d'années retenues est, en tout état de cause, fixé à 5.

- RENTE TEMPORAIRE :

Lorsque le conjoint survivant tel que défini au paragraphe 2 ci-dessus, ne peut prétendre immédiatement mais seulement à effet différé aux droits de réversion de la pension de retraite des régimes complémentaires auxquels le participant était affilié, UNIPREVOYANCE constitue sur la tête du conjoint survivant, une rente temporaire immédiate dont le montant annuel est égal au produit des deux termes suivants :

- **0,30%** du traitement de base (tranches 1 et 2),
- le nombre d'années écoulées entre l'âge du participant au jour de son décès (calculé par différence de millésime) et son 20^{ème} anniversaire de naissance.

La rente temporaire est versée tant que le conjoint survivant ne peut prétendre aux droits de réversion de la pension de retraite des régimes complémentaires auxquels le participant était affilié.

- RENTE D'ORPHELIN :

En cas de décès du conjoint bénéficiaire de la rente, pendant la période d'assurance et avant 65 ans, il est versé à chaque enfant à charge et tant qu'il reste à charge, une rente temporaire dont le montant annuel est égal au produit des deux termes suivants :

- **0,36%** du traitement de base (tranches 1 et 2),
- le nombre d'années restant à courir entre l'âge du participant au jour de son décès (calculé par différence de millésime) et son 65^{ème} anniversaire de naissance.

Le nombre d'années retenues est, en tout état de cause, fixé à 5.

5 - DUREE ET PAIEMENT DES PRESTATIONS

Les rentes sont payables trimestriellement à terme échu, sous condition de vie, le premier et le dernier terme étant calculés prorata temporis.

Les rentes viagères et temporaires prennent effet le lendemain du décès du participant. La rente d'orphelin prend effet le lendemain du décès du conjoint bénéficiaire.

Les rentes viagères, temporaires et d'orphelin cessent la veille du décès du bénéficiaire.

En outre, la rente temporaire cesse :

- la veille du remariage du bénéficiaire,
- à la date à laquelle l'intéressé peut prétendre au paiement des premiers arrérages de la pension de réversion des régimes de retraite complémentaires ARRCO ou AGIRC.

La rente d'orphelin cesse le jour précédant la date à laquelle l'enfant cesse d'être bénéficiaire.

6 - REVALORISATION

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 - FORMALITES

L'entreprise adhérente constitue pour chaque sinistre un dossier de demande de prestations.

Ce dossier doit être accompagné des pièces justificatives prévues au paragraphe 5 du Règlement particulier de la Garantie Capital Décès (PIECES A FOURNIR EN CAS DE SINISTRE).

La justification de l'existence et des droits du (ou des) bénéficiaire(s) pourra être demandée par UNIPREVOYANCE lors de chaque paiement.

Chapitre 4

RÈGLEMENT PARTICULIER DE LA GARANTIE RENTE ÉDUCATION

CETTE GARANTIE EST ASSURÉE PAR L'OCIRP

1 - OBJET DE LA GARANTIE

La garantie Rente Éducation définie au présent règlement a pour objet, si un participant assuré décède pendant la durée de l'assurance, le service d'une rente éducation à chacun des enfants bénéficiaires.

La garantie est accordée sous réserve des exclusions visées au paragraphe 19 du Règlement général.

2 - ENFANTS BENEFICIAIRES

Pour la notion d'enfant bénéficiaire de la garantie rente éducation, il convient de se reporter au paragraphe 3 du Règlement particulier de la Garantie Capital Décès ci-dessus, étant précisé que 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.

3 - MONTANT ET DEFINITION DES PRESTATIONS

RENTE TEMPORAIRE

UNIPREVOYANCE constitue sur la tête des enfants bénéficiaires, tels que définis au paragraphe 3 du Règlement particulier de la Garantie Capital Décès et au paragraphe 2 ci-dessus, une rente temporaire immédiate dont le montant annuel est fixé comme suit en pourcentage du traitement de base (tranches 1 et 2) :

Âge des enfants bénéficiaires	Montant de la rente
. Jusqu'à 16 ans inclus.....	8%
. De 17 à 26 ans inclus (si études) (*).....	12%

(*) Viagèrement pour les enfants bénéficiant des allocations pour personnes handicapées.

L'augmentation du montant de la rente intervient le 1^{er} jour du trimestre civil qui suit le 17^{ème} anniversaire de l'enfant.

CAPITAL ÉDUCATION

En lieu et place de la rente temporaire, chaque enfant à charge peut opter, dans les deux mois qui suivent la date du décès, pour un capital éducation dont le montant est fixé à 50% du traitement de base (tranches 1 et 2).

4 - DUREE ET PAIEMENT

La rente est payable trimestriellement, à terme échu, sous condition de vie, le premier et le dernier terme étant calculés prorata temporis.

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.

5 - REVALORISATION

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.

6 - FORMALITES

L'entreprise adhérente constitue pour chaque sinistre un dossier de demande de prestations.

Ce dossier doit être accompagné des pièces justificatives prévues au paragraphe 5 du Règlement particulier de la Garantie Capital Décès (PIECES A FOURNIR EN CAS DE SINISTRE).

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

Chapitre 5

RÈGLEMENT PARTICULIER DE LA GARANTIE RENTE HANDICAP

CETTE GARANTIE EST ASSUREE PAR L'OCIRP

1 - OBJET DE LA GARANTIE

La garantie handicap a pour objet, si un participant assuré décède pendant la durée de l'assurance, le service d'une rente handicap pour chacun de ses enfants handicapés bénéficiaires.

2 - BENEFICIAIRES

Les bénéficiaires au sens de la présente garantie sont le ou les enfants handicapés du participant, reconnus à la date du décès, qu'ils soient légitimes, naturels, adoptifs.

Les enfants handicapés sont ceux atteints d'une infirmité physique ou mentale qui les empêche soit de se livrer, dans des conditions normales de rentabilité, à une activité professionnelle, soit, s'il sont âgés de moins de 18 ans, d'acquérir une instruction ou une formation professionnelle d'un niveau normal, tel que définit par l'article 199 septies du *Code général des impôts*.

3 - RECONNAISSANCE DE L'ETAT DE HANDICAP

Pour justifier du handicap du ou des bénéficiaires, doit être joint à la demande de liquidation des prestations, sous enveloppe cachetée destinée au médecin conseil de l'OCIRP, un certificat médical attestant, à la date du décès du participant, de la nature de l'infirmité physique ou mentale dont est/sont atteint(s) le/ les bénéficiaire(s) potentiel(s).

La reconnaissance du handicap est effectuée par le médecin conseil de l'OCIRP. L'OCIRP se réserve le droit de demander toutes autres pièces complémentaires qui lui seraient nécessaires pour l'étude du dossier, notamment :

- un justificatif de taux d'incapacité reconnu par la COTOREP ou la CDES ;
- la preuve de l'attribution d'une prestation prévue par la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ;
- un certificat d'admission en établissement spécialisé.

4 - MONTANT ET DEFINITION DES PRESTATIONS

RENTE VIAGÈRE :

Il est constitué au profit des bénéficiaires une rente viagère dont le montant mensuel est de 518,17 € pour l'année 2007.

L'évolution du montant de cette prestation est indexée sur l'augmentation du montant de l'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH). En cas de modification notable, ou bien la disparition de l'AAH, un avenant devra déterminer une autre allocation spécifique aux personnes handicapées afin d'indexer le montant de la rente prévue par la présente garantie.

5 - DUREE ET PAIEMENT

Les rentes sont payées trimestriellement à terme d'avance, sous condition de vie.

La rente prend effet à compter du premier jour du mois civil suivant la date de décès du participant. Si la déclaration est faite après un délai d'un an, les prestations prendront effet à partir du premier jour du mois civil suivant la date de la demande de liquidation des prestations.

La rente cesse d'être due à compter du premier jour du mois suivant le décès du bénéficiaire.

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

6 - REVALORISATION

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 - MAINTIEN DE LA GARANTIE

En cas d'incapacité de travail ou d'invalidité survenue pendant la période de garantie ouvrant droit aux versements d'indemnités journalières ou d'une rente d'invalidité de la Sécurité Sociale, la garantie est maintenue pendant la durée des versements.

Le maintien prend fin :

- à la date de liquidation de la retraite Sécurité Sociale,
- à la date de reprise d'une activité totale de service.

Les cotisations restent dues 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 du présent régime de prévoyance.

8 - FORMALITES

L'entreprise adhérente constitue pour chaque sinistre un dossier de demande de prestations. La demande devra notamment être accompagnée des pièces justificatives suivantes :

- Concernant la personne décédée :

- certificat de décès,
- extrait du livret de famille ou de l'acte de naissance.

- Concernant le bénéficiaire :

- un certificat médical sous enveloppe cachetée, attestant de l'infirmité du bénéficiaire,
- tout document justifiant de l'incapacité juridique du bénéficiaire et désignant un ou plusieurs représentants légaux,
- relevé d'identité bancaire ou postal au nom du bénéficiaire ou de son représentant légal.

L'OCIRP se réserve le droit de demander toutes pièces complémentaires qui lui seraient nécessaires pour l'étude du dossier.

Chapitre 6

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.

2 - ADMISSION AU TITRE DE LA GARANTIE

L'admission au titre de la garantie INCAPACITE DE TRAVAIL - INVALIDITE ne concerne que le participant présent au travail au jour de la prise d'effet du contrat d'adhésion. Le participant en arrêt de travail à cette date n'est admis au titre de cette garantie qu'à compter de la reprise effective du travail, sous réserve de la fourniture d'un certificat médical de reprise du travail adressé au médecin conseil de l'Institution.

3 - 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.

4 - 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.

Cette franchise est fixée comme suit :

L'indemnité journalière est versée à compter de l'expiration de la période de maintien à 90% du salaire brut résultant de la Convention Collective applicable dans l'entreprise pour les membres du personnel qui en bénéficient (à compter du 46^{ème} jour d'arrêt discontinu et total de travail pour les membres du personnel qui n'en bénéficient pas). La notion d'arrêt discontinu s'apprécie par année civile.

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 **80 %** de la 365^{ème} partie du traitement de base (tranches 1 et 2), sous déduction des prestations versées au même titre par la Sécurité Sociale, du salaire maintenu par l'employeur et des prestations complémentaires versées par tout autre organisme.

Lorsqu'un participant reprend son activité au service de l'entreprise adhérente 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'entreprise adhérente 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.

5 - 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'entreprise adhérente, l'indemnité journalière est versée à l'entreprise adhérente. 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 l'entreprise adhérente sont exposées au paragraphe 3 du Règlement général.

6 - 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.

7 - 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'invalidité dans laquelle le participant est classé par la Sécurité Sociale.

Ce montant, exprimé en pourcentage du traitement de base (tranches 1 et 2), sous déduction des prestations versées au même titre par la Sécurité Sociale, est fixé comme suit :

- 1^{ère} catégorie : **60%**
- 2^{ème} catégorie : **80%**
- 3^{ème} catégorie : **80%**

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.

8 - 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 9 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.

9 - 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 4, 5 et 6 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 33%, 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,
- et 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 33% 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 7 et 8 ci-dessus.

10 - 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 3), 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.

11 - 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'entreprise adhérente 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.

12 - 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 d'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.

13 - 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 7

RÈGLEMENT PARTICULIER DE LA GARANTIE REMBOURSEMENT DE SOINS - MALADIE - CHIRURGIE - MATERNITÉ

1 - OBJET DE LA GARANTIE

Le présent règlement a pour objet le versement :

- d'une indemnité complétant les remboursements effectués notamment par les assurances sociales, au titre des prestations en nature de l'assurance maladie ;
- d'une indemnité en cas de maternité ou de cure thermale.

2 - BÉNÉFICIAIRES DE LA GARANTIE

• Sont BÉNÉFICIAIRES de la garantie, outre le PARTICIPANT, ses AYANTS DROIT ci-après définis :

- son CONJOINT à charge au sens de la Sécurité Sociale ou bénéficiant de son propre chef d'un régime de Sécurité Sociale (régime général, régime des travailleurs non salariés, ...),
- en l'absence de conjoint, le CONCUBIN à charge au sens de la Sécurité Sociale ou, sous réserve de la fourniture d'un certificat de concubinage délivré par la mairie, à défaut un justificatif de domicile commun, le concubin bénéficiant de son propre chef d'un régime de Sécurité Sociale (régime général, régime des travailleurs non salariés, ...),
- en l'absence de conjoint ou concubin, le PARTENAIRE, lié au participant par un Pacte Civil de Solidarité (PACS), à charge au sens de la Sécurité Sociale ou, sous réserve de la fourniture d'une copie dudit pacte, le partenaire bénéficiant de son propre chef d'un régime de Sécurité Sociale (régime général, régime des travailleurs non salariés, ...),
- ses ENFANTS, et s'ils vivent au foyer, ceux de son conjoint, de son concubin ou ceux de son partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) :
 - à charge au sens de la Sécurité Sociale et âgés de moins de 20 ans,
 - âgés de moins de 28 ans et affiliés au régime de la Sécurité Sociale des étudiants,
 - âgés de moins de 28 ans et poursuivant des études secondaires ou supérieures, ou une formation en alternance,
 - âgés de moins de 28 ans et étant à la recherche d'un premier emploi, inscrits à l'Agence Nationale Pour l'Emploi et ayant terminé leurs études depuis moins de 6 mois (les enfants ayant suivi une formation en alternance et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo-demandeurs d'emploi),
 - 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.
- ses ASCENDANTS à charge au sens de la Sécurité Sociale,
- les ASCENDANTS de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire lié au participant par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) à charge au sens de la Sécurité Sociale.

• 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 » (article 515-8 du Code Civil).

3 - DISPOSITIONS APPLICABLES AUX BÉNÉFICIAIRES

Ce paragraphe s'applique lorsque la structure de cotisations retenue par l'entreprise adhérente est ADULTE / ENFANT.

• DATE D'ADMISSION À L'ASSURANCE

La date d'admission à l'assurance est, selon le cas :

- la date d'effet du contrat d'adhésion, lorsque la demande est reçue dans les trente jours qui suivent ladite date,
- la date d'entrée dans l'entreprise, lorsque la demande est reçue dans les trente jours qui suivent ladite date,

- la date de changement de situation de famille (mariage, naissance, divorce, veuvage), lorsque la demande est reçue dans les trente jours qui suivent ladite date,
- le premier jour du mois civil qui suit la réception de la demande d'admission, dans les cas non visés ci-dessus.

La prise en charge des frais intervient dans les conditions prévues ci-après.

● PRISE EN CHARGE DES FRAIS

Les frais engagés par les bénéficiaires sont pris en charge sans délai lorsque :

- l'admission a lieu dans les trente jours qui suivent :
 - . la date d'effet du contrat d'adhésion,
 - . la date d'entrée dans l'entreprise,
 - . la date de changement de situation de famille (mariage, naissance,...),
- le bénéficiaire peut justifier que son admission fait suite, sans interruption, à la résiliation de son propre fait d'un régime prévoyant des garanties au moins équivalentes à celles de la présente convention. Une attestation doit être fournie à l'Institution,
- les frais résultent d'un accident.

On entend par "accident", toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part du participant provenant de l'action soudaine et fortuite d'une cause extérieure.

Dans tous les autres cas, la prise en charge des frais engagés intervient après un délai fixé comme suit à compter de la date d'admission :

- DIX MOIS pour la MATERNITE,
- SIX MOIS pour les SOINS et PROTHESES DENTAIRES, l'ORTHOPEDIE et les AUTRES PROTHESES, l'OPTIQUE, les CURES THERMALES,
- TROIS MOIS pour les autres frais.

● CESSATION DES GARANTIES

- A l'initiative d'un bénéficiaire

Un bénéficiaire peut demander sa radiation à l'assurance à tout moment ; la cessation de la garantie intervient alors le dernier jour du mois civil qui suit la réception de la demande de radiation. Toute radiation est définitive ; la cessation de la garantie pour le participant entraînant, en tout état de cause, celle des ayants droit.

- Dans les autres cas

L'assurance se poursuit pendant l'existence du contrat d'adhésion et prend fin à la date :

- de départ du participant de l'entreprise ou de la catégorie de personnel assurée,
- de liquidation de la pension de retraite de la Sécurité Sociale,
- du 65^{ème} anniversaire du participant,
- de résiliation du contrat d'adhésion.

4 - SUBROGATION

Dans la limite des prestations prises en charge par l'Institution, celle-ci est subrogée dans les droits du participant à l'égard du tiers responsable.

5 - FRAIS OUVRANT DROIT À PRESTATIONS

a) Les frais ouvrant droit à prestation sont, sous réserve des dispositions des paragraphes b), c), d), e) et f) ci-après, ceux énumérés au paragraphe **6 - COUVERTURE** du présent chapitre qui, concernant des traitements de maladie ou d'accident, ont donné lieu à un remboursement de la Sécurité Sociale, ont fait l'objet d'une prescription médicale et pour lesquels la date des soins figurant sur le bordereau de la Sécurité Sociale est comprise entre la date d'admission à l'assurance et la date de cessation de l'assurance.

Toutefois, certains frais qui figurent dans la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) en vigueur ou dans le Tarif Interministériel des Prestations Sanitaires et qui n'ont pas donné lieu à un remboursement de la Sécurité Sociale, ouvrent droit à prestation lorsque la mention en est expressément faite au paragraphe **6 - COUVERTURE** du présent chapitre.

b) Une demande de prise en charge est exigée s'agissant d'un séjour en maison de repos et de convalescence non exclu aux termes du paragraphe c) ci-après.

c) SONT EXCLUS DE LA GARANTIE, LES FRAIS D'HEBERGEMENT ET DE TRAITEMENT EXPOSES :

- EN MAISONS DE REPOS ET DE CONVALESCENCE LORSQUE LE SEJOUR FAIT SUITE A UNE HOSPITALISATION DE MOINS DE 30 JOURS OU A UNE INTERVENTION CHIRURGICALE DONT LA BASE DE REMBOURSEMENT EST INFÉRIEURE OU ÉGALE À 4,20 % DU PLAFOND MENSUEL DE LA SECURITE SOCIALE EN VIGUEUR AU JOUR DE L'INTERVENTION,
- EN ETABLISSEMENTS DE POST-CURE,
- EN ETABLISSEMENTS DE REEDUCATION OU D'EDUCATION PROFESSIONNELLE.

d) En tout état de cause, les actes pratiqués par des auxiliaires médicaux mais non prescrits médicalement n'ouvrent pas droit à prestation.

e) UNIPRÉVOYANCE ne prend pas en charge les frais ayant fait l'objet d'un refus administratif de la Sécurité Sociale.

f) Les dépassements d'honoraires sont pris en charge dans la mesure où ils ont été déclarés par le praticien à la Sécurité Sociale et dans la mesure où ils sont prévus au paragraphe **6 - COUVERTURE** du présent chapitre.

L'INDEMNITE COMPLEMENTAIRE VERSEE PAR L'INSTITUTION S'AJOUTE, DANS LA LIMITE DES FRAIS RESTANT A LA CHARGE DU PARTICIPANT, A CELLES VERSEES, AU MEME TITRE, TANT PAR LA SECURITE SOCIALE QUE PAR TOUT AUTRE ORGANISME.

Le présent contrat est émis conformément aux dispositions des articles R 871-1 et R 871-2 du Code de la Sécurité Sociale. En conséquence, il prévoit des conditions minimales de garanties et ne prend pas en charge les participations forfaitaires, la minoration du remboursement de la Sécurité Sociale et les dépassements autorisés d'honoraires pour non respect du parcours de soins et refus d'accès au dossier médical.

6 - COUVERTURE

1. HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE (y compris hospitalisation médicale et chirurgicale de moins de 24 heures et intervention chirurgicale sans hospitalisation)

Établissements conventionnés

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à :

- **FRAIS DE SEJOUR : 100 % des frais réels, sous déduction du montant remboursé au même titre par la Sécurité Sociale et tout autre organisme**
- **HONORAIRES MEDICAUX ET CHIRURGICAUX : 80 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.**
- **RADIOGRAPHIES : 80 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.**
- **FRAIS DE CHAMBRE PARTICULIERE : 100 % des Frais Réels**
- **FRAIS EXPOSES POUR L'ACCOMPAGNEMENT D'UN ENFANT DE MOINS DE 12 ANS : 100 % des Frais Réels (pour une durée maximum de 30 jours par hospitalisation).**

Établissements non conventionnés et secteur privé en hôpital public

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à :

- **FRAIS DE SEJOUR : 80 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.**
- **HONORAIRES MEDICAUX ET CHIRURGICAUX : 80 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.**
- **RADIOGRAPHIES : 80 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.**
- **FRAIS DE CHAMBRE PARTICULIERE : pris en charge dans la limite, par jour, de 2 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au premier jour de l'hospitalisation.**
- **FRAIS EXPOSES POUR L'ACCOMPAGNEMENT D'UN ENFANT DE MOINS DE 12 ANS : pris en charge dans la limite, par jour, de 2 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au premier jour de l'hospitalisation pour une durée maximum de 30 jours par hospitalisation.**

Tous établissements

Le FORFAIT JOURNALIER de la Sécurité Sociale est pris en charge intégralement.

Limitations

L'INDEMNISATION EST LIMITEE A 30 JOURS PAR ANNEE CIVILE, S'AGISSANT DU SEJOUR D'UN ENFANT EN MAISON A CARACTERE SANITAIRE OU EN MAISON DE CURE THERMALE.

2. TRANSPORT EN AMBULANCE

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 80 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.

3. PHARMACIE

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 100 % de la différence entre la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale et le Montant Remboursé par la Sécurité Sociale.

Les vaccins non remboursés par la Sécurité Sociale mais prescrits par un médecin sont pris en charge dans la limite de 6 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale par an et par bénéficiaire.

4. SOINS DENTAIRES

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 100 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.

5. PROTHÈSES DENTAIRES, INLAYS CORE (pris en charge par la Sécurité Sociale)

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 200 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.

6. ACTES DENTAIRES NON PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Par dérogation au paragraphe 5 - **FRAIS OUVRANT DROIT À PRESTATION** du présent chapitre, les piliers de bridge sur dent saine sont remboursés dans la limite de **215 €** par an et par bénéficiaire.

7. ORTHODONTIE (y compris non prise en charge par la Sécurité Sociale)

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 170 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.

8. ORTHOPÉDIE, AUTRES PROTHÈSES NON DENTAIRES

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 170 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale, par an et par bénéficiaire.

9. PROTHÈSES AUDITIVES

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 15 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au jour de la dépense, par an et par bénéficiaire.

10. OPTIQUE

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé comme suit :

- Verre : 2 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au jour de la dépense, par verre.
- Monture : 4 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au jour de la dépense.
- Lentilles de contact correctrices ayant donné lieu à un remboursement de la Sécurité Sociale : 2 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au jour de la dépense, par lentille.
- Lentilles de contact correctrices n'ayant pas donné lieu à un remboursement de la Sécurité Sociale (hors jetables) : 2 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au jour de la dépense, par lentille.
- Lentilles de contact correctrices jetables (par paire) : 4 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au jour de la dépense, par an et par bénéficiaire.

11. FRAIS MÉDICAUX COURANTS

Les frais sont ceux correspondant aux :

- . consultations, visites (de généralistes, de spécialistes),
- . actes pratiqués par les auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes),
- . analyses,
- . actes d'imagerie, échographie et doppler,
- . actes techniques médicaux et actes de chirurgie,

le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 80 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.

12. MATERNITÉ

Les frais normaux de maternité inhérents à la naissance, pris en charge par les assurances sociales au titre de l'assurance maternité, ouvrent droit, sur présentation d'un extrait d'acte de naissance, et dans la mesure où ils ont été exposés pendant la période d'assurance, à une indemnité.

Le montant de l'indemnité est fixé à 15 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur à la date de la naissance. L'indemnité est doublée en cas de naissance gémellaire.

Le versement de l'indemnité est exclusif de tout autre remboursement pour les frais de séjour et les frais d'accouchement normal exposés pendant les cinq premiers jours d'hospitalisation.

Les honoraires chirurgicaux en cas d'accouchement sous césarienne sont indemnisés au titre de l'HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE.

13. CURES THERMALES

- Frais pris en charge par la Sécurité Sociale :

Les frais de cure thermale remboursés par la Sécurité Sociale pour un bénéficiaire de la garantie, ouvrent droit sur justification de la prise en charge par les assurances sociales et dans la mesure où ils ont été exposés pendant la période d'assurance, à une indemnité.

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 80 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.

Cette indemnité est destinée à couvrir les frais médicaux, de séjour et de transport.

- Frais non pris en charge par la Sécurité Sociale :

Les frais de cure thermique non pris en charge par la Sécurité Sociale ouvrent droit, dans la mesure où ils ont été exposés pendant la période d'assurance, à une indemnité.

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 10 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au premier jour de la cure.

Cette indemnité est destinée à couvrir les frais médicaux, de séjour et de transport.

- Soins de thalassothérapie pris en charge par la Sécurité Sociale :

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 80 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.

14. PRESTATIONS DE PRÉVENTION

Dans le respect de la réglementation (décret du 29 septembre 2005), UNIPRÉVOYANCE prend en charge deux prestations de prévention figurant dans la liste qui a été publiée par l'Arrêté du 8 juin 2006 :

- **Détartrage complet sus et sous gingival des dents (en deux séances maximum),**
- **Dépistage de l'hépatite B.**

Pour ces deux actes, le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 100 % de la différence entre la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale et le Montant Remboursé par la Sécurité Sociale.

7 - DÉCLARATIONS - JUSTIFICATIONS - CONTRÔLE

Les frais exposés doivent être justifiés par la production des notes d'honoraires, mémoires ou factures établis en bonne et due forme et portant les nom et prénoms du malade.

Les remboursements ne seront effectués que pour les frais engagés au titre d'accident, de maladie ou de maternité postérieurement à la date d'effet de la garantie pendant la durée de cette garantie.

L'Institution ne considère comme recevables que les exemplaires originaux de ces documents : aucune copie n'est acceptée.

Tout dossier transmis sans justifications de frais réels sera réglé sur la base du remboursement de la Sécurité Sociale et ne pourra faire l'objet d'aucun redressement ultérieur.

8 - PIÈCES À FOURNIR

REMBOURSEMENT DE SOINS – MALADIE – CHIRURGIE – MATERNITÉ

En vue du règlement des prestations, un dossier de demande de prestations est rempli, accompagné des pièces justificatives, notamment :

I - l'original du DECOMPTE DE LA SECURITE SOCIALE et de tout autre organisme, indiquant la qualité de la personne malade et le montant du remboursement au titre de l'Assurance Maladie et/ou Accident du Travail ou Maladies Professionnelles,

II - la prescription médicale,

III - le devis préalable lorsqu'il conditionne la prestation,

IV - la (ou les) attestation(s) de paiement le cas échéant,

V - une FACTURE acquittée des frais réels mentionnant tous les actes pour :

. Frais d'hospitalisation médicale et chirurgicale, frais d'accouchement :

- l'original du « bordereau 615 » acquitté, s'agissant d'établissements conventionnés privés tenus à cette facturation,
- l'original de la facture détaillée de l'établissement hospitalier et notes d'honoraires correspondant à la chirurgie, datées et signées par le praticien ou l'établissement qui les a délivrées, mentionnant les nom et prénoms de la personne soignée ou opérée, la date des soins, la codification et le cas échéant, la nature des actes pratiqués,
- les notes de dépassement d'honoraires.

. Pharmacie :

- bordereau subrogatoire du pharmacien en cas d'utilisation du tiers payant,
- l'original de la facture du pharmacien, en ce qui concerne les vaccins non pris en charge par la Sécurité Sociale.

. Autres postes : en cas de dépassement du tarif de la Sécurité Sociale, selon le cas, l'original de la facture ou la photocopie de la feuille de soins.

. Soins dentaires : le chirurgien-dentiste doit mentionner la codification des actes.

. Prothèses dentaires et orthodontie :

- photocopie de la feuille maladie complétée par le dentiste après exécution des travaux,
- original de la facture et/ou note d'honoraires détaillée et acquittée de tous les actes (partie prise en charge et partie non prise en charge).

. Lunettes : original de la facture détaillée et acquittée (séparer le coût des verres et de la monture).

. Lentilles de contact correctrices :

- original de la facture détaillée et acquittée,
- original de la prescription médicale datant de moins de deux ans (ou une photocopie en cas de renouvellement) s'agissant des lentilles n'ayant pas donné lieu à un remboursement de la Sécurité Sociale.

. Cures thermales :

- original de la facture de l'établissement thermal détaillée et acquittée,
- les bordereaux de la Sécurité Sociale se rapportant à cette cure.

. Maternité :

- original de la facture,
- l'extrait d'ACTE DE NAISSANCE de l'enfant ou copie du livret de famille (Attention : cette démarche ne remplace pas l'inscription de l'enfant en tant que bénéficiaire du régime, cette inscription devant être effectuée par le participant auprès de son service du personnel).

L'Institution se réserve le droit de demander toute autre pièce, examen ou acte nécessaire à l'application de la garantie et, notamment, la preuve de la qualité d'ayant droit du participant.

9 - DÉCHÉANCE

L'assuré est déchu de ses droits aux prestations si la demande des pièces justificatives ne parvient pas à l'Institution dans un délai de deux ans à compter de la date des soins.

ANNEXE 1

MAINTIEN DE L'ASSURANCE AUX ANCIENS SALARIES SELON LES DISPOSITIONS DE L'ARTICLE 14 DE L'ACCORD NATIONAL INTERPROFESSIONNEL

L'assurance est maintenue, aux mêmes clauses et conditions, aux membres du personnel dont la cessation ou la rupture du contrat de travail ouvre droit à la prise en charge par le régime d'Assurance Chômage, sauf :

- en cas de licenciement pour faute lourde,
- si les droits à couverture complémentaire n'étaient pas ouverts au salarié au jour de la cessation ou de la rupture de son contrat de travail.

S'ils étaient couverts au titre du contrat initial, le maintien demandé par l'ancien salarié s'applique à l'ensemble de ses ayants droit dans les conditions et termes des garanties maintenues.

1 – Prise d'effet et durée du maintien – Renonciation

- L'ensemble des garanties du présent contrat sera maintenu, à compter du lendemain du jour de cessation ou de rupture du contrat de travail, pour une durée maximale égale à la durée du dernier contrat de travail appréciée en mois entiers, telle que déclarée par l'Entreprise Adhérente, dans la limite de 9 mois.
- Toutefois, le bénéficiaire du maintien des garanties a la possibilité de renoncer audit maintien. S'il entend y renoncer, cette renonciation sera définitive, concernera l'ensemble des garanties et devra être notifiée expressément par écrit à l'ancien employeur, dans les dix jours suivant la date de cessation ou de rupture du contrat de travail

2 – Cessation du maintien des garanties

Le maintien des garanties cesse à la survenance du premier de ces deux événements :

- au terme de la durée maximale prévue au paragraphe « Prise d'effet et durée du maintien »,
- au jour où le bénéficiaire trouve un nouvel emploi ou liquide ses droits à pension de retraite de la Sécurité Sociale.

Avant ce terme et sauf en cas de mise en liquidation judiciaire de l'Entreprise Adhérente, le maintien est interrompu :

- à la date de suspension des garanties du présent contrat en cas de non paiement des cotisations,
- à la date de résiliation du présent contrat.

En tout état de cause, les bénéficiaires pourront demander, dans les six mois qui suivent l'expiration de ce maintien, à bénéficier des possibilités qui leur sont offertes par l'article 4 de la Loi Evin du 31 décembre 1989.

3 – Modalités du maintien

- La franchise contractuelle applicable est celle qui serait appliquée à l'ancien salarié s'il était toujours salarié de l'entreprise le jour de son arrêt de travail.
- Le terme du maintien des garanties n'interrompt pas le versement des prestations périodiques en cours de service ou celles différées en raison de l'application de la franchise contractuelle pour les personnes en arrêt de travail le jour de la cessation du maintien de leurs garanties.
- La base des prestations applicable durant la période de maintien des garanties est celle calculée au jour de la cessation ou de la rupture du contrat de travail de l'ancien salarié.

Par exception, l'ensemble des indemnités perçues par l'ancien salarié au titre de l'incapacité temporaire de travail par le biais des régimes obligatoires et complémentaires ne pourront conduire à ce qu'il perçoive des revenus supérieurs au montant des allocations chômage perçu le jour de son arrêt de travail. S'il n'en percevait pas, cette base des prestations sera reconstituée sur la base des conditions du régime d'assurance chômage applicables au jour de l'arrêt.

4 – Cotisation

La cotisation est celle prévue pour le personnel en activité.

