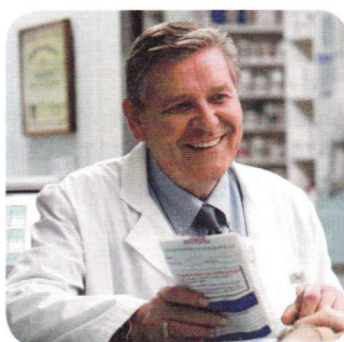


**Contrat collectif à
adhésion
obligatoire**

Contrat n° L796

Edition avril 2018

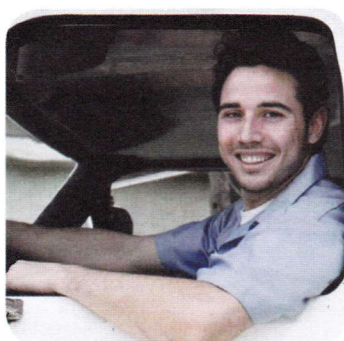
**Notice
d'information
Garanties
prévoyance**



**SAS ELIOR RC
FRANCE**

RCS 750 433 930

Agissant pour le compte
de ses filiales relevant
de la CCN du personnel
des entreprises de
restauration de
collectivités



Ensemble du personnel
employé relevant de
la CCN du personnel des
entreprises de
restauration de
collectivités ayant au
moins 6 mois
d'ancienneté continue
dans l'Entreprise

elior 
L'appétit du mieux

KLÉSIA
Prévoyance

La présente notice a pour objet de vous informer sur vos droits et obligations nés de la souscription d'un contrat par votre employeur auprès de KLESIA Prévoyance, Institution de Prévoyance régie par le Titre III du Livre IX du Code de la Sécurité sociale.

Elle précise notamment les garanties prévoyance dont vous bénéficiez, leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre. Vous êtes couvert pour les seules garanties souscrites par votre employeur dont le détail figure en annexe.

Ce document, qui vous est remis par votre employeur, constitue un résumé des dispositions contractuelles organisant les rapports entre votre employeur, vous-même et l'Institution.

Sommaire

Sommaire	5
Lexique	8
Accident.....	8
Bénéficiaire.....	8
Cotisations.....	8
Délai de franchise.....	8
Entreprise ou adhérent.....	8
Garantie.....	8
Maladie.....	8
Participant	8
Prestation	8
Risque	8
Rémunération brute	9
Rémunération Nette	9
Sinistre	9
Tranches soumises à cotisations sociales.....	9
Généralités	10
Base légale.....	10
Autorité de contrôle de l'Institution.....	10
Réclamation et médiation.....	10
Protection de vos données personnelles	10
Communication par voie électronique.....	10
Subrogation	10
Prescription	11
Votre affiliation	11
Date d'effet de votre affiliation.....	11
Suspension de votre contrat de travail.....	11
<i>Suspension du contrat de travail rémunérée ou indemnisée</i>	<i>11</i>
<i>Suspension du contrat de travail non rémunérée ou non indemnisée</i>	<i>11</i>
Cessation de votre affiliation	12
Maintien des garanties	12
<i>En cas de rupture de votre contrat de travail donnant lieu à portabilité de vos droits.</i>	<i>12</i>
<i>En cas de résiliation du contrat de votre entreprise.....</i>	<i>13</i>
Vos prestations	14
Risques garantis.....	14
Incidences des modifications de garanties pour les participants en arrêt de travail.....	14
Traitement de référence	14
Revalorisation.....	15
<i>Revalorisation des prestations périodiques</i>	<i>15</i>
<i>Revalorisation du capital décès</i>	<i>15</i>
Situation familiale	15
<i>Votre conjoint</i>	<i>15</i>
<i>Vos enfants à charge</i>	<i>15</i>
<i>Vos ascendants à charge</i>	<i>16</i>
Paiement des prestations.....	16
Plafonnement des prestations.....	16
Contrôle médical	16
Déchéance	17
Exclusions	17
<i>Toutes garanties :</i>	<i>17</i>
<i>Garanties incapacité de travail / invalidité permanente :</i>	<i>17</i>
Délai de déclaration des sinistres	18
Fausse déclaration	18
Garanties décès et invalidité absolue et définitive	18
Garantie décès	18

Garantie décès « toutes causes »	18
Garantie double effet	19
Allocation obsèques	20
Rente substitutive à la majoration par enfant à charge	20
Garantie invalidité absolue et définitive	20
Garanties incapacité temporaire de travail et invalidité	21
Garantie incapacité temporaire de travail	21
Objet de la garantie.....	21
Conditions d'ouverture	21
Montant de la garantie	21
Versement des prestations	21
Exonération de cotisations.....	21
Cessation du versement des prestations.....	22
Rechute.....	22
Garantie invalidité.....	22
Objet de la garantie.....	22
Condition d'ouverture.....	22
Montant de la rente	22
Versement de la rente.....	23
Documents nécessaires au règlement des prestations.....	24
Annexe : Récapitulatif des garanties souscrites.....	26
Catégorie de personnel garantie.....	26
Information - Réclamation	26
Détail des garanties	26
Sociétés bénéficiant du présent régime	28

Lexique

Accident

Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part du participant et résultant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure, à l'exclusion de toute maladie, même si elle se manifeste sous une apparence accidentelle (notamment les affections cardio-vasculaires, ruptures d'anévrisme, attaques cérébrales, etc.).

Bénéficiaire

Personne physique ou morale percevant la prestation prévue par la garantie lors de la réalisation du risque.

Cotisations

Contribution des salariés et/ou de l'employeur versée à l'Institution en contrepartie de son engagement.

Délai de franchise

Période fixée au récapitulatif des garanties, débutant à la date d'hospitalisation ou de l'arrêt de travail prescrit par un médecin, au cours de laquelle la garantie ne s'applique pas.

Entreprise ou adhérent

Personne morale qui souscrit le contrat pour le compte de son personnel et qui s'engage à verser les cotisations.

Garantie

Engagement de l'Institution, en contrepartie d'une cotisation convenue d'avance, à verser une prestation à l'occasion d'un sinistre au cours d'une période déterminée.

Maladie

Toute altération de santé constatée par une autorité médicale et ouvrant droit aux prestations d'un régime obligatoire français de Sécurité sociale.

Participant

Membre du personnel de l'Entreprise relevant de la catégorie de personnel assurée.

Prestation

Exécution de la garantie par l'Institution.

Risque

Evènement aléatoire dont la réalisation est indépendante de la volonté du participant ou du bénéficiaire.

Rémunération brute

Sommes et avantages perçus par le participant assujettis à charges sociales dans les conditions prévues à l'article L242-1 du Code de la Sécurité sociale.

Rémunération Nette

Rémunération brute déduction faite de toutes les charges sociales et autres contributions salariales légalement ou conventionnellement obligatoires.

Sinistre

Réalisation du risque mettant en jeu au moins une des garanties du contrat.

Tranches soumises à cotisations sociales

Ces tranches sont déterminées comme suit :

- Tranche A : Fraction de la rémunération limitée au montant du PASS.
- Tranche B : Fraction de la rémunération comprise entre 1 et 4 fois le montant du PASS.
- Tranche C : Fraction de la rémunération comprise entre 4 et 8 fois le montant du PASS.
- Tranche D : Fraction de la rémunération comprise entre 8 et 12 fois le montant du PASS.

Généralités

Base légale

Le présent contrat est soumis aux dispositions du Code de la Sécurité sociale et est exclusivement soumis à la loi française.

Tout litige lié au présent contrat est du ressort des tribunaux français.

Autorité de contrôle de l'Institution

L'Institution est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 61 rue Taitbout - 75009 PARIS.

Réclamation et médiation

Pour toute réclamation relative à l'exécution de votre contrat, vous devez adresser votre demande prioritairement à l'organisme en charge de la gestion du contrat dont les coordonnées figurent en annexe.

Si un désaccord persistait après épuisement des voies internes de réclamation, et sans préjudice du droit d'agir en justice, vous pouvez, afin de trouver une issue amiable au différend vous opposant à l'Institution, vous adresser au médiateur du CTIP par voie électronique via le formulaire de saisine en ligne sur le site internet : <http://www.ctip.asso.fr/> ou par courrier à l'adresse suivante :

Médiateur du CTIP
10 rue Cambacérès
75008 PARIS

Protection de vos données personnelles

Vous êtes protégé par la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée et disposez en conséquence de la faculté d'introduire une réclamation auprès de l'autorité de contrôle compétente ainsi qu'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, de portabilité et d'opposition pour motif légitime de toutes données à caractère personnel vous concernant et figurant sur le fichier à l'usage de l'Institution, ses mandataires et réassureurs.

Ces droits peuvent être exécutés à tout moment auprès de : **KLESIA - Service INFO CNIL - CS 30027 - 93108 Montreuil cedex**, ou par courriel à l'adresse suivante : **info.cnil@klesia.fr**.

Communication par voie électronique

Conformément aux dispositions des articles 1366 et 1367 du Code civil, les courriels et les documents électroniques échangés entre l'Entreprise/vous et l'Institution et/ou le délégataire de gestion sont considérés comme étant équivalents à des documents écrits. L'ensemble des parties reconnaît la valeur probante des courriels et des documents électroniques. Cette disposition ne fait pas obstacle à la fourniture par vous-même des documents originaux éventuellement nécessaires à l'Institution pour le paiement des prestations, ainsi qu'au respect des dispositions de l'article R932-1-6 du Code de la Sécurité sociale relatives aux modalités de résiliation du contrat.

Subrogation

L'Institution est subrogée dans vos droits ou ceux de vos ayants droit contre le tiers responsable et/ou ses assureurs, pour les préjudices qu'elle aura pris en charge, dans la limite des prestations versées.

Prescription

Conformément aux dispositions de l'article L.932-13 du code de la Sécurité sociale, toutes les actions dérivant du présent contrat sont prescrites dans un délai de deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

La prescription est portée à cinq ans concernant l'incapacité de travail et à dix ans concernant le décès. Toutefois, la prescription est de trente ans à compter du décès pour le bénéficiaire qui n'a pas été informé de cette qualité par l'Institution.

Ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse 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.

Quand l'action de votre employeur, vous-même, vos bénéficiaires ou vos ayants droit contre l'Institution a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre votre employeur, vous-même, les bénéficiaires ou vos ayants droit ou a été indemnisé par celui-ci.

Le délai de prescription est interrompu dans les cas suivants :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;
- la demande en justice, même en référé ;
- l'acte d'exécution forcée ;
- la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ;
- l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée soit à votre employeur par l'Institution en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, soit à l'Institution par vous-même en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Votre affiliation

Date d'effet de votre affiliation

Le contrat dont vous bénéficiez, souscrit par votre employeur auprès de KLESIA Prévoyance est un contrat collectif et obligatoire pour l'ensemble des salariés appartenant à la catégorie assurée.

Vous devez donc y être affilié dès la souscription du contrat par votre employeur pour la catégorie de personnel dont vous faites partie, ou postérieurement dès votre appartenance à cette catégorie.

Les garanties prennent effet à compter du jour de votre affiliation.

Suspension de votre contrat de travail

Suspension du contrat de travail rémunérée ou indemnisée

Les garanties sont maintenues lorsque votre contrat de travail est suspendu et que vous bénéficiez à ce titre :

- soit d'un maintien total ou partiel de salaire ;
- soit d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par votre employeur, qu'elles soient versées directement par votre employeur ou par un organisme assureur ;
- soit d'indemnités journalières de la Sécurité sociale.

Suspension du contrat de travail non rémunérée ou non indemnisée

Lorsque la suspension de votre contrat de travail ne donne lieu à aucun maintien de salaire, aucune indemnité journalière complémentaire financée au moins pour partie par votre employeur (congé sabbatique, congé pour création d'entreprise, congé parental d'éducation, congé de proche aidant, congé sans solde...) ou aucune indemnité journalière de la Sécurité sociale, les garanties sont suspendues de plein droit. La suspension des garanties intervient à la date à laquelle vous avez effectivement cessé votre travail dans votre entreprise et s'achève dès votre reprise effective de travail au sein de la catégorie de personnel assurée.

Sur demande de votre employeur, vous pouvez bénéficier d'un maintien exceptionnel de la garantie Décès en contrepartie d'une cotisation spécifique, après accord de l'Institution.

Cessation de votre affiliation

Sous réserve des cas de maintien de garanties prévus au paragraphe « Maintien des garanties », votre affiliation à l'Institution cesse de plein droit dans les cas suivants :

- à la résiliation du contrat d'assurance ;
- à la rupture de votre contrat de travail ;
- en cas de cessation d'activité ou disparition de votre entreprise ;
- lorsque vous n'appartenez plus à la catégorie assurée à la suite d'un changement de catégorie professionnelle ;
- en cas de liquidation de votre pension de retraite, sauf situation de cumul emploi-retraite dans votre entreprise ;
- à la date de votre décès.

A défaut de paiement des cotisations par votre employeur, les garanties peuvent être suspendues puis résiliées dans les conditions prévues à l'article L932-9 du Code de la Sécurité sociale, sous un délai de 50 jours suivant l'échéance de paiement.

Maintien des garanties

En cas de rupture de votre contrat de travail donnant lieu à portabilité de vos droits

Conditions

Conformément aux dispositions de l'article L.911-8 du code de la Sécurité sociale, en cas de cessation de votre contrat de travail non consécutive à une faute lourde, les garanties sont maintenues dès lors que vous bénéficiez d'une prise en charge par le régime de l'Assurance Chômage. Le maintien des garanties est également subordonné à la condition que vos droits aient été ouverts chez votre dernier employeur et que ce dernier ne se trouve pas en situation de liquidation judiciaire.

Formalités

Pour bénéficier de la portabilité des droits, vous devez retourner à l'Institution le bulletin de demande de portabilité établi par l'Institution dûment complété et signé.

Il incombe à votre employeur de vous informer de ce droit.

Date d'effet et durée du maintien des garanties

Le maintien des garanties prend effet à compter de la date de cessation de votre contrat de travail.

Ce maintien vous est accordé pendant la période d'indemnisation par l'Assurance Chômage pour une durée équivalente à celle de votre dernier contrat de travail ou, le cas échéant, de vos derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur, et en tout état de cause, dans la limite de 12 mois.

La suspension des allocations du régime d'Assurance Chômage, pour cause de maladie ou pour tout autre motif, n'a pas d'incidence sur le calcul de la durée du maintien qui ne sera pas prolongée d'autant.

Garanties maintenues

Les garanties maintenues sont celles en vigueur chez votre dernier employeur. Ainsi, toute révision du contrat postérieure à la cessation de votre contrat de travail vous sera applicable.

Les sommes versées au titre des garanties incapacité/invalidité au cours de la période de maintien des droits ne peuvent vous conduire à percevoir un montant supérieur à celui des allocations chômage que vous auriez perçues à la même période.

Financement

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

Obligations déclaratives

Les justificatifs suivants doivent être adressés à l'Institution :

- à l'ouverture du maintien des garanties, le justificatif initial de votre indemnisation par le régime d'Assurance Chômage ;
- trimestriellement au cours de la période du maintien des garanties, l'attestation de paiement de vos allocations chômage. En cas de sinistre, l'Institution pourra également réclamer cette attestation à chacune de vos demandes de prise en charge.

Cessation du maintien des garanties

- Le maintien des garanties cesse :
- à l'issue de la période de portabilité ;
- à la date de votre décès ;
- en cas de cessation du versement des allocations du régime de l'Assurance Chômage ;
- en cas de non transmission des justificatifs de prise en charge par l'Assurance Chômage ;
- en cas de résiliation du contrat d'assurance ;
- lorsqu'il n'y a plus de salariés actifs dans votre ancienne entreprise ou en cas de cessation d'activité.

En cas de résiliation du contrat de votre entreprise

Maintien des prestations en cours de service

En application de l'article 7 de la loi Evin n°89-1009 du 31 décembre 1989, la résiliation du contrat de votre entreprise est sans effet sur le versement des prestations immédiates ou différées, acquises ou nées durant son exécution. Le versement des prestations de toute nature se poursuit à un niveau au moins égal à celui de la dernière prestation due ou payée avant la date de résiliation, sans préjudice des révisions prévues au contrat.

En cas de reconnaissance ou d'aggravation de l'état d'incapacité permanente ou d'invalidité postérieurement à la résiliation du contrat de votre entreprise, la prestation sera versée si le fait générateur de cet arrêt de travail est survenu durant la période d'assurance du contrat, ou antérieurement à la date d'effet du contrat en cas de reprise de passif si vous ne bénéficiez pas d'un contrat de prévoyance antérieur. Le montant de la prestation sera égal au montant prévu à la date de la résiliation.

Maintien de la garantie décès

En application de l'article 7-1 de la loi Evin n°89-1009 du 31 décembre 1989, la garantie décès est maintenue lorsque vous êtes indemnisé au titre de l'incapacité ou de l'invalidité à la date de résiliation du contrat de votre entreprise.

Ce maintien des garanties cesse :

- en cas de reprise totale d'activité ;
- en cas de cessation des versements par la Sécurité sociale ;
- en cas de liquidation de votre pension vieillesse par la Sécurité sociale.

Maintien des garanties à titre individuel

En application de l'article 5 de la loi Evin n°89-1009 du 31 décembre 1989, en cas de résiliation du contrat collectif de prévoyance par votre employeur, vous pouvez continuer à bénéficier des garanties à titre individuel moyennant le paiement de cotisations spécifiques déterminées par l'Institution, à condition d'en faire la demande dans les trois mois suivant la date d'effet de résiliation du contrat.

Vos prestations

Risques garantis

L'Institution couvre les garanties souscrites par votre employeur, dont le détail figure sur le récapitulatif des garanties annexé à la présente notice.

Sont couverts par le contrat :

- le risque décès ;
- le risque invalidité absolue et définitive ;
- le risque incapacité de travail ;
- le risque invalidité.

Incidences des modifications de garanties pour les participants en arrêt de travail

En cas de modification des conditions de prestations des garanties incapacité temporaire de travail - invalidité, les participants en incapacité temporaire de travail ou en invalidité restent couverts selon les modalités contractuelles en vigueur à la date de l'arrêt de travail.

En cas de modification des conditions de prestations des garanties décès, les dispositions suivantes s'appliquent aux participants en incapacité temporaire de travail ou en invalidité à la date de la modification :

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

Traitement de référence

Le traitement de référence qui sert de base de calcul des prestations est égal à :

- Pour les garanties décès, IAD et invalidité : L'ensemble des rémunérations brutes perçues au cours des quatre derniers trimestres civils précédant le décès ou l'invalidité, limité aux tranches soumises à cotisations.

Si le participant n'a pas reçu de rémunération ayant donné lieu à cotisations pendant tout ou partie des 4 trimestres visés ci-dessus du fait de la suspension de son contrat de travail suite à un arrêt de travail ou congé maternité ou paternité, le traitement de référence sera déterminé par rapport à la rémunération des quatre derniers trimestres de pleine activité.

Aucune reconstitution de salaire ne sera effectuée en raison d'une suspension du contrat de travail pour une autre raison qu'un arrêt de travail, un congé maternité ou un congé paternité (exemples : congé sabbatique, congé parental...). Seule la rémunération éventuellement perçue au cours des quatre derniers trimestres civils sera alors prise en compte.

Si le participant n'a pas reçu de rémunération ayant donné lieu à cotisations pendant tout ou partie des quatre trimestres visés ci-dessus du fait d'une ancienneté inférieure à quatre trimestres d'assurance, le traitement de référence sera reconstitué sur quatre trimestres.

- Pour la garantie incapacité de travail : Le salaire journalier brut (salaire de base majoré des primes fixes) auquel le Participant aurait pu prétendre s'il avait travaillé sur la période ouvrant droit à indemnisation, limité aux tranches soumises à cotisations.

En tout état de cause, le traitement pris en compte pour le calcul des prestations ne peut excéder celui choisi par l'adhérent comme base des cotisations.

Si le participant est reconnu invalide au sens de l'article L341-1 du Code de la Sécurité sociale et autorisé par la Sécurité sociale à reprendre une activité à temps partiel, la rémunération partielle est complétée jusqu'à concurrence de la rémunération qu'il aurait perçue s'il avait travaillé à temps complet.

Le traitement de référence servant de base de calcul de la garantie décès peut être revalorisé dans les conditions prévues au contrat en cas de décès survenant en cours d'arrêt de travail.

Revalorisation

Revalorisation des prestations périodiques

Les prestations périodiques (indemnités journalières, rente invalidité et incapacité permanente, rente de conjoint, rente éducation, rente orphelin) peuvent être revalorisées annuellement au 1er juillet de chaque année, sur la base du taux décidé par le Conseil d'administration de l'Institution.

La première revalorisation des prestations intervient le cas échéant le 1er juillet suivant la date anniversaire du sinistre générateur des prestations.

En cas de résiliation du contrat, les prestations ne sont plus revalorisées et continuent d'être versées au niveau atteint à la date de résiliation.

Revalorisation du capital décès

La revalorisation prévue à l'article précédent s'applique également au traitement de référence servant de base de calcul en cas de décès pour les participants en arrêt de travail bénéficiant du maintien des garanties décès.

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

Situation familiale

Pour déterminer le montant de vos prestations, l'Institution prend en considération votre situation familiale dûment justifiée. Celle-ci s'apprécie au jour du sinistre et prend en compte les personnes mentionnées au présent article.

Votre conjoint

Est considéré comme votre conjoint :

- votre époux (se), non séparé(e) de corps judiciairement à la date du sinistre ouvrant droit à prestations ;
- votre partenaire de pacte civil de solidarité (PACS) ;
- votre concubin dès lors que les conditions suivantes sont réunies :
 - ✓ vous vivez maritalement sous le même toit ;
 - ✓ vous êtes tous les deux célibataires, divorcés ou veufs ;
 - ✓ votre concubinage est établi de façon notoire depuis plus de deux ans.Cette condition de deux ans est supprimée lorsqu'un enfant est né de cette union.

Vos enfants à charge

Sont considérés comme enfants à charge vos enfants reconnus, adoptés ou recueillis ainsi que ceux de votre conjoint lorsqu'ils sont fiscalement à votre charge, et qu'ils remplissent l'une des conditions suivantes :

- être âgés de moins de 21 ans ;
- être âgés de 21 ans à 26 ans et :
 - ✓ poursuivent des études et sont inscrits à ce titre au régime de Sécurité sociale des étudiants ;
 - ✓ sont sous contrat d'apprentissage ;
- quel que soit leur âge, s'ils sont infirmes et titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L.241-3 du code de l'Action sociale et des familles, sous réserve que l'état d'invalidité soit survenu avant le 26ème anniversaire ;
- être né dans les 300 jours suivant votre décès.

Sont considérés comme étant fiscalement à votre charge les enfants :

- pris en compte pour le calcul de votre impôt sur le revenu ;
- recevant de votre part une pension alimentaire venant en déduction dans le calcul de votre impôt sur le revenu ;
- que vous avez adoptés ou reconnus, s'ils sont fiscalement à charge de votre conjoint.

Vos ascendants à charge

Sont considérés comme ascendants à charge les ascendants pris en compte pour la détermination du nombre de parts dans le calcul de votre impôt sur le revenu.

Païement des prestations

L'Institution vous verse les prestations généralement dans les 15 jours ouvrés et dans un délai maximum d'un mois après la réception de l'ensemble des pièces requises pour l'ouverture des droits, délais de poste et bancaire non compris. Le règlement s'effectue par virement bancaire ou par chèque, à votre attention, celle de votre employeur ou celle de vos bénéficiaires.

Plafonnement des prestations

Le total des prestations incapacité ou invalidité qui vous sont versées par l'Institution, par la Sécurité sociale, le cas échéant au titre d'un autre contrat d'assurance et de l'éventuelle fraction de salaire maintenue par votre employeur, ne saurait vous conduire à percevoir un revenu supérieur à la rémunération nette que vous auriez perçue si vous aviez continué à exercer votre activité.

De même, si vous reprenez une activité partielle, le cumul de la rémunération et des prestations perçues ne peuvent excéder la rémunération nette que vous auriez perçue si vous aviez exercé une activité à temps complet.

Contrôle médical

Lors d'une demande de prestations ou pendant leur service, l'Institution se réserve le droit de vous faire examiner par un médecin qu'il mandate à cet effet afin de pouvoir constater la réalité et la gravité de votre état. En conséquence, l'Institution peut procéder, indépendamment de votre prise en charge par la Sécurité sociale obligatoire ou de tout autre organisme, à la suspension voire la suppression de vos prestations dès l'initiation du contrôle médical.

Vous êtes tenu de fournir à l'Institution toutes pièces justificatives et de vous prêter à toute expertise ou examen que le médecin désigné par l'Institution juge utile de vous demander pour apprécier votre état. Vous devez être en mesure de présenter le maximum de pièces en lien avec votre état de santé (certificats médicaux, ordonnances, radiographie, scanner, originaux des décomptes des prestations espèces émanant de la Sécurité sociale, attestations de salaire employeur...). A tout moment, les médecins mandatés par l'Institution pourront constater votre état. Des examens complémentaires pourront être effectués à la demande du médecin mandaté.

Vous êtes tenu de vous soumettre à ce contrôle médical sous peine de suspension de vos droits à prestations, intervenant à l'expiration d'un délai de 30 jours courant à compter de la date de première présentation de la lettre de mise en demeure. Il en sera de même en cas d'absence de votre domicile, de refus ou d'opposition au contrôle.

Pendant la période de suspension des droits à prestations, aucune prestation n'est due ; le versement des prestations s'effectue ou reprend, s'il y a lieu, au terme définitif du processus du contrôle médical.

La décision de l'Institution relative au refus d'ouverture, à la réduction ou à la cessation des prestations, prise en fonction des conclusions de son médecin désigné, s'impose sans possibilité de vous prévaloir de la poursuite par la Sécurité sociale de l'indemnisation pour les prestations de base, ou d'avis de prolongation de votre arrêt de travail postérieurs au contrôle ou à l'expertise.

La décision vous est notifiée par lettre recommandée avec avis de réception.

La contestation des conclusions du médecin désigné par l'Institution doit être adressée par lettre recommandée à l'Institution dans un délai de 30 jours à compter de la notification de la décision de l'Institution. Dans cette hypothèse, vous avez la possibilité de vous faire représenter par votre médecin traitant dans une entrevue amiable avec le médecin conseil de l'Institution. En cas de désaccord entre votre médecin traitant et le médecin conseil, les parties désigneront d'un commun accord, dans un délai d'un mois, un troisième médecin pour les départager. A défaut d'entente, la désignation sera faite sur requête de la partie la plus diligente par le Président du Tribunal de Grande Instance du ressort de l'Institution.

L'avis de ce troisième médecin s'imposera aux deux parties sans possibilité de vous prévaloir de la poursuite par la Sécurité sociale de l'indemnisation pour les prestations de base, ou d'avis de prolongation ou de nouvel arrêt postérieurs au contrôle ou à l'expertise.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin ; ceux du troisième médecin ainsi que ses frais de nomination sont supportés à parts égales par les deux parties.

Le contrôle pourra continuer à être exercé, même après résiliation de l'adhésion de votre entreprise tant que l'Institution continuera à verser des prestations.

En tout état de cause, vous êtes tenu d'informer l'Institution, pendant toute la période de perception de la prestation, de tout changement dans votre situation susceptible de remettre en cause votre incapacité ou invalidité.

Déchéance

Le bénéficiaire de la garantie décès qui a été condamné pour avoir volontairement donné la mort au participant est déchu du bénéfice de la garantie, celle-ci continuant à produire ses effets au profit des autres bénéficiaires.

Exclusions

Toutes garanties :

L'Institution couvre les risques en cas de DECES, d'INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE et d'INCAPACITE TOTALE de TRAVAIL ou d'INVALIDITE PERMANENTE à l'exclusion de ceux résultant :

- **d'un suicide ou d'une tentative de suicide du Participant au cours de la 1^{ère} année d'assurance. Si le Participant était précédemment garanti au titre d'un contrat d'assurance de groupe à adhésion obligatoire au sens de l'article 2 de la loi N° 89-1009 du 31/12/1989, pour des niveaux de garanties similaires, sans qu'il y ait eu interruption des garanties, le délai d'un an est supprimé ;**
- **de guerres civiles ou étrangères, invasions, agressions étrangères, hostilités (que la guerre soit déclarée ou non) ;**
- **de la participation active du Participant à une guerre passive (où la France ne participerait pas), une rébellion, une insurrection, une prise de pouvoir, un mouvement populaire, une émeute, un acte de terrorisme, étant précisé que les cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et d'accomplissement du devoir professionnel sont garantis ;**
- **d'un déplacement ou séjour dans une des régions ou un des pays formellement et dans tous les cas déconseillés par le Ministère français des Affaires Etrangères. Pour les personnes déjà présentes dans cette zone à la date de l'inscription de cette zone sur les listes du Ministère des Affaires Etrangères, 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, l'Institution pourra proposer des conditions de maintien d'assurances. Pour ce faire, le souscripteur devra déclarer dix jours avant la date de départ le ou les salariés concernés.

Garanties incapacité de travail / invalidité permanente :

L'Institution couvre les risques d'arrêt de travail dans les conditions prévues au paragraphe précédent à l'exclusion :

- **du fait intentionnel du bénéficiaire ou du Participant ;**
- **de la pratique par le Participant de toute activité sportive sans respecter les règles élémentaires de sécurité ; il appartiendra à l'Institution de prouver que ces règles ont été violées ;**
- **de la participation du Participant à tout sport et/ou compétition à titre professionnel ;**
- **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 ;**

- avec l'utilisation d'un deltaplane, d'un parapente ou d'un appareil ULM ou de tout engin assimilé ;
- au cours d'un meeting, d'un raid sportif, d'un vol acrobatique, d'une tentative de record, d'un essai préparatoire, d'un essai de réception, d'un saut en parachute non motivé par une raison de sécurité ;
- des conséquences directes ou indirectes de la désintégration du noyau atomique.

Délai de déclaration des sinistres

Votre employeur, vous-même ou vos ayants droit devez déclarer la réalisation d'un sinistre dans les 12 mois à compter de sa survenance. Cette demande doit être transmise à votre gestionnaire habituel.

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

Toute demande devra être accompagnée des justificatifs nécessaires précisés dans le tableau en annexe.

L'Institution se réserve le droit de vérifier l'exactitude des déclarations.

Fausse déclaration

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle du bénéficiaire, la garantie accordée au participant est nulle conformément à l'article L.932-7 du Code de la Sécurité sociale. Les cotisations payées demeurent acquises à l'Institution.

Garanties décès et invalidité absolue et définitive

Garantie décès

Ces garanties ont pour objet d'assurer, à vous ou à vos bénéficiaires, le versement d'une prestation sous forme d'un capital et/ou d'une rente en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive.

Garantie décès « toutes causes »

Objet de la garantie

Lors de votre décès et quelle qu'en soit la cause, l'Institution verse un capital aux bénéficiaires définis au paragraphe « Bénéficiaires ».

Le décès met fin à l'ensemble des garanties dont vous bénéficiez sauf la garantie double effet si votre conjoint vous survit, sous réserve que le contrat soit toujours en vigueur et que cette garantie ait été souscrite.

Montant du capital

Le montant du capital, défini en pourcentage de votre traitement de référence, est indiqué dans le récapitulatif des garanties en annexe. Le montant de ce capital peut dépendre de votre situation familiale et d'éventuelles majorations pour enfants à charge.

Versement du capital

Le capital est versé au(x) bénéficiaire(s) défini(s) au paragraphe « Bénéficiaires ».

Les éventuelles majorations du capital résultant de votre situation familiale sont versées aux personnes en considération desquelles elles sont prévues, ou à leur représentant légal.

Bénéficiaires

Vous pouvez désigner un ou plusieurs bénéficiaires du capital décès au moment de votre affiliation ou pendant toute la durée de celle-ci.

Cette désignation expresse peut s'effectuer sur le formulaire spécifique de l'Institution intitulé « Bulletin de Désignation du Bénéficiaire de l'Assurance Décès », accompagné de son mode d'emploi. La désignation peut également être effectuée par acte sous seing privé ou par acte authentique mentionnant de façon expresse l'attribution du capital décès, à la condition que cette désignation soit notifiée à l'Institution.

En cas de désignation nominative, les coordonnées du ou des bénéficiaires doivent être précisées afin de permettre à l'Institution de le(s) retrouver.

Vous pouvez modifier cette désignation à tout moment. Toutefois, la désignation devient irrévocable en cas d'acceptation écrite du bénéficiaire désigné, expressément notifiée à l'Institution, faute de quoi elle ne lui sera pas opposable.

Dans l'hypothèse où le(s) bénéficiaire(s) désigné(s) décède(nt) avant vous ou en l'absence de désignation, le capital sera attribué dans l'ordre suivant :

- à votre conjoint marié non séparé de corps judiciairement ;
- à défaut à votre partenaire de PACS ;
- à défaut à votre concubin ;
- à défaut, à vos enfants, par parts égales entre eux, la part du prédécédé revenant à ses propres descendants ou à ses frères et sœurs ;
- à défaut, à vos ascendants, par parts égales entre eux ou à leurs survivants ;
- à défaut, à vos héritiers, par parts égales entre eux, y compris à ceux qui ont renoncé à la succession.

Les bénéficiaires doivent, en tout état de cause, justifier de leur qualité de bénéficiaire au jour du décès.

Dans les cas de séparation de corps ou de divorce, la désignation du conjoint devient caduque à la date à laquelle le jugement ou l'arrêt prononçant la séparation de corps ou le divorce devient définitif. Si vous souhaitez néanmoins conserver une désignation expresse, vous devez confirmer la désignation précédemment effectuée ou désigner un ou plusieurs nouveaux bénéficiaires. A défaut, le capital est attribué dans l'ordre de priorité indiqué ci-dessus.

Cas particuliers

Par dérogation et indépendamment de toute autre désignation, lorsque le montant du capital est déterminé en tenant compte des personnes à charge, la majoration de capital correspondante ne profite qu'aux personnes prises en considération pour le calcul de ces majorations.

Lorsque les enfants à charge sont mineurs, les majorations du capital correspondantes sont versées au représentant légal.

La part de capital correspondant aux dites majorations est égale à la différence entre le capital dû en fonction de la situation et des charges de famille du participant et le capital que l'Institution aurait payé si le participant avait été sans personne à charge.

Si vous décédez avec les bénéficiaires désignés au cours d'un même événement sans qu'il ne soit possible de déterminer l'ordre des décès, vous êtes présumé avoir survécu le dernier pour la détermination des bénéficiaires du capital.

Dans le cas où une cession en garantie a été effectuée au profit d'un organisme prêteur, le capital décès, déduction faite des éventuelles majorations pour personne à charge lui sera versé à hauteur du prêt restant dû, le solde revenant aux autres bénéficiaires.

Garantie double effet

Objet de la garantie

Cette garantie a pour objet le versement d'un capital en cas de décès de votre conjoint, simultané ou postérieur au vôtre.

Votre concubin n'est pas pris en compte pour le service de la garantie double effet, seul votre conjoint marié ou votre Partenaire lié par un PACS est pris en considération.

La majoration pour décès accidentel n'est pas applicable à cette garantie.

Condition de versement

Votre conjoint doit laisser au moins un enfant à charge tel que défini au paragraphe « Situation familiale ».

Le contrat d'assurance doit être en vigueur au moment du décès.

Cessation de la garantie

La garantie cesse à la date à laquelle votre conjoint atteint l'âge légal d'ouverture des droits à la pension vieillesse.

Allocation obsèques

Cette garantie a pour objet d'assurer le versement d'une allocation couvrant tout ou partie des frais d'obsèques des bénéficiaires définis dans le récapitulatif des garanties en annexe.

Le montant de l'allocation est fixé dans le récapitulatif des garanties en annexe. Toutefois, l'allocation est limitée au strict remboursement des frais d'obsèques réellement engagés pour les enfants à charge de moins de 12 ans.

L'allocation est versée à l'entreprise de pompes funèbres ayant réalisé les obsèques ou à la personne physique ayant supporté leurs frais à hauteur du montant de la facture des obsèques et dans la limite du montant garanti. Le solde éventuel est versé à :

- vous-même en cas de décès de votre conjoint ou d'un enfant à charge,
- à votre conjoint, à défaut à vos enfants à charge tels que définis au paragraphe « situation familiale » de la présente notice s'il s'agit de votre décès.

L'allocation est versée dans un délai maximum de trente jours ouvrés à compter de la remise de l'ensemble des pièces justificatives.

Rente substitutive à la majoration par enfant à charge

La majoration par enfant à charge du capital décès peut être, sur demande de l'enfant majeur ou de son représentant légal, dans le mois qui suit le décès, versée sous forme de rente éducation.

Le montant, de la rente, uniforme, est déterminé au décès du participant selon l'âge de l'enfant et des tables de mortalité en vigueur.

La majoration par enfant à charge ne pourra être versée sous forme de rente que si le montant trimestriel est supérieur ou égal à 10% du plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur à la date du décès du participant. Dans le cas contraire, le versement aura lieu sous forme de capital.

Le montant de la rente est revalorisé conformément aux dispositions du paragraphe « Revalorisation » de la présente notice.

En cas de résiliation du contrat, la rente cesse d'être revalorisée dès la date de résiliation. Le montant de la rente sera alors égal au montant atteint à cette date.

La rente est payable trimestriellement à terme échu à partir du premier jour du mois suivant le décès ou l'invalidité absolue et définitive du participant.

La prestation est versée à la personne qui assume la charge de l'enfant ; à l'enfant lui-même s'il est majeur ; le cas échéant au représentant légal.

Le bénéficiaire de la rente ou son représentant légal devra adresser annuellement à l'Institution, une déclaration sur l'honneur, avec la mention « non décédé » ou toute autre pièce justificative valant certificat de vie. De même, le bénéficiaire de la rente ou son représentant légal devra fournir tout justificatif que l'Institution pourrait être amenée à réclamer pour justifier de sa situation au regard des conditions fixées pour bénéficier de la rente. En cas de non production des éléments réclamés, le versement de la rente en cours peut être suspendu.

En tout état de cause, la rente cesse d'être due à compter du premier jour du trimestre suivant la date à laquelle le bénéficiaire ne remplit plus les conditions d'enfant à charge ou à la date de son décès.

Garantie invalidité absolue et définitive

La garantie invalidité absolue et définitive a pour objet le versement du capital décès par anticipation en cas d'état d'invalidité absolue et définitive, à compter de la consolidation de votre état.

Vous êtes considéré en état d'invalidité absolue et définitive si les conditions cumulatives suivantes sont remplies :

- reconnaissance par la Sécurité sociale d'une invalidité 3^{ème} catégorie ou d'une incapacité permanente totale égale à 100% au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ;

- vous êtes définitivement dans l'incapacité de vous livrer à une activité professionnelle ;
- votre état vous oblige à recourir, votre vie durant, à l'aide d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie courante.

L'éventuelle majoration du capital par accident n'est pas appliquée, sauf disposition particulière inscrite dans le récapitulatif des garanties en annexe.

Le versement du capital décès par anticipation met fin à la garantie décès sauf, le cas échéant, à la garantie double effet et aux garanties de rente en cas de décès.

Garanties incapacité temporaire de travail et invalidité

Garantie incapacité temporaire de travail

Objet de la garantie

En cas d'incapacité temporaire de travail, l'Institution vous verse des indemnités journalières complémentaires, sous réserve d'un éventuel contrôle médical.

Conditions d'ouverture

Vous êtes considéré en incapacité temporaire de travail lorsque, suite à un accident ou une maladie, vous remplissez les conditions suivantes :

- vous êtes temporairement inapte à l'exercice de votre activité professionnelle ;
- vous percevez des indemnités journalières versées par la Sécurité sociale au titre de l'Assurance Maladie ou de l'assurance des accidents de travail et des maladies professionnelles ;
- vous ne faites l'objet d'aucune mesure de suspension de maintien de salaire par votre employeur, suite à un contrôle médical qu'il aurait diligenté.

L'Institution se réserve le droit de vous soumettre à la procédure de contrôle médical prévue au paragraphe « Contrôle médical » ainsi que de vous demander la production d'un certificat médical établi par votre médecin.

Montant de la garantie

Les indemnités journalières sont calculées selon un pourcentage appliqué à votre traitement de référence, défini au récapitulatif des garanties en annexe.

Si vous reprenez le travail à temps partiel, et à condition que la Sécurité sociale maintienne le paiement de ses prestations en espèces, les indemnités journalières versées par l'Institution sont réduites à due proportion.

En tout état de cause, le montant des prestations est soumis au plafonnement prévu au paragraphe « Plafonnement des prestations ».

Les indemnités journalières sont revalorisées conformément aux dispositions du paragraphe « Revalorisation ».

Versement des prestations

Le versement des indemnités intervient au terme du délai de franchise défini dans le récapitulatif des garanties en annexe.

Les indemnités journalières sont réglées à votre employeur, tant que votre contrat de travail y compris pendant votre arrêt de travail n'est pas rompu, à charge pour lui de vous les reverser, nettes de charges sociales.

Après cessation de votre contrat de travail, elles vous sont versées directement.

Exonération de cotisations

Pendant toute la durée de votre arrêt de travail, vous êtes exonéré du paiement des cotisations afférentes aux garanties incapacité / invalidité / décès au terme du délai de franchise, et en tout état de cause au 91ème jour d'arrêt de travail total et continu si cette garantie n'a pas été souscrite par votre entreprise.

Cessation du versement des prestations

Les indemnités journalières complémentaires cessent de vous être versées :

- à la date de fin du versement des indemnités journalières par la Sécurité sociale ;
- à la date de reprise d'une activité professionnelle à temps complet ;
- au 1096^{ème} jour d'arrêt de travail ;
- à la date d'attribution par la Sécurité sociale d'une pension d'invalidité ou d'une rente d'incapacité permanente ;
- à la date de liquidation de votre pension vieillesse ;
- à la date de fin de votre contrat de travail en cas de cumul emploi-retraite ;
- à la suite d'un contrôle médical concluant à un arrêt de travail non justifié ou en cas de refus de contrôle médical.

Rechute

Si vous vous trouvez à nouveau en arrêt de travail dans les deux mois qui suivent la cessation du paiement des indemnités journalières complémentaires, vous n'êtes pas soumis à un nouveau délai de franchise, pour autant que le nouvel arrêt résulte de la même cause que le précédent, et que vous en apportiez la preuve par un certificat médical.

Garantie invalidité

Objet de la garantie

Si vous vous trouvez en situation d'invalidité permanente consécutive à une maladie ou un accident d'origine non professionnelle ou en cas d'incapacité permanente suite à un accident de travail ou une maladie professionnelle, l'Institution vous verse une rente.

Condition d'ouverture

Vous devez percevoir de la part de la Sécurité sociale une des deux prestations suivantes :

- une pension d'invalidité 1^{ère}, 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie ;
- une rente d'accident du travail ou de maladie professionnelle avec un taux d'incapacité permanente au moins égal à 50 %.

L'Institution se réserve le droit de vous soumettre à la procédure de contrôle médical prévue au paragraphe « Contrôle médical ».

Montant de la rente

Le montant de la rente est fixé au récapitulatif des garanties en annexe et s'entend brut de toutes charges sociales.

La rente est revalorisée conformément aux dispositions du paragraphe « Revalorisation ».

Rente invalidité

Le montant de la rente, déterminé en pourcentage de votre traitement de référence, est défini au récapitulatif des garanties en annexe. Ce taux dépend de votre classement par la Sécurité sociale en 1^{ère}, 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie d'invalidité.

Ce montant est exprimé hors majoration pour recours à une tierce personne.

Rente incapacité permanente

Si vous vous retrouvez en situation d'incapacité permanente suite à un accident du travail ou une maladie professionnelle, l'Institution vous verse une rente.

Le montant de la rente, déterminé en pourcentage de votre salaire de référence, est défini au récapitulatif des garanties en annexe. Ce taux dépend de votre taux d'incapacité permanente attribué par la Sécurité sociale.

Aucune rente n'est servie lorsque le taux d'incapacité permanente est inférieur à 50 %.

Versement de la rente

La rente vous est versée mensuellement à terme échu. Elle peut être versée à votre employeur si ce dernier en a fait la demande et que vous restez inscrit aux effectifs de l'entreprise.

Exonération de cotisations

Pendant toute la durée de votre arrêt de travail, vous êtes exonéré du paiement des cotisations afférentes aux garanties incapacité / invalidité / décès au terme du délai de franchise, et en tout état de cause au 91ème jour d'arrêt de travail total et continu si cette garantie n'a pas été souscrite par votre entreprise.

Cessation du versement de la prestation

La rente cesse d'être versée :

- à la date de cessation du versement des indemnités journalières par la Sécurité sociale ;
- à la date de reprise d'une activité professionnelle à temps complet ;
- à la date de liquidation de votre pension vieillesse y compris au titre de l'incapacité au travail ;
- à la suite d'un contrôle médical concluant à un arrêt de travail non justifié ou en cas de refus de contrôle.

Documents nécessaires au règlement des prestations

En complément de la demande de règlement de prestations dûment remplie, les documents justificatifs à fournir en cas de sinistre pour le paiement des prestations sont ceux prévus dans le tableau ci-dessous. Toutefois, l'Institution peut vous demander d'autres pièces justificatives destinées à compléter le dossier.

Documents justificatifs	Demande de prestation en cas de :			
	Décès	IAD	Incapacité temporaire	Invalidité
Demande de prestation				
Extrait d'acte de décès	.			
Copie des bulletins de salaire correspondant au traitement de référence	.	.	.	.
Copie des décomptes d'indemnités journalières de la Sécurité sociale			.	
Certificat médical détaillé précisant la nature de l'affection, la date de la première constatation médicale et la durée prévisible de l'arrêt de travail (à adresser sous pli confidentiel à l'attention du Médecin conseil)			.	.
Si rechute, certificat médical attestant que le nouvel arrêt résulte de la même affection			.	
Certificat médical précisant la nature et les circonstances du décès (à retourner sous pli confidentiel à l'attention du Médecin conseil)	.			
Facture acquittée de frais d'obsèques	.			
Rapport médical établi par le médecin traitant ou par le médecin ayant constaté l'IAD (à retourner sous pli confidentiel à l'attention du Médecin conseil)		.		
Demande écrite du participant ou de son représentant légal		.		
Copie de la notification d'attribution de la Sécurité sociale de la pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité permanente		.		.
Relevé d'identité bancaire	.	.	.	.
Justificatifs des salaires perçus en cas de reprise partielle d'activité ou attestation sur l'honneur de non-activité professionnelle			.	.
Attestation de l'adhérent indiquant les salaires bruts et nets (ou de tous les employeurs pour le participant ayant des employeurs multiples)			.	.

Demande de prestation en cas de : Documents justificatifs	Décès	IAD	Incapacité temporaire	Invalidité
Situation familiale				
Photocopie de l'avis d'imposition sur les revenus du participant (et éventuellement de ceux du conjoint)	•	•	•	•
Copie intégrale de l'acte de naissance de chaque bénéficiaire	•			
Copie du livret de famille du participant	•	•		
Certificat de scolarité et/ou pièces justifiant la qualité d'enfant à charge ⁽¹⁾	•	•		
Certificat de vie ⁽¹⁾	•	•		
Copie de l'ordonnance ou du jugement de tutelle ⁽²⁾	•	•		
Acte de notoriété établissant la dévolution successorale	•			
Attestation du Pacte Civil de Solidarité	•	•		
Justificatifs de domicile commun en cas de concubinage (avis d'imposition, facture EDF, bail commun, attestation d'assurance...)	•	•		
Procès-verbal de la police ou de la gendarmerie en cas d'accident	•	•		

(1) Document à remettre annuellement si la garantie rente éducation est prévue au récapitulatif des garanties en annexe

(2) Document à fournir lorsque l'application de la garantie dépend des enfants ou des personnes à charge du participant

Annexe : Récapitulatif des garanties souscrites

Catégorie de personnel garantie

La population concernée par le présent régime est constituée, à titre obligatoire, de l'ensemble du personnel employé relevant de la CCN du personnel des entreprises de restauration de collectivités, **ayant au moins 6 mois d'ancienneté continue dans l'Entreprise**, en activité, inscrit sur les contrôles de l'Adhérent.

Information - Réclamation

Pour toute information ou réclamation relative à l'exécution du présent contrat, vous devez adresser votre demande à l'organisme en charge de la gestion de votre contrat :

GRAS SAVOYE WILLIS TOWERS WATSON
33 Quai de Dion Bouton
CS 70001
92 814 PUTEAUX CEDEX

Détail des garanties

NATURE DES GARANTIES	MONTANT DES PRESTATIONS
DECES	
Montant des prestations exprimées en % du salaire annuel brut	TA/TB
Capital Décès / IAD toutes causes	limité à 250% du salaire annuel brut (1)
Quelle que soit la situation de famille	150%
Majoration par enfant à charge	25%
Rente d'éducation par enfant à charge	Rente éducation substitutive à la majoration par enfant à charge du capital décès/IAD toutes causes
Double effet (à répartir entre les enfants à charge)	
Capital en pourcentage du capital décès / IAD toutes causes	100%
Frais d'obsèques	
Assuré	100% des FR limités à 25% du PMSS
Enfant (limité aux frais réels pour enfant < 12 ans)	100% des FR limités à 40% du PMSS
Supplément si rapatriement de corps (assuré, enfant à charge)	100% des FR limités à 30% du PMSS

NATURE DES GARANTIES	MONTANT DES PRESTATIONS		
INCAPACITE / INVALIDITE			
Montant des prestations exprimées en % du salaire annuel brut	TA/TB		
Incapacité	(2)		
Accident / Maladie Vie Privée	Ancienneté	Franchise continue	Montant y compris prestations Sécurité sociale brutes
	6 mois ≤ x < 12 mois	20 jours	90% jusqu'au 183 ^{ème} jour
	12 mois ≤ x < 36 mois	6 jours	70% jusqu'au 24 ^{ème} mois
	≥ 36 mois	3 jours	90% jusqu'au 183 ^{ème} jour 70% jusqu'à la fin des prestation Sécurité sociale
Accident de travail / Maladie professionnelle (y compris accident de trajet)	6 mois ≤ x < 36 mois	1 jour	90% jusqu'au 183 ^{ème} jour
			83% du 184 ^{ème} jusqu'au 240 ^{ème} jour
			70% jusqu'au 24 ^{ème} mois
	x ≥ 36 mois	1 jour	90% jusqu'au 183 ^{ème} jour 83% du 184 ^{ème} jusqu'au 240 ^{ème} jour 70% jusqu'à la fin des prestation Sécurité sociale
Invalidité	(2)		
3e catégorie - Y compris prestations Sécurité sociale brutes	80%		
2e catégorie - Y compris prestations Sécurité sociale brutes	80%		
1e catégorie - Y compris prestations Sécurité sociale brutes	60%		
Invalidité suite à maladie professionnelle ou accident du travail (Incapacité permanente)	(2)		
Taux d'incapacité (N) supérieur ou égal à 50% - Prestations y compris prestations Sécurité sociale brutes	80%		
Taux d'incapacité (N) inférieur à 50%	néant		
ASSISTANCE	IMA		

(1) Les ascendants tels que définis aux conditions générales sont assimilés aux enfants à charge

(2) Pour le Participant ayant moins de 36 mois d'ancienneté à la date de l'arrêt, l'indemnisation est limitée à 24 mois. Après épuisement des droits, en cas de rechute pour la même maladie, le Participant pourra bénéficier d'une nouvelle indemnisation après une reprise de travail d'au moins 60 jours continus.

Accident : Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part du Participant, ou du bénéficiaire du capital garanti, provenant exclusivement de l'action soudaine d'une cause extérieure, à l'exclusion de toute maladie, même si elle se manifeste sous une apparence accidentelle (notamment affection cardiovasculaire, rupture d'anévrisme, attaque cérébrale, etc.) / **ATMP** : Accident du Travail et Maladie Professionnelle / **CVD** : Célibataire - Veuf - Divorcé / **IAD** : Invalidité Absolue Définitive / **IPP** : Incapacité Permanente Partielle / **IPT** : Incapacité Permanente Totale / **PASS** : Plafond Annuel de la Sécurité sociale en vigueur au 1er janvier de l'exercice au cours duquel s'est produit l'évènement / **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale / **TA** : Tranche A. Fraction de la rémunération limitée au montant du PASS / **TB** : Tranche B. Fraction de la rémunération comprise entre 1 et 4 fois le montant du PASS / **TC** : Tranche C. Fraction de la rémunération comprise entre 4 et 8 fois le montant du PASS / **TD** : Tranche D. Fraction de la rémunération comprise entre 8 et 12 fois le montant du PASS / **Taux d'incapacité "N"** : correspond au taux d'incapacité reconnu par la Sécurité sociale en vigueur au 1er janvier de l'exercice au cours duquel s'est produit l'évènement.

Sociétés bénéficiant du présent régime

Liste des filiales de la SAS ELIOR RCF FRANCE relevant de la CCN du personnel des entreprises de restauration de collectivités :

N° SIRET	NOM DES SOCIETES
413 901 760 265 95	ELIOR ENTREPRISES
830 734 786 000 15	EGEE SERVICES I
662 025 196 603 47	ELRES
507 600 559 000 29	SORESET LE RESTAU VERT
334 159 472 004 58	ARPEGE
830 735 056	CENTRE D'EXPERTISES ELIOR RC FRANCE
