CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE
ÉTABLISSEMENTS D'ENSEIGNEMENT PRIVÉS SOUS CONTRAT (EEP)

PRÉVOYANCE

Contrat d'assurance collective à adhésion obligatoire

NOTICE D'INFORMATION

Personnel non cadre (salariés ne relevant pas des articles 4 et 4bis de la CCN du 14 mars 1947)

malakoff médéric humanis

SANTÉ – PRÉVOYANCE – RETRAITE – ÉPARGNE

PRÉVOYANCE eep ÉTABLISSEMENTS D'ENSEIGNEMENT PRIVÉS

Sommaire

VOS GARANTIES PRÉVOYANCE 5
TITRE - DISPOSITIONS GÉNÉRALES 6
ARTICLE I.1 - OBJET 6
ARTICLE I.2 - PRISE EN CHARGE DES RISQUES EN COURS 6
ARTICLE I.3 - CESSATION ET SUSPENSION DES GARANTIES 6
ARTICLE I.4 - COTISATIONS 7
ARTICLE I.5 - PRESTATIONS 7
ARTICLE I.6 - PRESCRIPTION 7
ARTICLE I.7 - ASSIETTE DES PRESTATIONS 7
ARTICLE I.8 - EXCLUSIONS - RISQUES NON GARANTIS 7
ARTICLE I.9 - LÉGISLATION RELATIVE AU TRAITEMENT DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL 7
ARTICLE I.10 - RECOURS CONTRE TIERS RESPONSABLE 8
ARTICLE I.11 - CONTRÔLE DE L'ORGANISME ASSUREUR 8
ARTICLE I.12 - FAUSSE DÉCLARATION 8
ARTICLE I.13 - MÉDIATION 8
ARTICLE I.14 - DATE D'EFFET 8
TITRE II - GARANTIES 9
CHAPITRE I - GARANTIE DÉCÈS - INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE (IAD) 9
ARTICLE II.1 - OBJET DE LA GARANTIE 9
ARTICLE II.2 - MONTANT DE LA GARANTIE 9
ARTICLE II.3 - BÉNÉFICIAIRES 9
ARTICLE II.4 - DÉFINITIONS 9
ARTICLE II.5 - DURÉE ET PAIEMENT DE LA RENTE ÉDUCATION 10
ARTICLE II.6 - REVALORISATION DES RENTES ÉDUCATION 10
ARTICLE II.7 - PIÈCES À FOURNIR EN CAS DE SINISTRE 10
CHAPITRE II - GARANTIE INCAPACITÉ DE TRAVAIL - INVALIDITÉ PERMANENTE 11
ARTICLE II.8 - OBJET DE LA GARANTIE 11
ARTICLE II.9 - ADMISSION AU TITRE DE LA GARANTIE 11
ARTICLE II.10 - CONDITION DE TRAVAIL EFFECTIF ET D'ANCIENNETÉ 11
ARTICLE II.11 - INDEMNITÉS JOURNALIÈRES COMPLÉMENTAIRES 11
ARTICLE II.12 - PAIEMENT ET DURÉE DES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES COMPLÉMENTAIRES 12
ARTICLE II.13 - REPRISE DU TRAVAIL - RECHUTE 13
ARTICLE II.14 - INVALIDITÉ PERMANENTE 13
ARTICLE II.15 - PAIEMENT ET DURÉE DES RENTES D'INVALIDITÉ 13
ARTICLE II.16 - DISPOSITIONS APPLICABLES EN CAS D'ACCIDENT DE TRAVAIL OU DE MALADIE PROFESSIONNELLE 13
ARTICLE II.17 - DÉCLARATION DES ARRÊTS DE TRAVAIL 14
ARTICLE II.18 - REVALORISATION DES PRESTATIONS 14
ANNEXES 14
LES « PLUS » DE HUMANIS PRÉVOYANCE 16
L'ACTION SOCIALE : UNE DIMENSION HUMAINE 19

Document(s) à remettre à votre Chef d'Etablissement :

Je soussigné(e)……
certifie avoir reçu de mon employeur une notice d'information relative au régime de prévoyance des salariés de l'Enseignement privé sous contrat non affiliés à l'AGIRC - Accord national de prévoyance des personnels Non affiliés à l'AGIRC du 2 octobre 2013 - mis en place auprès de Humanis Prévoyance.
Fait à …… le ……
Signature

Vos garanties Prévoyance au 1er janvier 2015

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE ÉTABLISSEMENTS D'ENSEIGNEMENT PRIVÉS SOUS CONTRAT (EEP)
Vos garanties prévoyance - Personnel non cadre*

PERSONNEL NON AFFILIÉS À L'AGIRC (non enseignant ou enseignant hors contrat) rémunérés par les Établissements

PRESTATIONS EN POURCENTAGE DE L'ASSIETTE DES PRESTATIONS	
GARANTIES EN CAS DE DÉCÈS	
DÉCÈS « TOUTES CAUSES » **Versement d'un capital égal à :** ▪ Tout Participant + ▪ **Majoration par personne à charge** **OU** en cas d'enfant à charge, chaque enfant à charge bénéficiaire peut demander au moment du décès la substitution de la majoration par une : ▪ **Rente éducation** - **Moins de 6 ans** - **De 6 ans à moins de 16 ans** - **De 16 ans jusqu'au 23ème anniversaire**	 300 % 150 % 6 % 9 % 15 %
INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE (IAD) Les majorations pour personne à charge ne sont versées le cas échéant qu'au moment du décès	Versement par anticipation du **capital Décès Toutes Causes**
DÉCÈS POSTERIEUR OU SIMULTANÉ DU CONJOINT OU ASSIMILÉ	Versement aux enfants à charge d'un second capital égal à la majoration pour enfant à charge versée au moment du décès du Participant
GARANTIES EN CAS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL ET D'INVALIDITÉ	
INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL	Versement
▪ **Franchise** - Participant ayant moins d'un an d'ancienneté - Participant ayant au moins un an d'ancienneté	**Au 31ème jour d'arrêt de travail continu.** **Dès la fin des droits de maintien de salaire totale et/ou partiel par l'employeur.**
▪ **Indemnités Journalières** oubli reprise à temps partiel pour raison thérapeutique ou en situation de handicap	**95 %** sous déduction des prestations Sécurité sociale ou de la Mutualité Sociale Agricole (nettes de charges sur les revenus de remplacement) et du salaire net maintenu par l'Adhérent. 100 %
INVALIDITÉ	
▪ Rente d'invalidité 1ère ou 2ème catégorie, Rente accident du travail ou maladie professionnelle d'un taux compris entre 66 % et 80 %	**95 %** sous déduction des prestations Sécurité sociale ou de la Mutualité Sociale Agricole (nettes de charges sur les revenus de remplacement) et du salaire net maintenu par l'Adhérent.
▪ Rente d'invalidité 3ème catégorie Rente d'incapacité permanente accident du travail ou maladie professionnelle d'un taux supérieur ou égal à 80 %	**95 %** sous déduction des prestations Sécurité sociale ou de la Mutualité Sociale Agricole(nettes de charges sur les revenus de remplacement) et du salaire net maintenu par l'adhérent + indemnité forfaitaire égale à **50 %** de la majoration pour tierce personne.

Dans le cadre des garanties décès, nous vous recommandons de vérifier que la désignation de bénéficiaires contractuelle mentionnée à l'article II-3 vous convient. Dans le cas contraire, vous devez remplir une désignation de bénéficiaires particulière à l'aide du formulaire prévu à cet effet.

* Salariés ne relevant pas des articles 4 et 4bis de la CCN du 14 mars 1947.

TITRE I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article I-1 | objet

Les partenaires sociaux ont signé un accord de prévoyance en date du 2 octobre 2013 ayant pour objet la mise en œuvre des garanties de prévoyance du personnel non affilié à l'AGIRC des établissements d'enseignement privé entrant dans le champ d'application de l'accord de prévoyance du 2 octobre 2013, à savoir l'ensemble des salariés sous contrat de travail à la date d'effet de l'adhésion ainsi que ceux embauchés ultérieurement dans la catégorie à l'exception de ceux relevant du régime des cadres et assimilés au titre des dispositions des articles 4 et 4 bis de la Convention nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947.

Vous trouverez dans cette notice les garanties du contrat ainsi que les éléments vous permettant de mieux comprendre leurs modalités d'application.

Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez vous adresser à votre Etablissement ou directement à votre centre de gestion.

Pour l'application de la présente notice d'information :
- le mot « organisme assureur » désigne la mutuelle ou l'institution de prévoyance garantissant les prestations,
- le mot « adhérent » désigne l'employeur, personne physique ou personne morale, adhérente au contrat,
- le mot « participant » désigne le salarié assuré,
- le mot « bénéficiaire » désigne la personne qui perçoit les prestations détaillées dans la présente notice.

Article I-2 | prise en charge des risques en cours

Sont considérés comme sinistres en cours, les sinistres concernant les personnes se trouvant dans l'une des situations suivantes à la prise d'effet du contrat :
- les salariés et anciens salariés se trouvant en incapacité temporaire de travail, en temps partiel thérapeutique, en invalidité ou incapacité permanente et étant indemnisés à ce titre au 31 août 2013 ou au 31 décembre 2013, selon la date d'adhésion de l'établissement,
- les bénéficiaires de rentes éducation percevant une prestation au 31 août 2013 ou au 31 décembre 2013, selon la date d'adhésion de l'établissement.

Les parties conviennent d'organiser, en application de la loi n° 89- 1009 du 31 décembre 1989 (dite loi EVIN), de la loi n° 94-678 du 8 août 1994 relative à la protection complémentaire, de la loi n° 2001-624 du 17 juillet 2001, et de la loi n°2001-1330 du 9 novembre 2010, la prise en charge des sinistres en cours par les Organismes Assureurs désignés à l'article 6 de l'accord du 2 octobre 2013, dans les conditions suivantes :

Pour les établissements précédemment assurés au titre de l'accord du 4 mai 2011 auprès d'un des Organismes Assureurs mentionnés à l'article 6 de l'accord du 2 octobre 2013 :
- Les Organismes Assureurs mentionnés garantissent le maintien des garanties décès aux assurés en arrêt de travail pour incapacité ou invalidité dont les droits à prestations sont nés antérieurement au 31 août 2013, et ce, pendant toute la durée de leur indemnisation ainsi que les revalorisations annuelles futures de l'assiette de calcul des prestations en cas de décès,
- Les Organismes Assureurs mentionnés garantissent aussi le maintien et la revalorisation annuelle des prestations périodiques en cours de service au 31 août 2013,
- Les Organismes Assureurs mentionnés prennent en charge également le différentiel des garanties décès pour les salariés définis ci-dessus dont le contrat de travail n'est pas rompu au 1er septembre 2013.

Pour les établissements précédemment assurés auprès d'un Organisme Assureur non mentionné à l'article 6 de l'accord du 2 octobre 2013 :
- Les Organismes Assureurs mentionnés garantissent la revalorisation annuelle future des prestations périodiques en cours de service à la date d'adhésion au contrat,
- Les Organismes Assureurs désignés prennent en charge également le différentiel des garanties décès pour les salariés définis ci-dessus dont le contrat de travail n'est pas rompu à la date d'adhésion au contrat,

Pour les établissements non précédemment assurés qui viendraient à appliquer l'accord du 2 octobre 2013 et à souscrire au contrat :
- Les Organismes Assureurs mentionnés garantissent la prise en charge et la revalorisation annuelle des prestations périodiques des personnes en arrêt de travail inscrites aux effectifs à la date d'adhésion au contrat.

Article I-3 | cessation et suspension des garanties

Article I.3-1 - Cessation des garanties

Les participants cessent d'être garantis lors de la survenance de l'un des événements suivants :
- résiliation du contrat national d'assurance ou de l'adhésion,
- rupture du contrat de travail du participant sous réserve des dispositions prévues au contrat en cas de préretraite progressive, de préretraite totale, de licenciement économique ou pour inaptitude avec impossibilité de reclassement,
- sortie du participant du champ d'application du contrat,
- liquidation de la retraite de Sécurité sociale, sauf cumul emploi-retraite dans les établissements et organismes visés dans l'accord de prévoyance du 2 octobre 2013 des personnels non affiliés à l'AGIRC.

Article I.3-2 - Suspension des garanties

Congé parental d'éducation - Temps partiel d'éducation - Autres congés non rémunérés :

Les participants bénéficiant d'un congé parental d'éducation ou d'un temps partiel d'éducation ou d'un congé non rémunéré peuvent demander le maintien des garanties prévues au chapitre I du Titre II «Garantie décès et invalidité absolue et définitive (IAD)» .

Les modalités de ce maintien sont définies à l'annexe 3.

Article I.3-3 - Maintien de garanties - Décès et Invalidité Absolue et Définitive en cas de chômage total

En application de l'article 3.6.2 de l'accord de prévoyance du 2 octobre 2013 des personnels non affiliés à l'AGIRC, la garantie « décès et IAD » est maintenue, sans contrepartie de cotisation, pendant 12 mois à compter de la fin du contrat de travail, pour tout salarié en chômage total bénéficiant d'une allocation du Pôle Emploi suite à un licenciement pour inaptitude à l'emploi sans possibilité de reclassement ou licenciement pour motif économique.

La base des prestations est le salaire annuel brut tel que défini dans la présente notice et correspondant aux douze derniers mois d'activité.

La demande individuelle d'affiliation doit être adressée à l'organisme assureur dans les deux mois suivant la rupture du contrat de travail du participant.

Le maintien de la garantie cesse en tout état de cause :
- à la date de fin d'indemnisation du Pôle Emploi,
- au terme d'une période maximum de 12 mois,
- à la date de liquidation de la pension de retraite de la Sécurité sociale ou de la Mutualité Sociale Agricole,
- en cas de résiliation du contrat, ou de supression de la présente disposition.

Article I-4 | cotisations

La répartition des cotisations entre l'adhérent et les participants est fixée par l'accord de prévoyance du 2 octobre 2013 des personnels non affiliés à l'AGIRC. L' adhérent est seul responsable du paiement des cotisations vis-à-vis de l'organisme assureur. A ce titre, il procède lui-même à leur calcul et à leur versement à l'organisme assureur aux différentes échéances prévues.

Article I-5 | prestations

Le montant et les modalités de service des prestations sont définis au Titre II - GARANTIES.

Article I-6 | prescription

Toute action dérivant du contrat ou de l'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 fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'organisme assureur 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'organisme assureur 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 le risque incapacité de travail si l'organisme assureur est une institution de prévoyance,**
- **à 10 ans concernant le risque « décès et IAD » lorsque le bénéficiaire n'est pas le participant.**

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription définies aux articles 2240 et suivants du Code Civil. Celle-ci peut en outre résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception.

Article I-7 | assiette des prestations

Article I.7-1 - Garantie Décès - Invalidité Absolue et Définitive

L'assiette de calcul des prestations est égale aux salaires bruts soumis à cotisation au titre du régime et perçus au cours des 12 mois civils précédant l'évènement ouvrant droit à prestations et déclarés à l'Administration Fiscale. Cette assiette est revalorisée en fonction de la valeur du point ARRCO entre la date d'arrêt de travail et la date du nouveau fait générateur (décès - invalidité absolue et définitive - double effet).

Article I.7-2 - Garantie Incapacité de travail - Invalidité Permanente

L'assiette de calcul des prestations est égale aux salaires nets perçus au cours des 12 mois civils précédant l'évènement ouvrant droit à prestations, c'est-à-dire aux salaires bruts déclarés à l'Administration Fiscale déduction faite des cotisations sociales salariales.

Si le participant entrait dans le champ d'application du contrat depuis moins de douze mois au moment de l'arrêt de travail, l'assiette de prestations est calculée comme si le participant était entré dans le champ depuis douze mois.

Si le participant appartenait depuis moins de douze mois à l'emploi dans lequel il est classé au moment de l'arrêt de travail, l'assiette des prestations est calculée comme si le participant était classé depuis douze mois dans ce dernier.

Cette assiette est revalorisée en fonction de la valeur du point ARRCO entre la date d'arrêt de travail et la date de passage en invalidité.
Cependant l'assiette est revalorisée en fonction de la valeur du point de la Fonction Publique entre la date d'arrêt de travail et la date de passage en invalidité, si cette dernière est antérieure au 1er janvier 2011.

Article I.7-3 - Dispositions communes

Toutefois, l'assiette des prestations est reconstituée prorata temporis à partir des salaires correspondant aux mois civils de présence à temps complet au sein de l'adhérent lorsque :
- la période d'assurance est inférieure à 12 mois,
- le salaire a été réduit ou supprimé au cours de la période de référence, en cas d'arrêt de travail pour maladie ou accident.

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

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

Article I-8 | exclusions - risques non garantis

Les garanties décès s'appliquent sans restriction territoriale, quelle qu'en soit la cause.

Toutefois, en cas de guerre ou de transmutation de l'atome, 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 ou en cas de transmutation de l'atome.

Enfin, en cas de meurtre du participant par un bénéficiaire celui-ci est déchu de ses droits.

Article I-9 | législation relative au traitement des données à caractère personnel

L'adhérent s'engage à communiquer à l'organisme assureur 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 au réassureur, aux organismes professionnels habilités, ainsi qu'à tous ceux intervenant dans la gestion et l'exécution de l'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 l'organisme assureur.

Article I-10 | recours contre tiers responsable

En cas d'accident, l'organisme assureur est subrogé de plein droit dans les actions à entreprendre contre le tiers responsable dans la limite des prestations à caractère indemnitaire qu'il a versées à un participant ou à un ayant droit.

Article I-11 | contrôle de l'organisme assureur

L'organisme assureur est soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (A.C.P.R.) située au 61 rue Taitbout - 75009 PARIS.

Article I-12 | fausse déclaration

Les déclarations faites tant par l'adhérent et le cas échéant par une personne habilitée que par le participant servent de base à la garantie.
A ce titre, elles constituent un élément essentiel de l'adhésion, aussi l'organisme assureur se réserve la possibilité de vérifier les données communiquées.

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de l'adhérent, l'organisme assureur pourra demander l'annulation de l'adhésion. En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle du participant, la garantie accordée à celui-ci est nulle.

Dans ces deux cas, les cotisations payées demeurent acquises à l'organisme assureur.

Article I-13 | médiation

Toutes les réclamations d'un participant et d'un adhérent relatives à l'exécution du contrat devront être envoyées à l'organisme assureur.
Si un désaccord persistait après la réponse donnée par l'organisme assureur et après épuisement des procédures internes de réclamations, les entreprises adhérentes, les participants, bénéficiaires et ayants droit pourront s'adresser au médiateur du CTIP pour les organismes relevant du Code de la Sécurité sociale et au médiateur de la FNMF pour les organismes relevant du Code de la Mutualité, sans préjudice d'une action devant le tribunal compétent.

Les conditions d'accès au médiateur du CTIP ou de la FNMF seront alors communiquées au demandeur sur simple demande à l'organisme assureur.

Médiateur du CTIP
10, rue Cambacérès - 75008 Paris
Tél. 01 42 66 68 49 - www.ctip.asso.fr

Médiateur fédéral de la Mutualité Française
FNMF Service fédéral de médiation
255 rue Vaugirard
75719 Paris cedex 15
mediation@mutualite.fr

Article I-14 | date d'effet

Ces dispositions sont applicables à compter du 1er septembre 2013 ou au 1er janvier 2014 selon l'adhésion de votre Etablissement. Elles ne remettent pas en cause les désignations de bénéficiaires particulières, établies antérieurement par les participants déjà affiliés au 31 août 2013, sauf volonté contraire expresse de leur part.

TITRE II - GARANTIES

CHAPITRE I - GARANTIE DÉCÈS - INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE (IAD)

Article II-1 | objet de la garantie

La garantie DECES a pour objet, si un participant décède ou est atteint, pendant la durée de l'assurance, d'une Invalidité Absolue et Définitive, le paiement aux bénéficiaires désignés d'un capital, sous réserve des exclusions visées à l'article I.8 de la présente notice, à savoir :

- le versement d'un capital de base en cas de décès du participant,
- le versement de majoration pour personne à charge en cas de décès du participant,
- le versement anticipé du capital décès de base en cas d'invalidité absolue et définitive,
- le versement d'un second capital au profit de chaque enfant à charge en cas de décès postérieur ou simultané du conjoint.

En cas d'enfant à charge, la majoration pour personne à charge pourra, sur demande de chaque enfant ou de son représentant légal, être substituée par le service d'une rente éducation.

Le choix est alors effectué, au moment du décès du participant, par tout enfant bénéficiaire de la majoration pour enfant à charge. Lorsque celui-ci ne bénéficie pas de la capacité juridique, le choix est effectué par son représentant légal.

Article II-2 | montant de la garantie

Décès du participant

Le montant du capital de base garanti est fixé à **300 %** de l'assiette des prestations définie à l'article I.7-1 de la présente notice.

Ce capital est majoré de **150 %** de l'assiette des prestations définie à l'article I.7-1 de la présente notice, par personne à charge.

En cas d'enfant à charge, la majoration pour personne à charge pourra, sur demande de chaque enfant ou de son représentant légal, être substituée par le service d'une rente éducation dont le montant est fixé en pourcentage de l'assiette des prestations définie à l'article I.7-1 de la présente notice, comme suit :

- de moins de 6 ans : **6 %**
- de 6 ans à moins de 16 ans : **9 %**
- de 16 ans jusqu'au 23ème anniversaire : **15 %**

Invalidité Absolue et Définitive (IAD)

En cas d'Invalidité Absolue et Définitive d'un participant pendant la période d'assurance, le capital de base prévu ci-dessus est versé par anticipation. L'Invalidité Absolue et Définitive est celle définie à l'Article II-4 ci-après.

En cas de décès ultérieur du participant, il n'est alors plus versé de capital de base. Seules les éventuelles majorations pour personnes à charge sont calculées et versées au moment du décès du participant en fonction de la situation de famille à cette date et dans les conditions définies à l'article II.4 de la présente notice.

Décès postérieur ou simultané du conjoint ou assimilé

En cas de décès postérieur ou simultané du conjoint ou assimilé, chaque enfant bénéficiaire reçoit un second capital égal à la majoration pour enfant à charge versé au moment du décès du participant.
Le conjoint ou assimilé et les enfants bénéficiaires sont ceux définis à l'Article II-4 ci-après.

Article II-3 | bénéficiaires

Décès du participant

Désignation type

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

- à son conjoint ou assimilé survivant tel que défini à l'article II. 4,
- à défaut, par parts égales, à ses enfants (légitimes, reconnus ou adoptifs) vivants ou représentés, nés ou à naître,
- 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 autres ascendants vivants, par parts égales,
- à défaut à ses héritiers, selon la dévolution successorale.

En tout état de cause, la part de capital correspondant aux majorations pour personne à charge doit rester dévolue à ceux-ci pour la part qui leur revient.

Désignation particulière

Le participant peut désigner un ou plusieurs bénéficiaires de son choix.

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

Si plusieurs bénéficiaires sont désignés, en cas de prédécès de l'un d'entre eux, la part lui revenant sera versée à ses enfants vivants ou représentés par parts égales et à défaut à ses héritiers au sens de la dévolution successorale.

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. Dans ce cas, le participant est présumé avoir survécu.

Lorsque l'organisme assureur est informé du décès, il avise le bénéficiaire, si ses coordonnées ont été portées à sa connaissance lors de la désignation.

Décès postérieur ou simultané du conjoint

Le capital afférent est versé à chaque enfant bénéficiaire tel que défini à l'article II-4 ci-après s'il jouit de la capacité juridique ou à son représentant légal, dans le cas contraire.

Article II-4 | définitions

Conjoint et assimilé

Est considéré comme conjoint :

- le conjoint (époux ou épouse du participant non divorcé ni séparé judiciairement),

- le partenaire avec lequel le participant était lié par un pacte civil de solidarité au moment du décès,
- la personne vivant en concubinage depuis au moins deux ans avec le participant, ou sans condition de durée de vie commune lorsqu'au moins un enfant est né de cette union et sous réserve que le concubin et le participant soient tous les deux libres de tout engagement, que le concubinage ait été établi de façon notoire et que les concubins partagent le même domicile.

Personnes à charge

Sont considérées comme personnes à charge :

- le conjoint et assimilé survivant (défini à l'article II-4 ci-dessus) à charge reconnu comme tel par le Code de la Sécurité sociale,
- les enfants du participant, qu'ils soient légitimes, reconnus, ou adoptifs, sous réserve de remplir les conditions cumulatives suivantes :
  - Etre âgés de moins de vingt-trois ans,
  - Vivre au foyer ou entrer en ligne de compte pour la détermination du nombre de parts en vue du calcul de l'impôt sur le revenu,
  - Ne pas avoir commencé à exercer une activité professionnelle rémunérée continue à temps plein depuis plus de trois mois (les enfants effectuant des stages de formation professionnelle ou sous contrat d'apprentissage ne sont pas considérés comme exerçant une activité rémunérée).

Toutefois, les enfants du participant, qu'ils soient légitimes, reconnus ou adoptifs sont considérés comme à charge sans limitation de durée en cas d'invalidité avant le 21ème anniversaire, équivalente à l'invalidité de 2ème catégorie ou 3ème catégorie de la Sécurité sociale ou de la Mutualité Sociale Agricole justifiée par un avis médical du médecin conseil de l'organisme assureur ou tant qu'ils bénéficient de l'allocation d'adulte handicapé et qu'ils sont titulaires de la carte d'invalide civil.

La situation de famille à retenir est celle existant au moment du décès.

Toutefois, l'enfant né viable moins de 301 jours après le décès du participant entre en ligne de compte pour le calcul du capital. La majoration du capital correspondante est réglée sur présentation d'un extrait de l'acte de naissance.

Invalidité Absolue et Définitive

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

- se produire au cours de la période des garanties,
- donner lieu à reconnaissance par la Sécurité sociale ou de la Mutualité Sociale Agricole d'une invalidité de troisième catégorie ou d'une pension d'incapacité permanente supérieure ou égale à 80 % au titre de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles l'obligeant à recourir sa vie durant à l'aide d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie.

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

Décès postérieur ou simultané du conjoint ou assimilé

Cette garantie s'applique en complément de la garantie CAPITAL DÉCÈS décrite à l'article II-2, en cas de décès du conjoint ou assimilé, que le décès du conjoint ou assimilé soit simultané ou postérieur au décès du participant, et alors qu'il reste des enfants à charge.

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.

Par décès postérieur, il faut entendre le décès du conjoint ou assimilé dans les douze mois qui suivent le décès du participant.

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

En cas de décès du participant et du ou des bénéficiaires au cours d'un même événement sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès, le participant est présumé avoir survécu. Cependant, cette clause ne fait pas échec à la liquidation des prestations prévues au présent paragraphe.

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

Article II-5 | durée et paiement de la rente éducation

Le montant de la rente est progressif avec l'âge de l'enfant. L'augmentation du montant de la rente intervient le 1er jour du mois civil qui suit l'anniversaire de l'enfant, selon les tranches d'âge définies à l'article II-2 ci-dessus.

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

La rente prend effet au jour du décès du participant. Elle cesse le jour précédant la date à laquelle l'enfant cesse d'être bénéficiaire.

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

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

Article II-6 | revalorisation des rentes éducation

Les rentes sont revalorisées en fonction de l'évolution de la valeur du point ARRCO entre la date du décès et la date d'échéance trimestrielle de la prestation correspondante.

Les conséquences de la résiliation d'adhésion sur la présente garantie sont précisées à l'article I-3 de la présente notice.

Article II-7 | pièces à fournir en cas de sinistre

L'adhérent constitue, pour chaque sinistre, un dossier de demande de prestations en utilisant l'imprimé mis à sa disposition par l'organisme assureur.
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. Copie intégrale du ou des livret(s) de famille,
3. Le cas échéant, le choix de l'option retenue par le(s) bénéficiaire(s) (Majoration pour enfant à charge ou rente éducation),
4. Extrait d'acte de naissance, comportant les mentions marginales et datant de moins de trois mois, du participant décédé et du ou des bénéficiaire(s),
5. Copie des bulletins de salaire correspondant aux 12 mois précédant l'arrêt de travail ou le décès.

En complément :

6. Si le décès est précédé d'un arrêt de travail : Bordereau de la Sécurité sociale ou de la Mutualité Sociale Agricole précisant les périodes indemnisées,

7. S'il existe des personnes à charge (au sens du contrat d'adhésion) : En tout état de cause, photocopie de la dernière feuille d'imposition ou une attestation du centre d'imposition,
8. En cas de versement d'une rente éducation, sera demandé chaque année soit un certificat de scolarité, soit une attestation d'inscription à Pôle Emploi, et à défaut une attestation sur l'honneur d'absence d'activité à temps plein rémunérée depuis trois mois,
9. Si le bénéficiaire est mineur : Ordonnance du juge des tutelles autorisant le règlement sous la responsabilité de l'administrateur légal,
10. Si le participant est célibataire, veuf ou divorcé : Acte de notoriété ou certificat d'hérédité ou de propriété établi par le greffe du Tribunal d'Instance,
11. En cas de disparition du participant : Document fourni par le Tribunal compétent entérinant les faits,
12. Photocopie de la carte nationale d'identité des bénéficiaires s'ils sont différents du conjoint et/ou des enfants à charge,
13. En cas de divorce et si le participant n'avait pas la garde des enfants : Copie du jugement de divorce,
14. Photocopie du Pacte civil de solidarité délivré par le Greffe du Tribunal d'Instance,
15. Copie de l'attestation de la Sécurité sociale ou de la Mutualité Sociale Agricole du participant décédé.

II - En cas d'Invalidité Absolue et Définitive

1. Attestation médicale fournie par l'organisme assureur et complétée par le médecin traitant,
2. Copie certifiée conforme du livret de famille,
3. Le cas échéant, les pièces justificatives prévues en cas de décès énumérées au point 8,
4. Le cas échéant, les pièces justificatives prévues en cas de décès du participant énumérées aux points 2, 4 et 8 du paragraphe ci-dessus,
5. Notification d'attribution de la Sécurité sociale ou de la Mutualité Sociale Agricole d'une rente de 3ème catégorie d'invalidité ou d'une rente dont le taux d'incapacité permanente est supérieur ou égal à 80 % et faisant apparaître l'allocation pour tierce personne.

En tout état de cause, l'organisme assureur pourra demander toutes pièces utiles à l'instruction du dossier.

CHAPITRE II - GARANTIE INCAPACITÉ DE TRAVAIL - INVALIDITÉ PERMANENTE

Article II-8 | objet de la garantie

La garantie Incapacité de travail - Invalidité Permanente définie au présent chapitre a pour objet, si un participant est en état d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité permanente pour maladie, accident, congé maternité, congé paternité ou congé d'adoption pendant la durée de validité des garanties, le service de prestations périodiques.

Ces prestations périodiques sont versées sous forme :

- d'indemnités journalières complémentaires, 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 ou de la Mutualité Sociale Agricole au titre de l'assurance maladie,
- de rentes complémentaires, 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 ou de la Mutualité Sociale Agricole,
- d'indemnités journalières ou de rentes complémentaires d'invalidité, 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 ou de la Mutualité Sociale Agricole 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 la Mutualité Sociale Agricole ou de tout autre organisme seraient réduites pour cause de sanction, celles-ci seront réputées avoir été versées à leur taux normal pour le calcul des prestations servies par l'organisme assureur.

Les participants qui ne rempliraient pas en cas d'arrêt de travail pour cause de maladie ou d'accident, les conditions de durée d'activité nécessaires à l'ouverture du droit aux prestations en espèce de la Sécurité sociale ou de la Mutualité Sociale Agricole, tout en remplissant les conditions requises aux articles II.10 et II.11 ci-dessous percevront néanmoins de l'organisme assureur les prestations incapacité de travail et invalidité permanente prévues au présent chapitre.

Celles-ci seront calculées sous déduction d'une prestation Sécurité sociale ou de la Mutualité Sociale Agricole reconstituée.

Article II-9 | admission au titre de la garantie

L'admission au titre de la garantie INCAPACITE DE TRAVAIL - INVALIDITE PERMANENTE concerne :

- le participant présent au travail au jour de la prise d'effet de l'adhésion,
- le participant en arrêt de travail à cette date dans les conditions prévues à l'article I-4 de la présente notice.

Article II-10 | condition de travail effectif et d'ancienneté

Pour bénéficier des garanties Incapacité de travail - Invalidité Permanente, le participant devra à la date d'arrêt de travail, justifier d'un mois au moins de travail effectif au cours des 18 derniers mois dans un ou plusieurs établissements relevant du champ d'application de l'accord du 2 octobre 2013.

Sont assimilées à des périodes de travail effectif les périodes ayant donné lieu au versement de prestations en application du dit accord ainsi que toutes les périodes assimilées à du temps de travail effectif par la loi.

Ces conditions ne s'appliquent pas si :

- l'état d'incapacité ou d'invalidité résulte d'un accident du travail survenu après l'embauche dans l'établissement ou d'une maladie professionnelle contractée dans l'établissement,
- le participant justifie d'au moins un an d'ancienneté continue ou discontinue dans un ou plusieurs établissements relevant de l'accord du 2 octobre 2013.

INCAPACITÉ DE TRAVAIL

Article II-11 | indemnités journalières complémentaires

Tout participant qui remplit les conditions d'ancienneté prévues par l'article II.10 et qui, durant la période d'affiliation, a dû cesser son travail par suite de maladie, d'accident, de congé maternité, de congé paternité ou de congé d'adoption et qui perçoit des indemnités journalières de la Sécurité sociale ou de la Mutualité Sociale Agricole, peut bénéficier d'indemnités journalières complémentaires.

Franchise :
L'indemnité journalière est versée :

- pour les participants ayant moins d'un an d'ancienneté : **après 30 jours continus d'arrêt de travail soit au 31ème jour,**
- pour les participants ayant au moins un an d'ancienneté : **à compter de l'expiration de la période de maintien de salaire total et/ou en complément du maintien de salaire partiel,** résultant des accords en vigueur chez l'adhérent ou de la législation en vigueur.

L'ancienneté est appréciée dans les établissements relevant de l'accord du 2 octobre 2013 quelles que soient les fonctions exercées.

La franchise est décomptée à partir du 1er jour d'arrêt de travail.

Toute période de travail dans le cadre d'un temps partiel pour raison thérapeutique prise en charge par la Sécurité sociale ou la Mutualité Sociale Agricole 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 indemnités journalières complémentaires :
Le montant de l'indemnité journalière versée au participant est fixé à **95 %** de la 365ème partie du salaire net annuel défini à l'article I.7 de la présente notice sous déduction des prestations versées au même titre par la Sécurité sociale ou la Mutualité Sociale Agricole nettes de charges sur les revenus de remplacement (CGS CRDS) et éventuellement du salaire net partiel maintenu par l'adhérent.
En cas de dépassement de cette limite, les prestations servies par l'organisme assureur seraient alors réduites à due concurrence.

Les prestations incapacité versées à compter du 1er septembre 2013 aux salariés relevant des accords du 4 mai 2011, ne sont pas minorées en cas de versement de primes, rappels de salaire, augmentations des indemnités versées par la Sécurité sociale ou la Mutualité Sociale Agricole ou augmentations de salaires sur l'activité partielle.

Dans tous les cas, le participant ne pourra percevoir plus de 100 % du salaire net de référence afférent à la période indemnisée (y compris les salaires et indemnités versées par la Sécurité sociale ou la Mutualité Sociale Agricole nettes de charges sur les revenus de remplacement (CGS CRDS) et autres organismes assureurs, hors évolutions et primes perçues ultérieurement).

Cas particulier du participant ayant repris une activité dans le cadre d'un temps partiel pour raison thérapeutique :
Lorsqu'un participant reprend son activité au service de l'adhérent dans le cadre d'un temps partiel pour raison thérapeutique le montant de l'indemnité journalière est porté de 95 % à **100 %** de la 365ème partie du salaire net défini à l'article I.7 de la présente notice.

Dans tous les cas, le participant ne pourra percevoir plus de 100 % du salaire net de référence (y compris les salaires et indemnités versées par la Sécurité sociale ou la Mutualité Sociale Agricole nettes de charges sur les revenus de remplacement (CGS CRDS) et autres organismes assureurs hors évolutions et primes perçues ultérieurement).

Cas particulier du participant en situation de handicap :
Le participant, en situation de handicap physique, rendant impossible le maintien ou la reprise d'activité sur la même quotité horaire perçoit une indemnité égale à **100 %** de la 365ème partie du salaire net annuel défini à l'article I.14 du contrat sous déduction de la rémunération perçue au titre de l'activité partielle et des autres allocations, ou indemnités versées pour raison médicale et en application du contrat.

Cette indemnité est versée aux participants à temps partiel à condition que :

- la qualité de travailleur handicapé soit reconnue par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) postérieurement à son entrée en service dans un des établissements relevant du champ d'application de l'accord du 2 octobre 2013,
- le participant bénéficie d'un contrat d'au moins un mi-temps,
- l'impossibilité de reprendre ou de poursuivre son activité exercée au moment du sinistre sur la même quotité de travail soit analysée par un médecin agréé au sens du décret n°86-442 du 14 mars 1986.
  Ce médecin préconise la quotité de travail à effectuer quelle que soit la quotité de travail sollicitée par le participant.
  Elle permettra de calculer le montant de l'indemnité qui pourra ainsi être inférieure à 100% du salaire net annuel sous déduction de la rémunération perçue au titre de l'activité partielle.

Dans tous les cas, le participant ne pourra percevoir plus de 100 % du salaire net de référence afférent à la période indemnisée (y compris les salaires et indemnités versées par la Sécurité sociale ou la Mutualité Sociale Agricole nettes de charges sur les revenus de remplacement (CSG CRDS) et autres organismes assureurs, hors évolutions et primes perçues ultérieurement).

Cas particulier du participant en situation d'inaptitude :
En cas de suspension du versement des indemnités journalières de la Sécurité sociale ou de la Mutualité Sociale Agricole suite à une décision du médecin conseil de la CPAM et d'une déclaration d'inaptitude par le médecin du travail, le participant perçoit, **pendant une durée maximale d'un mois à compter du lendemain de la déclaration d'inaptitude,** une indemnité égale à **95 %** de la 365ème partie du salaire net annuel défini à l'article I.14 du contrat sous déduction d'une éventuelle indemnité temporaire d'inaptitude versée par la Sécurité sociale ou la Mutualité Sociale Agricole.

Le versement de l'indemnité cesse en tout état de cause à la date du reclassement ou du licenciement ou de la reprise du versement de son salaire (articles L.1226-4, L.1226-11 du Code du travail).
Dans tous les cas, le participant ne pourra percevoir plus de 100 % du salaire net de référence afférent à la période indemnisée (y compris les salaires et indemnités versées par la Sécurité sociale ou la Mutualité Sociale Agricole nettes de charges sur les revenus de remplacement (CSG CRDS) et autres organismes assureurs, hors évolutions et primes perçues ultérieurement).

Article II-12 | paiement et durée des indemnités journalières complémentaires

Les indemnités journalières de l'organisme assureur sont servies sur présentation des décomptes de la Sécurité sociale ou de la Mutualité Sociale Agricole.
Elles sont servies tant que dure l'incapacité de travail et que le participant perçoit les indemnités journalières de la Sécurité sociale ou de la Mutualité Sociale Agricole.
Pendant toute la durée du contrat de travail liant le participant à l'adhérent, les indemnités journalières sont versées à l'adhérent. Après rupture du contrat de travail, les indemnités journalières sont versées au participant.

Elles cessent :

- au jour où les indemnités de la Sécurité sociale ou de la Mutualité Sociale Agricole prennent fin,
- à la date d'attribution par la Sécurité sociale ou la Mutualité Sociale Agricole d'une pension d'invalidité ou d'une rente d'incapacité permanente ou d'une pension pour inaptitude,

- au jour où le participant obtient la liquidation d'une pension vieillesse de la Sécurité sociale ou de la Mutualité Sociale Agricole, sauf dans le cas d'un cumul emploi-retraite.

Les conséquences au regard du service des indemnités journalières de l'organisme assureur d'une résiliation de l'adhésion de l'adhérent sont exposées à l'article I.3 de la présente notice.

Article II-13 | 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 est indemnisé sans délai de franchise par la Sécurité sociale ou la Mutualité Sociale Agricole est considéré comme une rechute.

INVALIDITÉ PERMANENTE

Article II-14 | invalidité 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 1ère, 2ème ou 3ème catégorie versée au titre de l'article L341-1 du Code de la Sécurité sociale bénéficie d'une rente complémentaire d'invalidité.

En vue de la détermination du montant de la pension, les participants sont classés dans l'une des catégories d'invalidité visées à l'article L341-4 du Code de la Sécurité sociale :
- 1ère catégorie : Invalides capables d'exercer une activité rémunérée,
- 2ème catégorie : Invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque,
- 3ème 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 de la rente complémentaire d'invalidité, versée au participant, est fixé à **95 %** du salaire net défini à l'article I.14 du contrat sous déduction des prestations versées au même titre par la Sécurité sociale ou la Mutualité Sociale Agricole nettes de charges sur les revenus de remplacement (CGS CRDS) et éventuellement du salaire net partiel maintenu par l'adhérent, dans la limite de la règle de cumul visée ci-dessous.

Cette disposition s'applique aux rentes d'invalidité dont la date d'origine est postérieure au 31 décembre 2014.

En cas de classement en invalidité 3ème catégorie, la rente versée par l'organisme assureur sera complétée d'une indemnité forfaitaire égale à 50 % de la majoration pour tierce personne versée à la personne classée en invalidité 3ème catégorie par la Sécurité sociale ou la Mutualité Sociale Agricole.

Lorsqu'un participant reprend une activité d'une durée au moins égale au quart du temps complet, le montant annuel de la rente est égal à 100 % du salaire net antérieur revalorisé sous déduction des rentes servies par la Sécurité sociale ou la Mutualité Sociale Agricole nettes de charges sur les revenus de remplacement (CGS CRDS) et du salaire perçu dans le cadre de son activité professionnelle.
Les prestations invalidité versées à compter du 1er septembre 2013 aux salariés relevant des accords du 4 mai 2011, ne sont pas minorées en cas de versement de primes, rappels de salaire, augmentations des indemnités versées par la Sécurité sociale ou la Mutualité Sociale Agricole ou augmentations de salaires sur activité partielle.

Dans tous les cas, le participant ne peut percevoir un montant total, tous salaires et prestations confondus (à l'exclusion de la majoration pour tierce majoration versée par la Sécurité sociale ou la Mutualité Sociale Agricole), supérieur à son salaire net d'activité revalorisé (hors évolutions et primes perçues ultérieurement au titre du temps travaillé) reconstitué sur la base du temps d'activité déclaré au moment du fait générateur.

Article II-15 | paiement et durée des rentes d'invalidité

Les rentes complémentaires d'invalidité sont servies sur présentation des décomptes de la Sécurité sociale ou de la Mutualité Sociale Agricole, trimestriellement, à terme échu, le premier et le dernier termes 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 ou de la Mutualité Sociale Agricole.

Elles cessent :
- au jour où le participant cesse de percevoir la pension d'invalidité de la Sécurité sociale ou de la Mutualité Sociale Agricole,
- au jour du décès du participant,
- à la date d'attribution d'une pension pour inaptitude au travail,
- au jour où le participant obtient la liquidation d'une pension de vieillesse de la Sécurité sociale ou de la Mutualité Sociale Agricole.

Article II-16 | dispositions applicables en cas d'accident de travail ou de maladie professionnelle

1) En cas d'incapacité temporaire

Les modalités et durée de paiement de cette prestation sont identiques à celles des indemnités journalières complémentaires telles que définies aux articles II.11, II.12 et II.13 de la présente notice.

2) En cas d'incapacité permanente

L'incapacité permanente :
- d'un taux supérieur ou égal à 66 % et inférieur à 80 %, est assimilée à l'invalidité 2ème catégorie,
- d'un taux supérieur ou égal à 80 % est assimilé à l'invalidité 3ème catégorie.

Les modalités et durée de paiement de cette prestation sont identiques à celles des rentes invalidité telles que définies aux articles II.14 et II.15 de la présente notice.

Le paiement de cette prestation cesse en tout état de cause :
- au jour où la Sécurité sociale ou de la Mutualité Sociale Agricole détermine un taux d'incapacité inférieur à 66 %,
- à la date d'attribution d'une pension pour inaptitude au travail,
- au jour où le participant obtient la liquidation d'une pension de vieillesse de la Sécurité sociale ou la Mutualité Sociale Agricole.

DISPOSITIONS COMMUNES

Article II-17 | déclaration des arrêts de travail

Tout accident ou maladie entraînant un arrêt de travail donnant lieu à prestations complémentaires doit être déclaré par écrit par l'adhérent à l'organisme assureur, au moyen du formulaire mis à sa disposition. 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 pourrait ne prendre effet qu'à la date de déclaration effective.

En tout état de cause aucune déclaration présentée au-delà du délai de prescription prévu à l'article I.6 de la présente notice après l'arrêt de travail ne pourra être prise en considération.

Formalités :
L'adhérent devra remettre à l'organisme assureur toutes pièces utiles à l'instruction du dossier et notamment :
- la demande de prestations,
- les décomptes et notification de la Sécurité sociale ou de la Mutualité Sociale Agricole.

Article II-18 | revalorisation des prestations

Les prestations sont revalorisées :
- Participant en incapacité de travail: en fonction de la valeur du point ARRCO entre la date d'arrêt de travail et la date d'échéance de la prestation correspondante,
- Participant en invalidité permanente: en fonction de la valeur du point ARRCO entre la date d'arrêt de travail et la date d'échéance de la prestation correspondante,

Cependant et par dérogation aux dispositions ci-dessus les prestations sont revalorisés comme suit pour les participants :
- dont la date d'incapacité de travail est antérieure au 1er janvier 2011 : en fonction de la valeur du point de la Fonction Publique entre la date d'arrêt de travail et la date d'échéance de la prestation correspondante,
- dont la date d'invalidité permanente est antérieure au 1er janvier 2011 : en fonction de la valeur du point de la Fonction Publique entre la date d'arrêt de travail et la date d'échéance de la prestation correspondante,

Les revalorisations sont financées par le fonds de revalorisation. Par conséquent, celles-ci sont limitées aux ressources du fonds.

Les conséquences de la résiliation de l'adhésion sont précisées à l'article I.3 de la présente notice.

Annexe 1 : Maintien des garanties au personnel bénéficiant d'un dispositif de préretraite progressive

Les garanties sont maintenues, dans les conditions prévues ci-après aux participants bénéficiant d'un dispositif de préretraite progressive et percevant des allocations du Pôle Emploi, y compris pendant les délais de carence appliqués par le régime du Pôle Emploi.

EFFET

Les demandes d'affiliation doivent être adressées à l'organisme assureur par l'adhérent dans le mois suivant la mise en préretraite progressive.

La date d'effet de la garantie individuelle est celle de la mise en préretraite progressive ou la date d'effet de l'adhésion pour le personnel déjà en préretraite progressive.

GARANTIES MAINTENUES

Les garanties suivantes sont maintenues sous réserve du paiement de la cotisation prévue au paragraphe COTISATION ci-contre :
- CAPITAL DÉCÈS - INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE,
- RENTE ÉDUCATION,
- DOUBLE EFFET,
- INCAPACITÉ DE TRAVAIL - INVALIDITÉ PERMANENTE.

BASE DE COTISATION

Garantie DÉCÈS - IAD :
La base des cotisations des garanties prévues au Titre II - Chapitre I GARANTIE DÉCÈS - IAD est le salaire brut perçu pendant la période de préretraite progressive auquel il convient d'intégrer le revenu de remplacement qui supporte les cotisations d'assurance maladie de la Sécurité sociale ou de la Mutualité Sociale Agricole, versé par le Pôle Emploi.

Garanties INCAPACITÉ DE TRAVAIL - INVALIDITÉ PERMANENTE :
La base des cotisations des garanties prévues au Titre II - Chapitre II GARANTIE INCAPACITE DE TRAVAIL – INVALIDITE PERMANENTE est le salaire brut perçu pendant la période de préretraite progressive.

BASE DES PRESTATIONS

La base de prestations est égale à la base des cotisations.

COTISATION

Le taux de cotisation est celui prévu pour le personnel en activité.

CESSATION

Le maintien de garanties cesse, en tout état de cause :
- à la date de fin d'indemnisation du Pôle Emploi,
- à la date de liquidation de la pension de retraite de la Sécurité sociale ou de la Mutualité Sociale Agricole,
- en cas de résiliation de l'adhésion, des garanties concernées ou de la présente annexe.

Annexe 2 : Maintien des garanties au personnel bénéficiant d'un dispositif de préretraite totale

Les garanties sont maintenues, dans les conditions prévues ci-après, aux participants dont le contrat de travail est rompu pour mise en position de PRÉRETRAITE, et percevant des allocations du Pôle Emploi, y compris pendant les délais de carence appliqués par le régime du Pôle Emploi.

EFFET

Les demandes individuelles d'affiliation doivent être adressées à l'organisme assureur dans le mois qui précède la rupture du contrat de travail de l'intéressé.

La date d'effet de la garantie individuelle est celle de la rupture du contrat de travail ou la date d'effet de l'adhésion pour le personnel déjà en préretraite.

GARANTIES MAINTENUES

Les garanties suivantes sont maintenues sous réserve du paiement de la cotisation prévue au paragraphe COTISATION ci-dessous :
- CAPITAL DÉCÈS - INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE,
- RENTE ÉDUCATION,
- DOUBLE EFFET.

BASE DE COTISATION

La base des cotisations est le revenu de remplacement brut versé par le Pôle Emploi.

BASE DES PRESTATIONS

La base de prestations est égale à la base des cotisations.

COTISATION

Le taux de cotisation est fixé à 0.55 % de la base de cotisation prévue ci-dessus.La cotisation est payable d'avance par versement unique, par l'adhérent au moment de la rupture du contrat de travail.

CESSATION

Le maintien de garanties cesse, en tout état de cause :
- à la date de fin d'indemnisation du Pôle Emploi,
- à la date de liquidation de la pension de retraite de la Sécurité sociale ou de la Mutualité Sociale Agricole,
- en cas de résiliation de l'adhésion, de la garantie concernée ou de la présente annexe.

Annexe 3 : Maintien des garanties au personnel en congé parental d'éducation ou temps partiel d'éducation ou en congé non rémunéré

Les garanties sont maintenues, dans les conditions prévues ci-après, aux participants :
- en congé parental d'éducation intégral ou temps partiel d'éducation pour élever un enfant de moins de trois ans, pendant toute la durée du congé,
- ou en congé non rémunéré pour une durée de douze mois maximum.

EFFET

Les demandes individuelles d'affiliation doivent être adressées à l'organisme assureur dans les deux mois suivant la suspension du contrat de travail ou la date d'effet de l'adhésion pour le personnel dont le contrat de travail est déjà suspendu.
La date d'effet de la garantie individuelle est celle de la suspension du contrat de travail ou la date d'effet de l'adhésion pour le personnel dont le contrat de travail est déjà suspendu.

GARANTIES MAINTENUES

Les garanties suivantes sont maintenues sous réserve du paiement de la cotisation prévue au paragraphe COTISATION ci-contre :
- CAPITAL DÉCÈS - INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE,
- RENTE ÉDUCATION,
- DOUBLE EFFET.

BASE DE COTISATION

Congé parental d'éducation intégral ou congé non rémunéré :
La base des cotisations est le salaire annuel brut tel que défini au présent contrat et correspondant aux douze derniers mois d'activité.

Congé parental d'éducation partiel (garanties complémentaires aux garanties du personnel actif) :
La base des cotisations est égale à la différence entre le salaire brut que le participant aurait perçu s'il avait travaillé à temps complet et le salaire brut perçu à temps partiel.
Le salaire brut est celui défini au présent contrat.

BASE DES PRESTATIONS

La base de prestations est égale à la base des cotisations.

COTISATION

- Durant les deux premiers mois de congé :
  Le maintien est accordé sans contrepartie de cotisation.
- Au-delà :
  La cotisation est fixée à 0.55 % de la base de cotisation prévue ci-dessus.
  La cotisation est payable d'avance, par l'adhérent.

CESSATION

Le maintien des garanties cesse, en tout état de cause :
- à la date de fin du congé visé ci-dessus,
- à la date de liquidation de la pension de retraite de la Sécurité sociale ou de la Mutualité Sociale Agricole,
- en cas de résiliation de l'adhésion ou de la présente annexe.

Les (+) : des garanties Assistance complètes

COMMENT BÉNÉFICIER DES PRESTATIONS ?

Votre service est accessible du lundi au vendredi de 9h00 à 18h00 (et 24h sur 24, 7 jours sur 7 en cas de nécessité urgente).
Les prestations sont délivrées **en France métropolitaine (y compris la Principauté de Monaco et la Corse) et dans les DOM,** sauf pour les garanties « maladie ou accident à l'étranger » qui concernent des prestations d'assistance à l'étranger en cas de survenance d'accidents ou de maladie.
Pour bénéficier des prestations, il est indispensable de contacter FILASSISTANCE préalablement à toute intervention dans les 5 jours suivant l'événement
en composant le 01 47 11 24 26 et en rappelant le code d'accès F860IS.
FILASSISTANCE transmet des informations d'ordre général, communiquées dans le respect de la déontologie médicale et des professionnels de santé traitants qui seuls sont habilités à porter des indications d'ordre diagnostique ou thérapeutique personnalisées. FILASSISTANCE décline toute responsabilité dans le cas d'une mauvaise utilisation ou d'une interprétation inexacte du ou des renseignements communiqués.
Le nombre d'heures accordées pour les garanties est déterminé selon vos besoins, en accord avec l'équipe médico-sociale de FILASSISTANCE. Un certificat médical doit être adressé avant la mise en œuvre des prestations.

L'ensemble des prestations d'assistance est assuré par FILASSISTANCE INTERNATIONAL, (Société régie par le Code des Assurances dont le siège social est au 108 bureaux de la colline, 92213 Saint-Cloud Cedex).

Accident : tout événement soudain, imprévisible et violent, extérieur à la victime, et indépendant de sa volonté, constituant la cause d'une atteinte corporelle grave.
Animaux de compagnie : animaux considérés usuellement comme « familiers » tels que chiens et chats.
Autorité médicale : toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité en France.
Bénéficiaires : le participant ou ses ayants droit (conjoint, concubin ou personne liée au participant par un pacte civil de solidarité, ainsi que leurs enfants et ascendants fiscalement à charge, vivant sous le même toit) assuré par une des entités Institution de Prévoyance ou mutuelle du groupe Aprionis ayant adhéré au contrat d'assistance et domicilié en France ou dans un DOM.
France : France métropolitaine, y compris la Corse et la Principauté de Monaco.
Franchise : part des dommages qui reste à la charge du participant.
Hospitalisation : tout séjour pour raisons médicales, dans un établissement de soins public ou privé, dont la survenance n'était pas connue du bénéficiaire 7 jours avant son déclenchement.
Immobilisation : est considérée comme immobilisée, toute personne se trouvant dans l'impossibilité de se déplacer.
Maladie : toute altération soudaine et imprévisible de la santé, consécutive ou non à une situation préexistante, médicalement constatée et imposant une immobilisation au domicile ou une hospitalisation.
Proches parents : ascendants et descendants au 1er degré, conjoint, concubin ou personne liée au participant par un pacte civil de solidarité.
Sinistre : tout événement justifiant l'intervention de FILASSISTANCE.
Titre de transport : pour les trajets dont la durée est inférieure à 5 heures, il est remis un billet de train, aller et retour, 1ère classe. Pour les trajets supérieurs à cette durée, il est remis un billet d'avion, aller et retour, classe touriste.

ASSISTANCE GAINS DE TEMPS

Vous bénéficiez d'une aide et d'une information dans les domaines de la vie courante (certaines demandes pouvant nécessiter des recherches, un rendez-vous téléphonique est alors pris sous 48 heures). Notre équipe de chargés d'informations répond aux questions des bénéficiaires dans des domaines très variés :
INFORMATIONS JURIDIQUES : justice, vie professionnelle, sociétés, affaires, allocations, retraite, impôts, fiscalité, famille.
INFORMATIONS VIE PRATIQUE : logement, consommation, vacances, formalités administratives, services publics, enseignement.
INFORMATIONS MÉDICO-SOCIALES : réponse aux questions d'ordre médical ou diététique, recherche de centres de cures.
INFORMATIONS DIVERSES ET DÉPANNAGE : communications des numéros de téléphone de gares SNCF, aéroports, gendarmeries, entreprises de dépannage, etc.

ASSISTANCE BÉBÉ

FILASSISTANCE vous apporte aide et information sur la grossesse et la maternité dans les domaines suivants :

INFORMATIONS ET AIDE À LA RECHERCHE D'AIDES FINANCIÈRES, À LA CONSTITUTION DE DOSSIERS
FILASSISTANCE fournit aide et conseils nécessaires à la résolution des questions de la vie familiale que se posent les parents. De même, FILASSISTANCE apporte des informations d'ordre administratif, social et juridique, et :

- aide le bénéficiaire à trouver les aides sociales dont il peut bénéficier, l'informe sur les démarches à effectuer pour les obtenir et l'aide dans la constitution de dossiers,
- aide le bénéficiaire à trouver des aides financières pour la garde d'enfants (allocation de garde d'enfant à domicile, l'AGED, les prestations d'accueil du jeune enfant, l'APAJE, allocations familiales),
- informe le bénéficiaire sur les montants des aides financières possibles, leurs conditions d'attribution, les durées de versement, les démarches à accomplir pour en bénéficier et l'aide dans la constitution de dossiers,
- informe le bénéficiaire sur les conséquences fiscales des différents types de contrats de vie commune,
- oriente le bénéficiaire dans les démarches à effectuer lors d'une naissance (déclaration, livret de famille, etc.),
- informe le bénéficiaire sur les droits de la famille.

La prestation de renseignements est assurée par une équipe de chargés d'informations qui répondent à toute question d'ordre réglementaire et juridique ainsi qu'aux demandes d'informations du domaine de la vie pratique.

SANTÉ
Sur simple demande téléphonique, FILASSISTANCE recherche et communique au bénéficiaire les informations ou expertises concernant l'hygiène de vie (alimentation, diététique, nutrition, etc.).

CONFORT ET BIEN-ÊTRE
Sur simple demande téléphonique, FILASSISTANCE aide à la recherche, communique les coordonnées et met en relation le cas échéant le bénéficiaire avec des établissements spécialisés (centres de thalassothérapie post-natale, centres de massages, piscines où l'on propose une activité de bébés nageurs, etc.).
Par ailleurs, FILASSISTANCE aide à la recherche et communique les coordonnées de professionnels de santé : médecins généralistes et spécialistes, chirurgiens, dentistes, pharmaciens, auxiliaires médicaux et paramédicaux ...
Les frais engagés restent à la charge du bénéficiaire.

INFORMATIONS ET CONSEILS CONCERNANT LES BÉBÉS
FILASSISTANCE procure des informations et des conseils au bénéficiaire sur les soins à apporter à un bébé (hygiène, bain, toilette, etc.), la prévention, notamment concernant les accidents domestiques et la nutrition (alimentation, sevrage, etc.).

ASSISTANCE JEUNES ENFANTS

Cette prestation est servie en cas d'immobilisation à domicile de votre enfant de moins de 15 ans accidenté ou malade (maladie soudaine, imprévisible et aiguë, non chronique).

GARDE D'ENFANTS DE MOINS DE 15 ANS
Lorsqu'un de vos enfants ou de votre conjoint est immobilisé au domicile plus de 2 jours, suite à un accident ou une maladie et si aucun autre bénéficiaire ne peut rester à son chevet, FILASSISTANCE organise et prend en charge, jusqu'à 30 heures, la garde à domicile par une aide maternelle. La mise à disposition d'une aide maternelle ne s'applique qu'au-delà du congé pour enfant malade prévu légalement ou conventionnellement. Sa rétribution ne peut dépasser deux interventions par année civile pour chaque enfant assuré. Si vous ou votre conjoint le préférez, il est possible organiser et prendre en charge la venue d'un proche parent jusqu'au domicile en mettant à disposition un titre de transport.
Ce proche parent devant résider en France Métropolitaine si vous résidez en France Métropolitaine et dans le département identique au vôtre si vous résidez dans un DOM.

ÉCOLE A DOMICILE
Lorsque le médecin traitant estime que l'état de santé de votre enfant ou celui de votre conjoint l'oblige à garder le lit par suite de maladie ou d'accident, et que cette obligation entraîne une absence scolaire supérieure à 15 jours, FILASSISTANCE fournit une aide pédagogique à partir du 16ème jour. FILASSISTANCE recherche et prend en charge un répétiteur scolaire pour donner à l'enfant des cours dans les matières principales, à raison de 10 heures par semaine au maximum (150 heures maximum par année civile et 500 heures pendant toute la durée du contrat). Cette prestation pédagogique s'adresse exclusivement aux enfants scolarisés en France et n'ayant pas dépassé la classe de 3ème. Elle ne peut être fournie qu'une fois par année scolaire pour chacun de vos enfants ou de votre conjoint et elle ne s'applique pas durant les vacances scolaires d'été et pendant les jours fériés.

ASSISTANCE SANTÉ

RECHERCHE D'UN MÉDECIN
En cas d'accident et d'urgence médicale, le premier réflexe doit être d'appeler les pompiers, le SAMU ou le médecin traitant. Toutefois, en dehors de situations d'urgence, 24h/24 et 7j/7, FILASSISTANCE apporte son aide, en l'absence du médecin traitant, pour trouver un médecin de garde sur le lieu où survient l'accident ou la maladie. De plus, nous pouvons intervenir pour rechercher une infirmière ou un intervenant paramédical.
Les frais de visite ou autres restent à la charge du bénéficiaire.

ÉCOUTE ET AIDE À LA RECHERCHE DE PROFESSIONNELS ASSURANT LA PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE
Sur simple appel d'un bénéficiaire, FILASSISTANCE peut le mettre en relation avec la plate-forme d'écoute médico-psycho-sociale composée de chargés d'assistance spécialisés, de psychologues cliniciens, de médecins, d'assistantes sociales, etc., destinée à lui assurer une écoute adaptée et/ou une orientation vers les professionnels assurant la prise en charge psychologique.

AIDE À L'ANALYSE DES DEVIS - ACCÈS PERSONNEL SECURISÉ AU SITE INTERNET https://www.carresbleus.fr/
FILASSISTANCE vous (ou tout autre bénéficiaire) met en relation du lundi au samedi de 8h à 20h avec la plate-forme Carrés Bleus pour les demandes d'analyse de devis dentaires et orthodontie, optiques et de prothèses.

Carrés Bleus vous (ou tout autre bénéficiaire) informe à la demande, dans le respect de la confidentialité du traitement des données médicales, sur le contenu des devis que vous lui soumettez (avantages, inconvénients, solutions alternatives) et sur leur prix par rapport à ses tarifs de références.

REMBOURSEMENT DES FRAIS MÉDICAUX, PHARMACEUTIQUES, D'HÔSPITALISATION ET CHIRURGICAUX A L'ÉTRANGER
Ces dispositions concernent les frais engagés à l'étranger (hors France métropolitaine et DOM/TOM) à la suite d'un accident ou d'une maladie imprévisible survenant pendant la durée de validité des garanties. FILASSISTANCE rembourse le bénéficiaire à concurrence de 4 575 euros sous déduction d'une franchise de 30 euros.
FILASSISTANCE attire l'attention du bénéficiaire :
- du fait d'un coût très élevé d'hospitalisation dans certains pays (USA, Canada par exemple) le plafond de la garantie pourrait malgré tout être dépassé et exposer le bénéficiaire à supporter l'excédent,
- sur le fait que le montant de 4 575 € couvre les séjours consécutifs inférieurs à 90 jours,
- sur la prise en charge maximum pour les frais dentaires qui est de 150 euros.

Le paiement complémentaire de ces frais est fait par FILASSISTANCE au bénéficiaire, dès son retour en France, sur présentation de toutes pièces justificatives et après recours auprès de la sécurité sociale ou tout autre régime de prévoyance collective.

SERVICE DE TÉLÉASSISTANCE
Si l'un des bénéficiaires le demande, il est possible de mettre à disposition un appareil de téléassistance qui permet de garder un contact privilégié avec l'extérieur. D'un simple geste, l'abonné peut alerter le service d'assistance qui l'identifie même s'il ne peut pas parler. FILASSISTANCE prend en charge la mise en service d'un appareil par foyer, pour tout abonnement d'une durée minimale de 12 mois. Les frais d'abonnement restent à la charge de l'abonné.

ASSISTANCE HÔSPITALISATION

Cette prestation est servie si vous (ou votre conjoint) êtes hospitalisé 5 jours ou plus ou immobilisé à domicile 11 jours ou plus, suite à un accident corporel ou une maladie.

AIDE À DOMICILE
FILASSISTANCE met à votre disposition (ou celle de votre conjoint) une aide à domicile et prend en charge sa rémunération jusqu'à 20 heures

réparties à raison de 4 heures par jour maximum, pendant les 5 jours ouvrés de l'hospitalisation ou à la sortie de l'hôpital.
Cette prestation s'applique également en cas de séjour en maternité de plus de à 8 jours.
En cas d'hospitalisation de plus de 2 jours, suite à une chimiothérapie, FILASSISTANCE prend en charge une aide ménagère à concurrence de 2 heures par jour pendant les 2 jours qui suivent le retour à domicile, à concurrence de 30 heures par an.

GARDE OU TRANSFERT DES ENFANTS (OU PETITS-ENFANTS) DE MOINS DE 15 ANS ET DES ASCENDANTS
FILASSISTANCE organise et prend en charge la garde des enfants de moins de 15 ans, jusqu'à 30 heures réparties sur 5 jours, si aucun bénéficiaire n'est à même de s'en occuper.
Si vous ou votre conjoint le préférez, notre équipe peut organiser et prendre en charge :

- la venue d'un proche parent résidant en France jusqu'au domicile, ou
- le transfert des enfants chez un proche parent résidant en France en mettant à disposition un titre de transport, ou
- pour les enfants, leur accompagnement à l'école pendant 5 jours (maximum 2 fois par jour, dans un rayon de 25 km).

Ce proche parent devant résider en France Métropolitaine si vous résidez en France Métropolitaine, et dans le département identique au vôtre si vous résidez dans un DOM.
Cette prestation s'applique également en cas de séjour en maternité de plus de 8 jours.

PRÉSENCE D'UN PROCHE AU CHEVET
Si vous-même, votre conjoint ou un de vos enfants vivants sous le même toit est hospitalisé à plus de 50 km de votre domicile, FILASSISTANCE organise et prend en charge le transport d'un proche parent en mettant à sa disposition un titre de transport aller/retour. FILASSISTANCE prend en charge sur justificatifs son hébergement sur place pendant 2 nuits à concurrence de 92 €.
Ce proche parent devant résider en France Métropolitaine si vous résidez en France Métropolitaine, et dans le département identique au vôtre si vous résidez dans un DOM.

GARDE DES ANIMAUX FAMILIERS
FILASSISTANCE organise et prend en charge la garde à l'extérieur ou l'entretien à domicile des animaux de compagnie (chiens, chats) sous réserve que ceux-ci aient reçu les vaccinations obligatoires, sur une période de 30 jours maximum et à concurrence de 305 €.

ACHEMINEMENT DES MÉDICAMENTS
FILASSISTANCE organise et prend en charge l'acheminement de médicaments à votre domicile, si vous (ou un des membres de votre famille) êtes dans l'incapacité physique de vous déplacer, et s'il s'agit de médicaments indispensables à votre traitement immédiat selon la prescription médicale.

FILASSISTANCE International n'est pas tenue à l'exécution de ces obligations dans le cas où dans un rayon maximum de 50 Km autour du domicile du bénéficiaire, le ou les médicaments concernés ne seraient pas disponibles.

Le coût du ou des médicaments est à votre charge (ou à celle de votre conjoint).

ASSISTANCE DÉCÈS

Cette prestation est servie en cas de décès d'un bénéficiaire.

INFORMATIONS SUR L'ORGANISATION DES OBSÈQUES
FILASSISTANCE met à disposition des bénéficiaires un service « conseils et aides administratives » concernant notamment les obsèques civiles ou religieuses, prélèvement d'organes, chambres funéraires, services de Pompes Funèbres, inhumation, coût des obsèques, etc.

AIDE MÉNAGERE
FILASSISTANCE met à disposition d'un proche parent une aide ménagère et prend en charge sa rémunération à raison de 2 heures par jour au maximum, réparties pendant les 5 jours ouvrés faisant suite au décès d'un des bénéficiaires, sans pouvoir dépasser 20 heures.

GARDE OU TRANSFERT DES ENFANTS OU PETITS-ENFANTS DE MOINS DE 15 ANS, DES ASCENDANTS ET GARDE DES ANIMAUX DE COMPAGNIE
Au moment du décès et/ou le jour des obsèques d'un bénéficiaire, FILASSISTANCE organise et prend en charge leur garde dans les mêmes conditions qu'en cas d'hospitalisation.

AVANCE DE FONDS
Si les bénéficiaires sont subitement démunis de moyens financiers, FILASSISTANCE leur procure, à titre d'avance sans intérêts, pour les frais d'inhumation, une somme maximum de 1 050 € TTC (somme remboursable dans un délai d'un mois).

exclusions

EXCLUSIONS COMMUNES

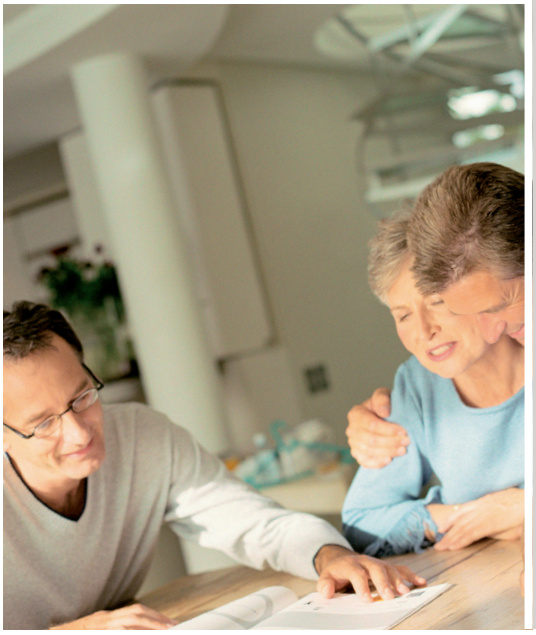
FILASSISTANCE ne peut intervenir pour l'organisation des premiers secours, qui restent à la charge des autorités locales. Les prestations qui n'auront pas été utilisées par les bénéficiaires lors de la durée de la garantie excluent un remboursement a posteriori ou une indemnité compensatoire.
Sont exclues et n'entraînent aucune prestation de la part de FILASSISTANCE les conséquences de tentative de suicide du bénéficiaire, des états résultants de l'usage de stupéfiants, lorsqu'ils n'entrent pas dans le cadre d'un traitement médicalement prescrit, d'un état d'alcoolémie supérieur au taux légal de tolérance, de la pratique d'un sport dans le cadre d'une compétition officielle organisée par une fédération sportive et pour laquelle une licence est délivrée, de la participation du bénéficiaire à toutes épreuves, courses, compétitions motorisées ou leurs essais, des infractions à la législation en vigueur en France, commises de façon volontaire (faits intentionnellement causés ou provoqués par le bénéficiaire, la participation à un crime ou un délit, etc.).
Sont également exclus le décès par suicide au cours de la 1ère année suivant la date d'effet du présent contrat, les frais de restauration, de taxi ou d'hôtel engagés à l'initiative du bénéficiaire sans l'accord préalable de FILASSISTANCE (sauf en cas de force majeure).

CIRCONSTANCES EXCEPTIONNELLES

FILASSISTANCE est seule responsable vis-à-vis des bénéficiaires, du défaut ou de la mauvaise exécution des prestations d'assistance lors d'un sinistre. Ainsi, elle s'engage à mobiliser tous les moyens d'action dont elle dispose pour effectuer l'ensemble des prestations d'assistance prévues. Toutefois, FILASSISTANCE ne peut être tenue pour responsable de la non-exécution ou des retards d'exécution provoqués par une guerre civile ou étrangère déclarée ou non, la mobilisation générale, la réquisition des hommes et matériels par les autorités, tout acte de sabotage ou de terrorisme commis dans le cadre d'actions concertées, les conflits sociaux, tels que grèves, émeutes, mouvements populaires et lock-out, les cataclysmes naturels, les effets de la radioactivité, les cas de force majeure rendant impossible l'exécution du contrat, les interdictions décidées par les autorités légales.

> L'action sociale : une dimension humaine

Carcel prévoyance
dispose d'un fonds social destiné à venir en **aide à ses membres**



Nos équipes, composées de professionnels de l'Action sociale, sont à votre disposition en cas de difficultés consécutives à un problème de santé, de handicap ou d'invalidité.

Au-delà de l'écoute et du soutien, elles peuvent selon les situations :
- orienter vers des organismes compétents pour apporter leur concours à l'obtention de droits ou la résolution de difficultés,
- conseiller sur les démarches à entreprendre,
- étudier la possibilité d'une aide financière, en fonction de votre situation économique et sociale.

Ces aides ne sont pas systématiques. Elles ne peuvent en aucun cas être assimilées à un complément des garanties contractuelles.

N° Cristal 09 72 72 23 23
APPEL NON SURTAXÉ

malakoff médéric humanis

SANTÉ – PRÉVOYANCE – RETRAITE – ÉPARGNE

Humanis Prévoyance - Institution de prévoyance régie par les dispositions du Titre III du Livre IX du Code de la Sécurité sociale, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°410 005 110 - Siège social : 29, boulevard Edgar Quinet 75014 Paris.

JUR0692-09 MMH02-19