

PROTECTEURS D'AVENIRS

NOTICE D'INFORMATION PRÉVOYANCE

SAFRAN

Édition 2026



38-42 rue Cuvier – CS 80 002 – 93102 Montreuil Cedex

Tél : 01 58 64 41 00

www.uniprevoyance.fr

Institution de Prévoyance régie par le code de la Sécurité Sociale

L'autorité chargée du contrôle de l'Institution est l'Autorité de Contrôle Prudentiel
et de Résolution (ACPR) située : 4, place de Budapest – CS 92459 – 75436 PARIS CEDEX 09

Notice d'information du régime de prévoyance du Groupe SAFRAN

Cette notice d'information présente les garanties dont vous bénéficiez à titre obligatoire en tant que salarié du **Groupe SAFRAN** (ci-après dénommé « **L'adhérent** »), à compter de votre date d'affiliation.

Ce régime de PREVOYANCE a été souscrit par votre employeur auprès de :

- **UNIPRÉVOYANCE**, Institution de prévoyance régie par le code de la Sécurité sociale (ci-après dénommée « **L'Institution** ») pour les garanties décès, incapacité de travail, invalidité et perte totale et irréversible d'autonomie,
- **OCIRP**, Union d'institutions de prévoyance régie par le Code de la sécurité Sociale (ci-après dénommée « **OCIRP** ») pour les garanties rente éducation et rente de conjoint.

Le salarié ou l'ancien salarié couvert par l'Institution est affilié au contrat et acquiert ainsi la qualité de membre participant de l'Institution (ci-après dénommé « **Participant** » ou « **Assuré** »).



Vos références

Votre numéro de contrat
2100 0470

Date d'effet du contrat
01/01/2025

Date d'effet des dispositions
de la notice d'information :
01/01/2026

GROUPE ASSURE :

- **ENSEMBLE DU PERSONNEL**, y compris salariés détachés ou en mission, affilié à la Sécurité sociale française, sous contrat de travail,
- **SALARIES EXPATRIES**, affiliés à la Caisse des Français de l'Etranger, sous contrat de travail,

Il est précisé que l'admission au titre de la garantie INCAPACITÉ – INVALIDITÉ intervient à compter de la reprise de travail.

Les anciens salariés bénéficiant du maintien de leurs garanties prévoyance au titre du contrat antérieurement souscrit par l'adhérent se voient appliquer les dispositions du contrat pour la période de maintien restant à courir ou jusqu'à l'expiration de leurs droits

Notice d'information établie le 11/12/2025.

Sommaire

1 Vos garanties Prévoyance au 1^{er} janvier 2026	4
1.1 Tableau des garanties assurées	4
1.2 Régime à options.....	8
1.3 Définitions	8
2 Dispositions générales	11
2.1 L'adhésion au contrat	11
2.2 Organisme gestionnaire	11
2.3 La territorialité	11
2.4 La durée des garanties.....	11
2.5 Les prestations	12
2.6 La base de calcul des prestations et des cotisations	12
2.7 Révision des conditions de garantie	13
2.8 Les exclusions	13
2.9 La prescription	14
2.10 La législation relative au traitement des données à caractère personnel ou l'utilisation des données personnelles	15
2.11 En cas de réclamation	18
2.12 Les sanctions internationales	19
2.13 Les dispositions relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme	20
2.14 La fausse déclaration et la fraude	20
3 En cas de décès.....	21
3.1 La garantie décès toutes causes.....	21
3.2 Définition des bénéficiaires.....	22
3.3 La revalorisation des capitaux en cas de décès.....	23
3.4 La garantie rente de conjoint survivant	24
3.5 La garantie rente éducation.....	25
3.6 La garantie frais d'obsèques	25
4 En cas d'arrêt de travail	27
4.1 La garantie incapacité temporaire de travail	27
4.2 Les indemnités journalières complémentaires en cas de maladie ou d'accident	28
4.3 Invalidité permanente	29
4.4 Les dispositions applicables en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle ..	30
4.5 Reprise partielle d'activité.....	31
4.6 La revalorisation des conditions de garantie	31
4.7 L'exonération des cotisations	31
4.8 Engagement et modalités de versement.....	31
5 Pour les salariés expatriés	32
5.1 Définition	32
5.2 Modalités d'adhésion	32
5.3 Territorialité	32
5.4 Base de calcul des cotisations et des prestations.....	32
5.5 Autres dispositions.....	32
6 Les dispositions relatives aux maintiens	33
6.1 Maintien des garanties au titre de la « portabilité des droits »	33

6.2	Maintien des garanties décès aux participants en arrêt de travail	34
6.3	Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail donnant lieu au versement d'un revenu de remplacement par l'employeur.....	35
6.4	Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail en période de réserves militaires ou policières.....	36
6.5	Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail non rémunéré	36
6.6	Maintien aux bénéficiaires du dispositif national de préretraite amiante	38
6.7	Régime optionnel pour les salariés à temps partiel -	41
7	Le fonds social et l'assistance	43
7.1	Le fonds social.....	43
7.2	L'assistance Confort prévoyance	43
8	Les modalités d'ouverture du droit à prestation et le délai de transmission des pièces justificatives.....	49

1 Vos garanties Prévoyance au 1^{er} janvier 2026

1.1 Tableau des garanties assurées

Attention : seules les garanties expressément mentionnées dans le tableau ci-dessous peuvent donner lieu à indemnisation.

Garanties Montant exprimé en pourcentage de la base de prestation Tranche A / Tranche B / Tranche C			
	Formule 1	Formule 2	Formule 3
La garantie décès en capital			
En cas de décès du participant			
Versement d'un capital en fonction de la situation de famille du participant :			
- Participant célibataire, veuf, divorcé, séparé judiciairement sans enfant à charge :	250%	250%	250%
- Participant marié, lié par un pacte civil de solidarité ou vivant en concubinage sans enfant à charge :	325%	325%	250%
- Participant célibataire, veuf, divorcé, séparé judiciairement avec un enfant à charge :	325%	200%	250%
- Participant marié, lié par un pacte civil de solidarité ou vivant en concubinage avec un enfant à charge :	400%	250%	250%
- Majoration du capital par enfant à charge à compter du 2ème :	75%	Néant	Néant
En cas de perte totale et irréversible d'autonomie du participant (PTIA)			
Versement par anticipation d'un capital :	100% du capital décès et de la rente éducation de la Formule 1		
Capital minimum garanti pour le participant célibataire, veuf, divorcé ou séparé judiciairement :	400%		
Le versement de ce capital met fin à la garantie décès en capital.			
En cas de décès du conjoint après celui du participant ou simultanément (double effet)			
Pour les participants mariés, liés par un pacte civil de solidarité ou vivant en concubinage			
Versement d'un capital supplémentaire réparti par parts égales entre les enfants à charge :	100% du capital décès de la Formule 1		
Frais d'obsèques en cas de décès du conjoint			
Pour les participants mariés, liés par un pacte civil de solidarité ou vivant en concubinage			
Versement d'une allocation, dans la limite des frais réellement engagés :	100% du PMSS		
Frais d'obsèques en cas de décès d'un enfant à charge			
Versement d'une allocation, dans la limite des frais réellement engagés :	100% du PMSS		

Garanties
Montant exprimé en pourcentage de la
base de prestation
Tranche A / Tranche B / Tranche C

Formule 1 Formule 2 Formule 3

La garantie décès accidentel

En cas de décès accidentel du participant

Versement d'un capital supplémentaire

- Quelle que soit la situation de famille :
 - + 50% du capital décès toutes causes
 - + 50% de la rente éducation assurée par l'OCIRP

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie du participant par accident (PTIA)

Versement par anticipation :

- Capital décès :
 - 100% du capital décès de la Formule 1
 - La majoration ne s'applique pas au capital minimum garanti de 400% pour le participant célibataire, veuf, divorcé ou séparé judiciairement
- Rente éducation :
 - + 50% de la rente éducation de la Formule 1 assurée par l'OCIRP

Le versement anticipé met fin à la garantie décès accidentel.

La garantie rente éducation assurée par l'OCIRP

En cas de décès d'un participant ayant un ou plusieurs enfant(s) à charge, versement d'une rente éducation dont le montant dépend de l'âge de l'enfant

- Jusqu'à 11 ans	4%	15%	8%
- de 12 ans à 18 ans	6%	20%	10%
- de 19 ans à 26 ans	8%	25%	12%

Le salaire de référence minimum est égal à un plafond annuel de la sécurité sociale

La rente est servie directement à l'enfant s'il est majeur.

Les enfants âgés de 21 ans et plus doivent justifier d'une poursuite d'études ou de leur qualité de primo-demandeur d'emploi.

Les enfants handicapés et les enfants reconnus invalides de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie bénéficient d'une prolongation du versement de la rente éducation au-delà de 26 ans et sans limitation de durée.

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

Cette rente est versée mensuellement à terme échu.

Garanties
Montant exprimé en pourcentage de la
base de prestation
Tranche A / Tranche B / Tranche C

Formule 1 Formule 2 Formule 3

La garantie rente de conjoint assurée par l'OCIRP

Rente viagère en cas de décès d'un participant en couple

Pour les participants mariés, liés par un pacte civil de solidarité ou vivant en concubinage

Service d'une rente tant que le conjoint est en vie, d'un montant annuel égal au résultat de la multiplication des 2 facteurs ci-dessous :

- le pourcentage suivant :

• participant avec un ou plusieurs enfants à charge	Néant	Néant	0,35%
• participant sans enfant à charge	Néant	Néant	0,50%

- le nombre d'années comprises entre l'âge légal de liquidation de la pension de retraite à taux plein et l'âge du participant à son décès (calculé par différence de millésimes), avec un minimum de 5 ans.

Cette rente est versée à terme échu, à la fin de chaque trimestre civil.

Rente temporaire en cas de décès d'un participant en couple

Pour les participants mariés, liés par un pacte civil de solidarité ou vivant en concubinage

Service d'une rente temporaire, d'un montant annuel égal au résultat de la multiplication des 2 facteurs ci-dessous :

- le pourcentage suivant	Néant	Néant	0,25%
- le nombre d'années comprises entre l'âge du participant à son décès (calculé par différence de millésimes) et 25 ans			

Cette rente est servie :

- tant que le conjoint ne bénéficie pas de la pension de réversion du régime complémentaire AGIRC-ARRCO
- tant que le partenaire lié par un pacs ou le concubin n'a pas atteint l'âge auquel il aurait pu prétendre à ladite réversion.

La garantie incapacité temporaire de travail

Incapacité physique totale constatée médicalement, pour le participant, d'exercer son activité professionnelle par suite de maladie, de maternité ou d'accident, donnant lieu au versement de prestations par la Sécurité Sociale. La fin des prestations est déterminée par la consolidation, la guérison, ou le décès.

Pour les salariés dont l'ancienneté est supérieure ou égale à 1 an, le versement des prestations intervient en relais de la Convention Collective applicable dès que le salaire n'est plus maintenu dans son intégralité par l'employeur.

Pour les salariés ayant moins d'un an d'ancienneté, ne disposant d'aucun droit au titre des obligations conventionnelles, l'indemnisation intervient après 90 jours d'arrêt continus de travail.

Au titre de la garantie incapacité temporaire de travail, la base de calcul de la prestation journalière est celle définie ci-dessous et divisée par 365.

L'ensemble des prestations perçues par le participant ne pourra être supérieur au salaire net du participant. L'ensemble des prestations regroupe la rémunération versée par l'employeur, les prestations versées en application du présent contrat, celles servies par la Sécurité Sociale et par tout autre organisme de prévoyance collective obligatoire ou celles versées par l'assurance chômage. S'il n'en était pas ainsi, les prestations seraient alors réduites à due concurrence.

Pendant 180 jours :

100% sous déduction des IJSS et du maintien de salaire employeur

A partir du 181^{ème} jour :

89% sous déduction des IJSS si le salaire est partiellement maintenu par l'employeur

85% sous déduction des IJSS s'il n'y a pas de maintien de salaire par l'employeur, même partiel.

Garanties
Montant exprimé en pourcentage de la
base de prestation
Tranche A / Tranche B / Tranche C

Formule 1 Formule 2 Formule 3

La garantie invalidité permanente

En cas d'invalidité permanente d'origine non professionnelle

Les prestations sont calculées sur les salaires bruts imposables correspondant aux salaires pris en compte dans la base de calcul des prestations, sous déduction de la prestation servie par la Sécurité sociale. Le montant annuel de la rente est fonction de la catégorie d'invalidité dans laquelle le participant est classé :

1ère catégorie

Rente 52%

2ème catégorie

Rente 85%

3ème catégorie

Rente 90%

L'ensemble des prestations perçues par le participant ne pourra être supérieur au salaire net du participant. L'ensemble des prestations regroupe la rémunération versée par l'employeur, les prestations versées en application du présent contrat, celles servies par la Sécurité Sociale et par tout autre organisme de prévoyance collective obligatoire ou celles versées par l'assurance chômage. S'il n'en était pas ainsi, les prestations seraient alors réduites à due concurrence.

En cas d'incapacité permanente d'origine professionnelle

Les prestations sont calculées sur les salaires bruts imposables correspondant aux salaires pris en compte dans la base de calcul des prestations, sous déduction de la prestation servie par la Sécurité sociale. Le montant annuel de la rente est fonction du taux d'invalidité dans laquelle nous classons le participant

Taux d'incapacité permanente professionnelle compris entre 33% et 65%

Rente $3N/2 \times 85\%$

Taux d'incapacité permanente professionnelle supérieur ou égal à 66%

Rente 85%

Taux d'incapacité permanente professionnelle supérieur ou égal à 66% et obligation de recourir à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie

Rente 90%

L'ensemble des prestations perçues par le participant ne pourra être supérieur au salaire net du participant. L'ensemble des prestations regroupe la rémunération versée par l'employeur, les prestations versées en application du présent contrat, celles servies par la Sécurité Sociale et par tout autre organisme de prévoyance collective obligatoire ou celles versées par l'assurance chômage. S'il n'en était pas ainsi, les prestations seraient alors réduites à due concurrence.

1.2 Régime à options

La garantie décès décrite à l'article [1.1 Tableau des garanties assurées](#) ci-dessus a pour objet, selon l'option retenue :

- FORMULE 1 : versement d'un capital décès (hors décès accidentel) + rente éducation
- FORMULE 2 : versement d'un capital réduit (hors décès accidentel) + rente éducation
- FORMULE 3 : versement d'un capital réduit (hors décès accidentel) + rente éducation + rente de conjoint

Le participant exprime son choix lors de son affiliation par les moyens mis à sa disposition, soit :

- déclaration via internet (solution à privilégier) en se connectant sur le site dédié de VIVINTER,
- déclaration papier en complétant le formulaire mis à disposition (en original sans ratures) et en l'adressant par courrier postal à VIVINTER

En l'absence de choix formel du participant, le choix de formule est effectué par le ou les bénéficiaire(s) dans les 3 mois qui suivent le décès du participant.

Lorsque le ou les bénéficiaire(s) ne jouissent pas de la capacité juridique, le choix est effectué par leur représentant légal.

En tout état de cause, la FORMULE 1 sera obligatoirement retenue par l'Institution :

- en cas d'incohérence entre la formule choisie initialement par le participant et la situation de famille constatée lors de son décès (plus de conjoint...)
- en cas de désaccord sur le choix de formule entre les bénéficiaires, ou entre ces derniers et les enfants à charge.

Tout choix non porté à la connaissance du gestionnaire avant le paiement des prestations prévues au contrat lui est inopposable.

Le participant peut modifier son choix :

- sur le site dédié VIVINTER, la prise d'effet de la modification est alors immédiate.
- ou en complétant le formulaire mis à disposition (en original sans ratures) et en l'adressant par courrier postal à VIVINTER, la prise d'effet de la modification est la date d'envoi du courrier, attestée par le cachet de la Poste faisant foi.

Le changement de formule n'est plus possible si le participant a bénéficié de la garantie en cas de perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA).

1.3 Définitions

Accident

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

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

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

Le capital supplémentaire est versé dans les mêmes conditions que celles prévues pour la garantie capital décès, soit aux bénéficiaires du participant, soit au participant lui-même (ou à son représentant légal) si l'accident dont il est victime conduit à une perte totale et irréversible d'autonomie.

Accueil de l'enfant

La notion d'accueil de l'enfant renvoie aux congés de maternité (tel que défini à l'article L. 1225-17 du Code du travail), d'adoption (tel que défini à l'article L. 1225-37 du Code du travail), de paternité et d'accueil de l'enfant (tels que définis à l'article L. 1225-35 du Code du travail).

Conjoint

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

Est assimilé au conjoint :

- **le partenaire lié par un PACS**

Personne quel que soit son sexe, ayant conclu avec le participant un pacte civil de solidarité dans les conditions fixées par les articles 515-1 à 515-7-1 du Code civil.

- **le concubin**

Personne avec laquelle le participant vit en concubinage au sens de l'article 515-8 du Code civil justifiant d'une durée d'au moins 3 ans (ce délai n'est pas nécessaire en cas de naissance d'un enfant).

Le concubin ne doit ni être marié à un tiers, ni être lié par un pacte civil de solidarité à un tiers. Il doit prouver sa domiciliation à la même adresse que le participant par la production notamment, d'une copie du dernier avis d'imposition.

Deuil de l'enfant

La notion de deuil de l'enfant renvoie au congé tel que défini à l'article L. 3142-1-1 du Code du travail.

Enfants à charge

Sont considérés comme enfants à charge les enfants du salarié et ceux de son conjoint (ou assimilé conjoint), qu'ils soient reconnus, adoptés ou recueillis, dans la mesure où ils répondent aux conditions suivantes.

D'une part :

- ils sont âgés de moins de 21 ans,
- ou sont âgés d'au moins 21 ans et jusqu'à 26 ans révolus et remplissent l'une des conditions suivantes :
 - être sous contrat d'apprentissage,
 - suivre des études secondaires ou supérieures, ou une formation en alternance,
 - être inscrits à l'assurance chômage en qualité de primo-demandeur d'emploi ; les enfants ayant suivi une formation en alternance et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo-demandeurs d'emploi,
- ou, quel que soit leur âge, s'ils perçoivent une des allocations pour adultes handicapés, ou lorsqu'ils sont reconnus invalides 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie.
- les enfants qui naissent dans les 300 jours suivant le décès du salarié, s'ils naissent viables.

D'autre part :

- ils vivent sous le même toit,
- ou sont fiscalement à charge du salarié soit au niveau du quotient familial, soit par la perception d'une pension alimentaire versée par le salarié et déduite de ses revenus,
- ou sont fiscalement à la charge du conjoint (ou assimilé conjoint) du salarié.

Par ailleurs, sont également considérés comme enfants à charge les enfants recueillis, dont ceux de l'ex-conjoint éventuel, du conjoint (ou assimilé conjoint), du salarié décédé, qui ont vécu au foyer jusqu'au moment du décès du salarié et dont leur autre parent n'est pas tenu au versement d'une pension alimentaire.

Dans les conditions telles que précédemment définies, les enfants sont considérés comme étant à charge jusqu'à la fin du trimestre civil au cours duquel ils atteignent leur 21ème anniversaire ou 26ème anniversaire ou jusqu'à la fin du trimestre civil suivant la fin des études ou suivant la fin du versement des allocations pour adultes handicapés ou le classement en 2ème ou 3ème catégorie d'invalidité.

En cas de décès d'un enfant à charge au sens de la présente définition, la prise en compte de cet enfant cesse le jour même de son décès. Les enfants nés viables moins de 300 jours après le décès de l'assuré rentrent en considération pour la détermination des prestations.

Déclaration des sinistres

Les enfants âgés de 21 ans et plus et jusqu'à 26 ans qui suivent des études secondaires ou supérieures ou une formation en alternance, justifieront de leur statut d'étudiant par la fourniture du certificat de scolarité de l'année scolaire en cours, en lieu et place de la preuve d'une affiliation au régime de la Sécurité sociale Etudiant.

Notice d'information

Document qui permet à l'assuré de connaître le fonctionnement du contrat d'assurance, en particulier des garanties.

PACS

Pacte civil de solidarité.

Partenaire

Personne liée à l'assuré par un PACS.

PASS

Plafond annuel de la Sécurité sociale.

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

La PTIA est assimilée au décès si l'état du participant le conduit à remplir les conditions suivantes :

- se produire au cours de la période d'assurance ;
- être classé en 3e catégorie d'invalidité par la Sécurité sociale ou s'être vu attribué un taux d'incapacité permanente de 100 % au titre de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles ;
- et bénéficier de la majoration pour l'assistance d'une tierce personne ;
- en outre, il doit être dans l'incapacité d'exercer toute activité lui procurant gain ou profit.

Afin que le participant bénéficie du versement anticipé du capital, son état de PTIA doit être reconnu par l'Institution.

Pour déterminer le montant du capital à verser, l'Institution prend en compte la situation de famille à la date à laquelle elle reconnaît l'état de PTIA.

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

PMSS

Plafond mensuel de la Sécurité sociale.

Sécurité sociale

Régime d'assurance maladie obligatoire de base, prenant en charge notamment les prestations en espèces pour cause de maladie, d'invalidité, d'*accident du travail ou de maladie professionnelle*. Ce régime est régi par le Code de la Sécurité sociale français.

2 Dispositions générales

2.1 L'adhésion au contrat

Sont garantis tous les salariés sous contrat de travail, appartenant au groupe assuré défini en page 1 de la présente notice, sous réserve des dispenses d'adhésion prévues par l'adhérent, lesquelles s'exercent sous la responsabilité de ce dernier.

De même, les mandataires sociaux assimilés salariés au sens du Code de la Sécurité sociale bénéficient du contrat s'ils appartiennent au groupe assuré, sous réserve d'y avoir été dûment autorisés par l'entreprise adhérente dans le respect des conditions prévues par le Code de la Sécurité sociale et du Code de commerce.

2.2 Organisme gestionnaire

L'organisme gestionnaire désigné est :

SIACI SAINT HONORE (ci-après dénommé « **Le gestionnaire** »), Inscrit au Registre du Commerce et des Sociétés de Paris sous le n°572 059 939, dont le siège social est situé à 39 rue Mstislav Rostropovitch – 75017 PARIS.

En conséquence, l'organisme gestionnaire est l'interlocuteur auprès de l'adhérent, des participants et leurs ayants droit pour toutes les opérations qui lui sont déléguées.

Ainsi, les demandes de prestations, la transmission des pièces justificatives et le cas échéant, les demandes de maintien de garanties sont effectuées auprès du délégataire conformément à l'article [8](#) Les modalités d'ouverture du droit à prestation et le délai de transmission des pièces justificatives.

Le gestionnaire est aussi désigné sous sa marque **VIVINTER**.

2.3 La territorialité

Le participant bénéficie des garanties lorsqu'il exerce son activité sur le territoire français, et hors de ce territoire :

- lors de missions ou déplacements professionnels,
- ou à l'occasion d'un détachement ou d'une expatriation.

Pour ce dernier cas, se reporter à l'article [5 Pour les salariés expatriés](#).

2.4 La durée des garanties

2.4.1 Le début des garanties

Les garanties sont acquises :

- dès l'adhésion du participant au contrat et, au plus tôt, à la date d'effet du contrat d'adhésion, précisée en page 2.
- à la date d'entrée dans le groupe assuré lorsque le participant en devient membre après la date d'effet du contrat.

Pour le participant en arrêt de travail pour maladie ou accident à la date d'effet du contrat ou à la date d'entrée dans le groupe assuré, les garanties en cas d'arrêt de travail n'entrent en vigueur qu'à la date de reprise effective du travail.

2.4.2 Les formalités d'affiliation

Les formalités d'affiliation sont les suivantes :

- choisir la formule de garanties en cas de décès,
- transmettre toute déclaration et justificatifs nécessaires.

Les éléments ci-dessus doivent être transmis dans les trente jours qui suivent la date d'affiliation demandée par l'adhérent.

2.4.3 La fin des garanties

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

- **résiliation du contrat d'adhésion, sous réserve des dispositions prévues à l'article [6.2 Maintien des garanties décès aux participants en arrêt de travail](#),**
- **départ du participant de l'entreprise adhérente ou du groupe assuré visé,**
- **liquidation de la retraite de Sécurité Sociale excepté en cas de cumul emploi-retraite.**

En cas de souscription d'un nouveau contrat auprès d'un nouvel assureur, les rentes et prestations périodiques en cours de service sont maintenues jusqu'à leur échéance normale au niveau atteint à la date de la résiliation et sans revalorisation ultérieure.

En tout état de cause, l'adhésion prend fin de plein droit en cas de disparition de l'entreprise adhérente ou lorsque le groupe assuré a disparu. Le salarié perd également la qualité de membre participant lorsqu'il cesse d'appartenir au groupe assuré concerné.

2.5 Les prestations

Le montant et les modalités de service des prestations sont définis à l'article [1.1 Tableau des garanties assurées](#) ci-dessus ainsi qu'aux Titres propres à chaque garantie ci-après.

2.6 La base de calcul des prestations et des cotisations

La base de calcul des prestations servant à déterminer le montant des prestations de prévoyance est égale au salaire brut annuel du participant des 12 mois civils ayant précédé l'événement ouvrant droit à prestations (période de référence).

Elle est identique à la base de calcul des cotisations.

Elle est limitée aux tranches de salaires suivantes :

- TA : fraction au plus égale au salaire limité à un plafond annuel Sécurité sociale ;
- TB : fraction de salaire supérieure à un plafond annuel Sécurité sociale et limitée à 4 plafonds annuels Sécurité sociale ;
- TC : fraction de salaire supérieure à 4 plafonds annuels Sécurité sociale et limitée à 8 plafonds annuels Sécurité sociale.

Pour la garantie rente éducation, la base de calcul des prestations est au moins égale au plafond annuel de la Sécurité Sociale.

Si la période de référence est inférieure à douze mois, la base de calcul des prestations est rétablie sur une base annuelle.

Si la durée de travail du participant évolue au cours de la période de référence (exemple passage d'un temps plein à un temps partiel), la base de calcul des prestations est rétablie sur une base annuelle correspondant au contrat de travail en vigueur à la date ouvrant droit à prestation.

Pour les cas particuliers de maintien des garanties, il convient de se référer aux articles :

[6.3 Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail](#), [6.4 Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail en période de réserves militaires ou policières](#) et [6.5 Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail non rémunéré](#).

2.7 Révision des conditions de garantie

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

2.8 Les exclusions

Ce qui n'est pas garanti :

● **Ensemble des garanties : Garanties Décès toutes causes - Décès accidentel – Perte totale et irréversible d'autonomie et Perte totale et irréversible d'autonomie accidentelle – double effet – rente éducation – rente de conjoint – frais d'obsèques - Incapacité – Invalidité.**

Sont exclus le décès ou la perte totale et irréversible d'autonomie et l'arrêt de travail résultant :

- d'un suicide ou tentative de suicide du participant au cours de la première année d'adhésion. 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 décembre 1989, pour des garanties et des niveaux de garanties identiques, sans qu'il y ait eu interruption de garanties, le délai d'un an est supprimé,
- d'une guerre civile ou étrangère, invasions, agressions étrangères, hostilités (que la guerre soit déclarée ou non), étant précisé que les cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et accomplissement du devoir professionnel sont garantis,
- de la participation active du participant à une guerre, une rébellion, une révolution, 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 accomplissement du devoir professionnel sont garantis,
- d'un déplacement ou séjour dans une des régions ou un des pays formellement déconseillés par le Ministère français des Affaires Étrangères pour une raison autre que l'accomplissement du devoir professionnel.

Pour l'assuré déjà présent sur les lieux à titre privé au moment de l'inscription dans la liste des pays/régions et/ou zone formellement déconseillés, l'exclusion ne s'applique qu'après un délai de trente jours après l'inscription dudit pays/région et/ou zone.

● **Garanties Décès accidentel – Incapacité – Invalidité – Perte totale et irréversible d'autonomie, suite à accident**

Sont exclus le décès ou la perte totale et irréversible d'autonomie accidentels et l'arrêt de travail occasionnés par un accident résultant :

- du fait intentionnel du bénéficiaire ou du participant,
- des conséquences directes ou indirectes de la désintégration du noyau atomique.

● **Garantie Décès accidentel – Perte totale et irréversible d'autonomie suite à un accident**

Sont exclus le décès ou la perte totale et irréversible d'autonomie accidentels occasionnés par un accident résultant :

- de la pratique 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 périmée.
 L'exclusion ne s'applique pas si l'accident intervient lors d'un vol d'essai réalisé par le participant dans le cadre de son activité professionnelle.
 - avec l'utilisation d'un deltaplane, d'un parapente, d'un appareil ultra léger motorisé (ULM) ou de tout engin assimilé, sauf baptême et/ ou initiation encadrés par du personnel qualifié, titulaire des autorisations nécessaires.
 - 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, et pour une raison autre que l'accomplissement du devoir professionnel.

Enfin, sont exclus le décès ou la perte totale et irréversible d'autonomie accidentels occasionnés par le participant :

- si le participant en tant que conducteur est sous l'emprise de boissons alcoolisées attestée par un taux d'alcoolémie égal ou supérieur à celui défini par le Code de la circulation routière en vigueur au moment de l'accident,
- si le participant en tant que conducteur est sous l'emprise de stupéfiants ou de substances médicamenteuses en l'absence ou en dehors des limites des prescriptions médicales,
- ainsi que les accidents occasionnés par le participant, résultant :
 - d'attentat ou d'actes de nature terroriste utilisant directement ou indirectement toute arme ou toute matière, qu'elles soient radioactives, d'origine chimique ou d'origine bactériologique ou virale,
 - de l'action directe ou indirecte de tout agent biologique.

Les exclusions relatives au décès s'appliquent au conjoint du participant pour la garantie Double Effet.

2.9 La prescription

Conformément aux dispositions des articles L.932-13 et L. 932-13-3 du Code de la Sécurité sociale, toute action dérivant du contrat se prescrit par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- 1) en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Institution en a eu connaissance ;
- 2) en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Lorsque l'action de l'adhérent ou du participant contre l'Institution a pour cause le recours d'un tiers, le délai de 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 5 ans en ce qui concerne l'incapacité de travail.

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

Pour les contrats couvrant le risque décès, nonobstant les dispositions du 2), les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard 30 ans à compter du décès du participant.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique avec accusé de réception adressé par l'Institution à l'adhérent ou au participant en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par le participant ou le bénéficiaire à l'Institution en ce qui concerne le règlement de la prestation. Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont :

- La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait qui interrompt le délai de prescription (Article 2240 du Code civil).
- La demande en justice, même en référé, qui interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (Article 2241 du Code civil).
- L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance (Article 2242 du Code civil).
- L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée (Article 2243 du Code civil).
- Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (Article 2244 du Code civil).
- L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers. En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu. Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers (Article 2245 du Code civil).
- L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution (Article 2246 du Code civil).

Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

2.10 La législation relative au traitement des données à caractère personnel ou l'utilisation des données personnelles

2.10.1 Définitions

Les définitions ci-dessous ne sont applicables que pour la présente clause :

- les termes « Données (à caractère personnel) » ; « Responsable de Traitement » ; « Sous-traitant » ; « Traitement » ; « Personne Concernée » ; « Violation » ; « Règles d'Entreprise Contraignantes » et « Autorité de Contrôle » ont la définition figurant dans le règlement européen 2016/679 relatif à la protection des données personnelles (Règlement Général sur la Protection des Données « RGPD ») ;
- « Règlementation Applicable » : toute réglementation et loi applicables en matière de Données qui seraient applicables au Traitement, cela incluant le RGPD ;

2.10.2 Qualifications

L'Adhérent et l'Institution sont identifiés comme Responsables de Traitement non conjoints concernant leur propre Traitement de Données et s'engagent à traiter toute Donnée en conformité avec toute Réglementation Applicable au Traitement.

Dans le cadre de la Prestation impliquant des Traitements de Données, L'Adhérent et l'Institution mettent en œuvre des Traitements de Données ayant pour finalités :

- Traitement mis en œuvre par l'Adhérent : transmission des coordonnées des participants.
- Traitement(s) mis en œuvre par l'Institution :
 - Faire usage de ces Données dans le cadre de ses activités de passation, de gestion et d'exécution du contrat d'assurance ou de celles d'autres contrats souscrits auprès d'elle.
 - L'Institution est également susceptible d'utiliser ces données dans le cadre d'un contentieux, de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, de la lutte contre la fraude ou de la mise en conformité à une réglementation applicable.
 - L'Institution se réserve également le droit de procéder à l'analyse de tout ou partie de ces Données collectées, éventuellement les croiser avec celles de partenaires choisis de l'Institution, pour permettre d'améliorer les produits (recherche et développement), d'évaluer la situation d'un assuré, de la prédire (scores d'appétence) et de personnaliser son parcours en tant qu'assuré. Les données relatives à la santé des assurés éventuellement recueillies seront exclusivement utilisées pour la passation, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance. Les destinataires des informations ainsi recueillies seront uniquement l'Institution, les intermédiaires d'assurance, réassureurs, partenaires ou organismes professionnels habilités, dès lors que ces informations seront nécessaires à la réalisation de leurs opérations.
 - L'Institution est également tenue de vérifier l'exactitude, la complétude et la conformité de ces données. A cette fin, l'Institution se réserve le droit de solliciter un participant pour vérifier ou compléter son dossier en y enregistrant par exemple son adresse de messagerie électronique s'il a contacté l'Institution par ce biais.

Par conséquent, l'Adhérent et l'Institution pourront être chacun contrôlés et sanctionnés au titre des manquements ou négligences qu'ils auraient personnellement commis dans le cadre de leurs Traitements respectifs.

2.10.3 Obligations réciproques des Parties réciproques des Parties

Chaque Partie s'engage à :

- respecter les obligations qui lui incombent au titre de la Réglementation Applicable ;
- prendre des mesures garantissant que les personnes agissant sous son autorité respectent la présente clause et sont soumises à une obligation de confidentialité ;
- fonder son propre Traitement de Données sur une base légale conforme à la Réglementation Applicable ;
- communiquer, notamment conformément aux articles 13 et 14 du RGPD à chaque Personne Concernée relevant de ses propres Traitements les informations obligatoires issues de la Réglementation Applicable et transmettre dans la limite de ses possibilités à l'autre Partie les informations nécessaires pour qu'elle soit elle-même en mesure de respecter la Réglementation Applicable pour les Personnes Concernées relevant de son propre Traitement ;
- respecter les obligations qui lui incombent au titre des droits des Personnes concernées conformément aux articles 15 à 20 du RGPD, notamment, le droit d'accès, le droit de rectification, le droit à l'effacement, le droit à la limitation, le droit à la portabilité ;
- informer les personnes agissant sous son autorité de tout Traitement de leurs Données mis en œuvre par l'autre Partie à des fins d'exécution du présent Contrat ;
- traiter les Données relatives à ses propres Traitements pour les seules finalités et pour la durée strictement nécessaire ;

- prendre toutes les précautions techniques et organisationnelles appropriées afin de garantir un niveau de sécurité adapté au risque et à la sensibilité des Données et de préserver la sécurité et la confidentialité des Données et notamment de les protéger contre toute destruction, perte, altération, diffusion ou accès non autorisés, de manière accidentelle ou illicite, ainsi que contre toute autre forme de Traitement illicite ;
- ne recourir qu'à des Sous-traitants se conformant à la Réglementation Applicable et en mesure de garantir la confidentialité et la sécurité des Données traitées dans le cadre du présent Contrat par la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles au moins équivalentes à celles énoncées dans le présent Contrat ;
- informer par tous moyens l'autre Partie dans les meilleurs délais si une demande d'exercice de droits d'une Personne Concernée est effectuée auprès d'elle s'agissant des Traitements de l'autre Partie ;
- informer par tous moyens dans les meilleurs délais l'autre Partie si elle considère ou a des raisons de considérer que le ou les Traitement(s) de l'autre Partie sont mis en œuvre en violation de la Réglementation Applicable ;
- informer l'autre Partie dans les meilleurs délais après l'avoir constatée, la survenance de toute Violation de Données ayant des conséquences directes ou indirectes sur les Traitements ;
- encadrer tout transfert de Données entre les Parties ou entre l'une des Parties et leurs Sous-traitants par la signature préalable d'un contrat type appelé « **Clauses Contractuelles Types** », par des Règles d'Entreprise Contraignantes mises en place par l'une des Parties ou leurs Sous-traitants ou par tout autre instrument juridique contraignant encadrant ledit transfert lorsque l'une des Parties ou leurs Sous-traitants n'est pas établi au sein de l'Union européenne ou un pays tiers dont la législation relative à la protection des Données n'a été pas reconnue adéquate par la Commission européenne ;
- coopérer avec les Autorités de Contrôle compétentes ;
- informer dans les meilleurs délais l'autre Partie dès qu'elle reçoit une requête provenant d'une autorité administrative ou judiciaire concernant les Données relatives à la Prestation, sous réserve de dispositions légales impératives contraires ;
- supprimer les Données et n'en conserver aucune copie à l'échéance de la durée de conservation fixée en concertation avec l'autre Partie au regard des finalités pour lesquelles elles ont été collectées sous réserve de dispositions légales impératives contraires. La preuve de la destruction des Données sera établie par procès-verbal.

2.10.4 Défaillance d'une Partie

Si l'une des Parties (« **Partie défaillante** ») se trouve dans l'incapacité de se conformer à la présente clause, pour quelque raison que ce soit, elle s'engage à en informer sans délai par écrit l'autre Partie (« **Partie non défaillante** »).

Si la Partie défaillante ne remédie pas à la non-conformité dans un délai de trente (30) jours à compter de la réception d'une mise en demeure par lettre recommandée avec accusé de réception, la Partie non défaillante pourra suspendre l'exécution de la Commande jusqu'à la mise en conformité de la Partie défaillante ou résilier la Commande. Une telle suspension ou résiliation prendra effet à la fin du délai de trente (30) jours à défaut de mise en conformité de la Partie défaillante.

2.10.5 Autres Traitements réalisés en qualité de Responsable de Traitement non-conjoints

Nonobstant la qualification des Parties au titre de la présente clause, les Parties sont considérées Responsables de Traitement non-conjoints dans le cadre :

- de la gestion de leurs fichiers clients/fournisseurs respectifs et s'engagent à respecter la Réglementation Applicable dans le cadre de ces Traitements ;
- de la gestion de l'hébergement, de l'infrastructure et la gestion administrative et technique de ses propres sites internet et/ou plateforme en ligne notamment la gestion et le paramétrage des cookies.

2.10.6 Coordonnées

Chaque Partie communique à l'autre et aux personnes concernées les coordonnées de son délégué à la protection des données personnelles ou de la personne en charge du sujet.

Pour l'Institution :

- Par mail (dpo@uniprevoyance.fr)
- Par courrier (UNIPREVOYANCE – Délégué à la protection des données – 38-42 rue Cuvier – CS 80 002 – 93102 Montreuil Cedex).

Pour l'Adhérent : safran.dpo@safrangroup.com.

2.11 En cas de réclamation

Le participant ou un ayant droit du participant peut, en cas de désaccord avec l'Institution, effectuer une réclamation, indépendamment de son droit d'engager une action en justice.

Cette réclamation peut être effectuée :

- auprès de son interlocuteur habituel sur le support de son choix (téléphone, mail, courrier),
- sur le site internet de l'Institution dans l'onglet « Réclamation », le réclamant est invité à formaliser son mécontentement au moyen d'une réclamation écrite,
- ou par courrier à l'adresse suivante :

UNIPREVOYANCE
Service Réclamations
38-42 rue Cuvier
CS 80 002
93102 MONTREUIL CEDEX

en précisant son nom ainsi que ses coordonnées complètes.

Nos engagements :

Un accusé réception sera adressé au demandeur dans un délai maximum de 10 jours.

La situation du demandeur sera étudiée avec le plus grand soin et une réponse argumentée lui sera adressée dans un délai maximum de 60 jours.

Saisine du Médiateur de la Protection sociale :

Le demandeur peut saisir le Médiateur de la protection sociale :

- A réception de la réponse de l'Institution quelle que soit l'issue donnée à votre réclamation,
- Dans un délai de 2 mois après sa première réclamation écrite, qu'il ait reçu une réponse ou non de la part de l'Institution,
- Et en tout état de cause, dans un délai maximum d'un an à compter de la date de sa première réclamation écrite.

Cette saisine peut se faire :

- Par e-mail sur le site <https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/>
- Par courrier, à l'adresse suivante : Médiateur de la protection sociale (CTIP) 10 rue Cambacérès, 75008 Paris.

L'intervention du Médiateur de la protection sociale est gratuite. Il formulera une proposition de solution dans un délai de 3 mois à réception du dossier complet du demandeur.

Les deux parties, le demandeur et l'Institution, restent libres de le suivre ou non.

Le demandeur conserve à tout moment la possibilité de saisir le tribunal compétent.

2.12 Les sanctions internationales

2.12.1 Définition

On entend par « sanctions internationales » toutes mesures restrictives financières ou commerciales décidées par un Etat ou une Organisation Internationale / Supranationale à l'encontre d'autres Etats, de territoires, de personnes physiques, de personnes (physiques ou morales) et / ou d'entités (de droit public ou privé).

Ces sanctions internationales peuvent notamment prendre les formes suivantes :

- Interdictions ou restrictions d'importations ou d'exportations (embargos) ;
- Confiscations, saisies, gels de biens ou d'avoirs ;
- Interdictions ou restrictions de certaines activités industrielles, commerciales ou services en particulier financiers dont assurantiels.

Ces sanctions internationales sont évolutives tant par leur nature que dans leurs domaines d'application. Elles sont publiques et peuvent être consultées sur les sites internet des Etats et des Organisations Internationales / Supranationales.

2.12.2 Conséquences pour l'Institution

Dans l'exercice de ses activités, l'Institution est soumise de plein droit aux législations et réglementations d'ordre public édictées par la France, l'Union Européenne qui peuvent lui interdire d'exécuter les obligations résultant d'un contrat d'assurance telles que :

- Couvrir un risque et/ou ;
- Payer une somme d'argent ou fournir une prestation.

Par ailleurs, le non-respect par l'Institution d'autres sanctions internationales peut exposer cette dernière, ses employés ou les sociétés du groupe auquel elle appartient, à des risques de sanctions réglementaires, administratives, civiles et/ou pénales. Par conséquent, l'Institution doit également veiller à la conformité de ses activités avec les sanctions internationales édictées par les Etats-Unis, le Royaume-Uni, l'ONU et le pays du siège social de l'Institution.

2.12.3 Effets sur l'exécution du contrat

Suspension de l'obligation de couverture d'un risque

Lorsqu'elle a pour effet de contrevenir à une ou plusieurs sanctions internationales visées au paragraphe [2.12.2 Conséquences pour l'Institution](#), l'exécution de l'obligation de l'Institution de couvrir un risque en application du présent contrat est suspendue, dès leur entrée en vigueur. Cette suspension cesse à compter du jour où lesdites sanctions internationales cessent d'affecter l'obligation de l'Institution. Aucun sinistre survenu pendant la période de suspension ne pourra donner lieu à garantie.

Suspension de l'obligation de payer une somme d'argent ou de fournir une prestation

Lorsqu'elle a pour effet de contrevenir à une ou plusieurs sanctions internationales visées au paragraphe [2.12.2 Conséquences pour l'Institution](#), l'exécution de l'obligation de l'Institution de payer une somme d'argent ou de fournir une prestation en application du présent contrat est suspendue dès leur entrée en vigueur. Cette suspension s'applique notamment dans le cadre d'un sinistre ou d'un remboursement total ou partiel de cotisation. Toute somme contractuellement due par l'Institution et dont le paiement aurait été reporté du fait des sanctions internationales redeviendra exigible à compter du jour où lesdites sanctions

internationales cesseront d'affecter l'obligation de l'Institution. Il en est de même, lorsque cela est possible, de la fourniture de la prestation qui avait été ainsi suspendue.

L'Institution devra informer l'adhérent et/ou le participant, par écrit motivé, de tout refus de prise en charge d'un sinistre en raison de l'existence d'une ou plusieurs sanctions internationales.

2.13 Les dispositions relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme

L'Institution est soumise aux obligations légales de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme issues principalement du code monétaire et financier (articles L. 561-1 et suivants du Code monétaire et financier).

Afin de permettre à l'Institution de respecter ces obligations, l'adhérent s'engage à lui remettre les éléments et justificatifs d'identification et de connaissance client qui concernent l'entreprise ainsi que ceux concernant les participants. En vertu du principe de vigilance constante, l'ensemble de ces éléments devra être actualisé notamment au moment de la délivrance de la prestation au profit du participant.

L'adhérent s'engage par ailleurs à ce que les sommes qui sont ou seront versées par ses soins au titre de ce contrat ne proviennent pas d'une fraude fiscale ou de toute autre infraction passible d'une peine privative de liberté supérieure à un an et ne participent pas au financement du terrorisme.

En cas de non-respect de ces différentes obligations et dans les cas légalement prévus, l'Institution réalisera une déclaration de soupçon auprès de TRACFIN ou toute autre démarche auprès des autorités compétentes conformément à la réglementation susvisée.

2.14 La fausse déclaration et la fraude

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

Les cotisations payées à ce titre demeurent acquises à l'Institution. Toute fraude à l'assurance de la part du participant ou de l'adhérent, notamment en cas de transmission de faux, entraîne également la déchéance de la garantie.

3 En cas de décès

3.1 La garantie décès toutes causes

La garantie décès toutes causes a pour objet, si un participant assuré décède ou est atteint, pendant la durée de l'assurance, d'une perte totale et irréversible d'autonomie du participant, le paiement aux bénéficiaires désignés des prestations définies en fonction de la Formule retenue, sous réserve des exclusions visées à l'article [2.8 Les exclusions](#).

3.1.1 Le montant des garanties

Le montant des garanties en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie du participant assuré est déterminé à l'article [1.1 Tableau des garanties assurées](#), et est fonction de la Formule retenue.

Le montant du capital décès des Formules 1 et 2 dépend de la situation de famille du participant au moment de la réalisation du risque, et peut comporter une majoration pour enfants à charge.

Si un même événement occasionne à la fois le décès du participant et celui d'une ou plusieurs personnes prises en compte dans le calcul du capital, sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès, l'Institution considère que le participant est décédé le premier, pour le calcul du montant du capital en cas de décès.

La situation de famille retenue est toujours celle constatée au jour du décès du participant.

3.1.2 Le versement d'une prestation supplémentaire en cas de décès simultané ou postérieur du conjoint (Double effet)

Cette garantie s'applique en complément de la garantie décès toutes causes décrite ci-dessus, en cas de décès du conjoint du participant, que le décès du conjoint soit simultané ou postérieur au décès du participant, et alors qu'il reste des enfants à charge.

Les bénéficiaires sont les enfants encore à charge du conjoint, dans la mesure où ils étaient déjà à la charge du participant lors de son décès. Cette garantie prévoit le versement d'un capital supplémentaire réparti par parts égales entre les enfants bénéficiaires et de la rente éducation associée à la Formule 1.

La base de calcul est revalorisée en fonction l'évolution de la valeur du point du régime de retraite AGIRC-ARRCO entre les deux décès.

Toutefois cette évolution devra au préalable être entérinée par le Conseil d'Administration de l'Institution qui pourra être amené à modifier ce taux d'évolution.

Par décès simultané, il faut entendre le décès des deux conjoints au cours d'un même événement sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès. Cette garantie cesse pour l'ensemble des enfants en cas de résiliation du contrat entre le décès du participant et celui du conjoint survivant.

Le capital et la rente éducation sont versés :

- si le contrat est toujours en vigueur à la date du décès du conjoint
 - et s'il n'a pas liquidé sa pension d'assurance vieillesse d'un régime obligatoire quel qu'en soit le motif.
- Si sa situation ne permet pas d'ouvrir droit à une pension d'assurance vieillesse d'un régime obligatoire, celle-ci est appréciée comme s'il avait exercé une activité professionnelle.

3.1.3 Les garanties supplémentaires décès ou perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) par accident

Le contrat prévoit en complément de la garantie décès toutes causes, des garanties supplémentaires lorsque le décès est imputable à un accident, sous réserve des exclusions prévues à l'article [2.8 Les exclusions](#).

Le montant des garanties supplémentaires est déterminé à l'article [1.1 Tableau des garanties assurées](#).

3.2 Définition des bénéficiaires

• Désignation type

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

- au conjoint de l'assuré survivant non divorcé, non séparé de corps judiciairement, à défaut,
- au partenaire lié par un PACS à l'assuré sous réserve de la présentation de l'attestation d'inscription du PACS, à défaut,
- au concubin de l'assuré à condition que le concubinage soit notoire et constant, justifiant d'une durée d'au moins 3 ans sans lien matrimonial de part et d'autre, et d'un domicile commun durant cette période. Ce délai n'est pas nécessaire en cas de naissance d'un enfant, à défaut,
- aux enfants de l'assuré, légitimes, reconnus, adoptés ou recueillis, nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales entre eux, à défaut,
- aux descendants de l'assuré (petits-enfants, arrière-petits-enfants), légitimes, reconnus, adoptés ou recueillis, nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales entre eux ou au(x) survivant(s) d'entre eux, à défaut,
- au père et à la mère de l'assuré par parts égales entre eux ou au survivant de l'un d'entre eux, à défaut,
- au grand-père et à la grand-mère de l'assuré par parts égales entre eux ou au survivant de l'un d'entre eux, à défaut,
- aux héritiers de l'assuré en proportion de leurs parts héréditaires, indépendamment de toute renonciation à la succession.

• Désignation particulière

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

Le participant doit informer le gestionnaire de sa désignation particulière par écrit, par les moyens mis à sa disposition, soit :

- déclaration via internet (solution à privilégier) en se connectant sur le site dédié de VIVINTER,
- déclaration papier en complétant le formulaire mis à disposition (en original sans ratures) et en l'adressant par courrier postal à VIVINTER

La désignation particulière peut également prendre la forme d'un acte sous seing privé ou d'un acte authentique.

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

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

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

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

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie, le capital est versé au participant lui-même ou à son représentant légal.

Dans tous les cas :

Si un même événement occasionne à la fois le décès du participant et celui d'une ou plusieurs personnes prises en compte dans le calcul du capital, sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès, l'Institution considère que le participant est décédé le dernier, pour le versement du capital en cas de décès.

Si à la date du décès du participant :

- tous les bénéficiaires désignés sont déjà décédés ou refusent le capital,
- ou lorsque le seul bénéficiaire est identifié par un lien familial (conjoint, pacsé, concubin) et que personne n'a cette qualité, alors le capital est réintégré à l'actif successoral.

• Clause commune à toutes les désignations de bénéficiaires (désignation particulière ou désignation type)

Les majorations pour enfants à charge seront versées à chacun des enfants ouvrant droit aux dites majorations. Ces majorations sont versées aux enfants à charge lorsque ces derniers sont majeurs ou mineurs émancipés ou à leurs représentants légaux lorsque ces derniers sont mineurs ou ne disposent pas de la capacité juridique.

En tout état de cause, le montant total des majorations pour enfant sera réparti par parts égales entre les enfants ouvrant droit aux dites majorations.

3.3 La revalorisation des capitaux en cas de décès

À compter de la date du décès et jusqu'à la date de réception des pièces justificatives, la prestation, qu'elle soit versée sous forme de capital ou de rente, est revalorisée dans les conditions prévues par la loi Eckert (article R.132-3-1 du Code des assurances).

La revalorisation s'effectue sur la base du taux égal au moins élevé des deux taux suivants :

- La moyenne sur les douze derniers mois du taux moyen des emprunts de l'Etat français, calculée au 1er novembre de l'année précédente ;
- Le dernier taux moyen des emprunts de l'Etat français disponible au 1er novembre de l'année précédente.

Pour connaître la valeur du taux moyen des emprunts de l'Etat français, rendez-vous sur le site de la Banque de France.

La revalorisation post-mortem ne s'applique pas lorsque le capital ou l'allocation est versé au(x) bénéficiaire(s) dans la limite des frais d'obsèques réels engagés.

3.4 La garantie rente de conjoint survivant

La garantie rente de conjoint est assurée par l'OCIRP, Union d'institutions régie par l'article L931-2 du Code de la Sécurité sociale, SIREN n°788 334 720, ayant son siège social 17 rue de Marignan - CS 50003 - 75008 PARIS.

L'OCIRP est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 Place de Budapest - CS 92459, 75436 Paris cedex 09.

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

Par conjoint survivant bénéficiaire au sens de la présente garantie, il faut entendre le conjoint survivant du participant non séparé judiciairement.

La notion de conjoint est étendue au partenaire lié par un PACS et concubin tels que définis à l'article [1.3 Définitions](#).

3.4.1 La rente viagère de conjoint

Le montant annuel de la rente viagère est précisé à l'article [1.1 Tableau des garanties assurées](#)

3.4.2 La rente temporaire de conjoint

La garantie rente temporaire est versée si à la date du décès :

- l'époux ou épouse survivant(e) ne remplit pas les conditions d'attribution de la pension de réversion du régime de retraite Agirc-Arrco.
- le partenaire lié par un pacs ou le concubin n'a pas atteint l'âge auquel il aurait pu prétendre à ladite réversion s'il avait été marié avec le participant.

Le montant annuel de la rente temporaire est précisé à l'article [1.1 Tableau des garanties assurées](#).

3.4.3 Durée et paiement des prestations

La garantie **rente viagère** prend effet au 1er jour du mois qui suit le décès. Elle est payable par trimestre civil, à terme échu. Elle est versée tant que son bénéficiaire est en vie.

La garantie **rente temporaire** prend effet le 1er jour du mois qui suit le décès. La rente est payable par trimestre civil à terme échu.

Elle cesse à la fin du trimestre au cours duquel :

- l'époux ou épouse peut prétendre à la pension de réversion du régime de retraite AGIRC-ARRCO,
- le partenaire lié par un pacs ou le concubin aurait pu prétendre à ladite réversion s'il avait été marié avec le participant,
- en cas de décès du bénéficiaire.

3.4.4 Revalorisation

La revalorisation de la rente de conjoint s'effectue annuellement en tenant compte d'un taux décidé par le Conseil d'administration de l'OCIRP.

3.5 La garantie rente éducation

La garantie rente éducation est assurée par l'OCIRP, Union d'institutions de prévoyance régie par l'article L931-2 du Code de la Sécurité sociale, SIREN n°788 334 720, ayant son siège social 17 rue de Marignan - CS 50003 - 75008 PARIS.

L'OCIRP est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 Place de Budapest - CS 92459, 75436 Paris cedex 09.

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

Pour la notion d'enfant bénéficiaire de la garantie rente éducation, il convient de se reporter à l'article [1.3 Définitions](#) étant précisé que les conditions relatives à la scolarité, à l'affiliation au régime de la Sécurité sociale ou au bénéfice des allocations pour personnes handicapées, doivent être réalisées dès le décès du participant.

3.5.1 Durée et paiement des prestations

La rente est progressive (le montant varie en fonction de l'âge du bénéficiaire).

L'augmentation du montant de la rente intervient le 1er jour du trimestre civil qui suit l'anniversaire de l'enfant, selon les tranches d'âge définies à l'article [1.1 Tableau des garanties assurées](#) y compris après la résiliation du contrat

La rente prend effet au premier jour du mois suivant la date du décès du participant. Elle est versée mensuellement à terme échu.

Chaque rente est versée à l'enfant bénéficiaire, s'il a la capacité juridique ou à son représentant légal. Ces principes sont identiques pour la majoration de la rente due au décès du conjoint.

Le versement de la rente cesse à la fin du trimestre au cours duquel le bénéficiaire :

- cesse d'être à charge,
- atteint l'âge maximum fixé aux garanties,
- décède.

3.5.2 Revalorisation

La revalorisation des rentes d'éducation en cours de versement s'effectue au 1er janvier de l'exercice suivant en tenant compte du taux décidé par le Conseil d'administration de l'OCIRP.

Après la résiliation du contrat ou de la garantie concernée, pour quelque cause que ce soit, et en cas de souscription d'un nouveau contrat auprès d'un nouvel assureur, le service des rentes en cours se poursuit jusqu'à leur échéance normale au niveau atteint à la date de la résiliation et sans revalorisation ultérieure.

3.6 La garantie frais d'obsèques

3.6.1 En cas de décès du conjoint du participant

La garantie a pour objet, en cas de décès du conjoint, du partenaire de PACS ou du concubin du participant, le versement d'une allocation destinée au financement de ses obsèques dans la limite des frais réellement engagés.

Le bénéficiaire de la prestation est celui qui a engagé les dépenses, sur production d'un justificatif.

Cette garantie n'a pas pour objet d'organiser les obsèques du conjoint, ou du partenaire de PACS ou du concubin.

3.6.2 En cas de décès d'un enfant du participant

La garantie a pour objet, en cas de décès d'un enfant à charge du participant, le versement d'une allocation destinée au financement de ses obsèques dans la limite des frais réellement engagés.

Le bénéficiaire de la prestation est celui qui a engagé les dépenses, sur production d'un justificatif.

Cette garantie n'a pas pour objet d'organiser les obsèques de l'enfant.

4 En cas d'arrêt de travail

La garantie Incapacité de Travail - Invalidité a pour objet, si un participant assuré est en état d'incapacité physique d'exercer toute activité professionnelle à la suite d'une maladie ou d'un accident pendant la durée de l'Assurance, le service de prestations périodiques.

Ces prestations périodiques sont versées sous forme :

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

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

4.1 La garantie incapacité temporaire de travail

4.1.1 Admission au titre de la garantie

L'admission au titre de la garantie INCAPACITE DE TRAVAIL - INVALIDITE ne concerne que le participant présent au travail au jour de la prise d'effet du contrat d'adhésion.

Le participant en arrêt de travail à cette date n'est admis au titre de cette garantie qu'à compter de la reprise effective du travail.

4.1.2 Règle de cumul – Subrogation

Les prestations versées par l'Institution au titre des garanties incapacité temporaire ou invalidité et incapacité permanente ont pour objet de couvrir tout ou partie de la perte de salaire subie par le participant. Elles ont donc un caractère indemnitaire.

Au titre de la règle de cumul, chacun des éléments ci-dessous est retenu pour son montant net de prélèvements sociaux quel que soit le destinataire du paiement.

De ce fait, le cumul des éléments versés :

- par l'Institution,
- par la Sécurité sociale (à l'exclusion de la majoration pour tierce personne ou de la prestation complémentaire pour recours à une tierce personne),
- par tout autre organisme,
- le cas échéant, par l'assurance chômage,
- ainsi que les éventuels salaires versés par le souscripteur ou par un autre employeur en cas de reprise d'une activité rémunérée,

ne peut excéder le salaire net (communiqué au gestionnaire en même temps que la déclaration d'arrêt de travail) du participant déterminé à la date de l'arrêt de travail et qui peut être éventuellement revalorisé dans les conditions prévues au contrat.

En cas de cumul d'une pension d'invalidité ou d'incapacité permanente et d'une activité exercée à temps partiel, le montant de la prestation complémentaire invalidité ou incapacité permanente n'est pas affecté par une revalorisation salariale, sous réserve que la quotité de temps de travail reste inchangée. Il en va de même du droit à revalorisation annuelle. Ainsi, le salaire perçu par le participant, à déduire de la prestation complémentaire ne comprend pas les revalorisations salariales et/ou annuelles, à condition que la quotité du temps de travail du participant soit inchangée.

Le cas échéant, les prestations versées par l'Institution sont réduites d'autant.

Par ailleurs, le montant des prestations versées au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ne peut excéder celui qui serait versé en cas de maladie ou d'accident de la vie privée.

Les indemnités journalières versées par la Sécurité sociale peuvent être réduites ou suspendues du fait du paiement d'une rente accident du travail ou maladie professionnelle ou dans le cadre de sa politique de contrôle des arrêts de travail et de lutte contre les déclarations tardives. Dans ce cas, les indemnités journalières complémentaires versées par l'assureur ne compenseront pas cette minoration.

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

4.2 Les indemnités journalières complémentaires en cas de maladie ou d'accident

Tout participant qui, durant la période d'affiliation, a dû cesser son travail par suite de maladie ou d'accident et qui perçoit des indemnités journalières de la Sécurité Sociale au titre de l'Assurance Maladie, peut bénéficier d'indemnités journalières complémentaires.

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

Le versement des prestations intervient en relais de la convention collective applicable dès que le salaire n'est plus maintenu dans son intégralité par l'entreprise.

Concernant les salariés ayant moins d'un an d'ancienneté, ne disposant d'aucun droit au titre des obligations conventionnelles, les indemnités journalières complémentaires sont dues après 90 jours continus d'arrêt de travail.

Toute période de travail dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique prise en charge par la Sécurité sociale est considérée comme période d'interruption de travail prise en compte pour le calcul de la franchise.

Toutefois, la durée des congés d'accueil de l'enfant (1) ou de deuil de l'enfant (2) n'est pas prise en considération pour la détermination de la franchise.

- (1) La notion d'accueil de l'enfant renvoie aux congés de maternité (tel que défini à l'article L1225-17 du Code du travail), d'adoption (tel que défini à l'article L1225-37 du Code du travail), de paternité et d'accueil de l'enfant (tels que définis à l'article L1225-35 du Code du travail).
- (2) La notion de deuil de l'enfant renvoie au congé tel que défini à l'article L3142-1-1 du Code du travail.

La durée et les modalités d'application de cette franchise ainsi que le montant de l'indemnité journalière complémentaire sont fixés à l'article [1.1 Tableau des garanties assurées](#).

4.2.1 Le paiement et la durée des indemnités journalières complémentaires

Les indemnités de l'institution sont servies sur présentation des décomptes de la Sécurité sociale. Elles sont servies tant que dure l'incapacité de travail et que le participant perçoit les indemnités journalières de la Sécurité sociale dans la limite des garanties prévues à l'article [1.1 Tableau des garanties assurées](#).

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

Elles cessent :

- au jour où les indemnités de la Sécurité sociale prennent fin, y compris en cas de suspension,
- à la date d'attribution par la Sécurité sociale d'une pension d'invalidité ou d'une rente d'incapacité permanente,
- au jour où le participant peut obtenir la liquidation de sa pension vieillesse Sécurité sociale à taux plein,
- au jour où sa pension vieillesse Sécurité sociale est liquidée, sauf dans le cas d'un cumul emploi-retraite.

4.2.2 Reprise du travail – Rechute

Tout nouvel arrêt de travail imputable à une maladie ou à un accident ayant déjà donné lieu à paiement des indemnités journalières complémentaires et qui survient dans un délai maximum de deux mois suivant la date de cessation du paiement des indemnités après la reprise du travail, est considéré comme une rechute.

Aucune franchise n'est alors appliquée, les prestations étant servies et calculées comme celles du premier arrêt de travail.

Les arrêts de travail prescrits postérieurement à la résiliation du contrat d'assurance doivent être pris en charge lorsqu'ils ont pour origine une maladie ou un accident, indemnisés pendant la période de validité de ce contrat.

4.3 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 L. 341-1 du Code de la Sécurité sociale bénéficie d'une rente complémentaire d'invalidité.

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

Le montant de la rente annuelle est fixé en pourcentage de l'assiette des prestations, sous déduction des rentes servies par la Sécurité sociale. Ce pourcentage est indiqué à l'article [1.1 Tableau des garanties assurées](#) et est fonction de la catégorie dans laquelle se trouve placé le participant invalide.

4.3.1 Le paiement et la durée des rentes d'invalidité

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

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

Elles cessent :

- **au jour où le participant cesse de percevoir la pension d'invalidité de la Sécurité Sociale,**
- **au jour où le participant peut obtenir la liquidation de sa pension vieillesse Sécurité Sociale à taux plein,**
- **au jour où sa pension vieillesse Sécurité Sociale est liquidée sauf cumul-emploi retraite,**

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

4.4 Les dispositions applicables en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle

En cas d'incapacité temporaire

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

- la base de calcul des prestations,
- et le montant des indemnités versées par la Sécurité sociale (limitée le cas échéant par la règle de cumul mentionnée à l'article [4.1.2 Règle de cumul – Subrogation](#)).

Les modalités et durée de paiement de cette prestation sont identiques à celles des indemnités journalières complémentaires telles que définies ci-dessus.

En cas d'incapacité permanente

Le participant qui a dû cesser son travail par suite de maladie professionnelle ou d'accident du travail pendant la période d'affiliation et bénéficiant à ce titre de la reconnaissance par la Sécurité sociale, au titre de l'article L. 434-2 alinéa 1er du Code de la Sécurité sociale, d'un taux d'incapacité supérieur ou égal à 33%, entraînant le versement d'une rente au titre de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, perçoit de l'Institution une rente complémentaire.

Est assimilée :

- à l'invalidité 1ère catégorie, l'incapacité permanente d'un taux supérieur ou égal à 33% et inférieur à 66%,
- à l'invalidité 2ème catégorie, l'incapacité permanente d'un taux supérieur ou égal à 66% et inférieur à 100%,
- à l'invalidité 3ème catégorie, l'incapacité permanente d'un taux égal à 100%.

Les modalités et durée de paiement de cette rente complémentaire sont identiques à celles des rentes d'invalidité.

4.5 Reprise partielle d'activité

En cas de reprise partielle d'activité, des indemnités ou rentes complémentaires réduites peuvent être accordées dans la limite fixée par la règle de cumul définie à l'article [4.1.2 Règle de cumul – Subrogation](#) si le participant perçoit une rémunération à ce titre de l'employeur et continue à bénéficier d'indemnités journalières de la Sécurité sociale ou de pension d'invalidité de la Sécurité sociale.

4.6 La revalorisation des conditions de garantie

Les prestations sont revalorisées en fonction de l'évolution d'un taux correspondant à la moyenne des taux d'évolution de la valeur du point de retraite AGIRC-ARRCO des 5 années précédentes (le taux d'évolution de la valeur du point de retraite AGIRC-ARRCO ne pouvant être inférieur à 0,80% pour chacune des années considérées), dans la limite du fonds de revalorisation de l'adhérent.

La 1^{ère} revalorisation interviendra sous réserve de justifier d'un arrêt de travail d'une durée égale ou supérieure à 6 mois continus à la date d'application de cette même revalorisation. Les prestations résultant de la revalorisation sont payées à terme échu en même temps que les prestations de base.

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

4.7 L'exonération des cotisations

En cas d'invalidité ou incapacité permanente, l'exonération est accordée au participant au 1^{er} jour du passage en invalidité.

Les cotisations restent dues sur le salaire total ou partiel éventuellement maintenu par l'employeur.

En cas de reprise partielle d'activité, l'exonération n'est accordée que sur la part de salaire non retrouvé.

L'exonération est acquise au participant pour lequel l'Institution reconnaît une perte totale et irréversible d'autonomie et qu'il est prouvé qu'il est de façon irréversible dans l'impossibilité totale d'exercer une profession quelconque et, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

4.8 Engagement et modalités de versement

L'engagement de l'Institution porte à tout moment sur les prestations revalorisables définies contractuellement à la date d'arrêt de travail, puis postérieurement lors des éventuels changements de situation du participant (tels que reprise partielle d'activité, rupture du contrat de travail, passage en invalidité, changement de catégorie d'invalidité...) et après revalorisation selon dispositions contractuelles. Ces prestations sont brutes de tout prélèvement fiscal ou social à retenir à la source : les variations des taux d'assujettissement à l'impôt ou des taux de prélèvement sociaux applicables à ces prestations sont sans effet sur les prestations ainsi définies, mais affectent le montant net à régler au participant.

5 Pour les salariés expatriés

5.1 Définition

Les salariés en expatriation bénéficient des garanties du contrat sous réserve d'adhérer obligatoirement à la Caisse des Français de l'Etranger.

Caisse des Français de l'étranger (C.F.E) : Organisme de protection sociale de base, de droit privé, chargé d'une mission de service public, qui assure la continuité des droits avec le système français de Sécurité sociale en proposant à ses adhérents divers niveaux de protection sociale à l'attention des expatriés.

Ainsi, pour l'application des garanties au personnel expatrié, toute notion de « Sécurité Sociale » sera remplacée par « Caisse des Français de l'étranger (C.F.E) »

5.2 Modalités d'adhésion

Pour pouvoir bénéficier des garanties du contrat, le salarié expatrié, doit être affiliés à la CFE au titre des assurances volontaires "maladie - maternité - invalidité", "option indemnités journalières - capital décès". Il est précisé que l'affiliation ne dispense pas de cotiser aux régimes obligatoires du pays d'expatriation le cas échéant, y compris pour les pays appartenant à l'Espace Economique Européen.

5.3 Territorialité

L'activité en tant que salarié expatrié peut s'exercer dans le monde entier.

5.4 Base de calcul des cotisations et des prestations

La base de calcul des cotisations et des prestations correspond au montant des rémunérations forfaitaires brutes (à l'exclusion des primes et gratifications qui ne constituent pas un élément de salaire et des indemnités et rappels versés à l'occasion du départ de l'entreprise) versées en contrepartie du travail effectué dans le cadre du poste à l'Etranger, tel qu'il est déclaré en déclaration sociale nominative pour le calcul des cotisations sociales théoriques France.

En cas d'activité partielle, la rémunération brute inclut le montant de l'indemnité brute due au titre de ce dispositif.

En cas d'incapacité temporaire ou d'invalidité permanente, la rémunération brute inclut les indemnités journalières complémentaires versée dans le cadre d'un régime de prévoyance obligatoire

5.5 Autres dispositions

Les autres dispositions de la notice s'appliquent au régime expatrié.

6 Les dispositions relatives aux maintiens

6.1 Maintien des garanties au titre de la « portabilité des droits »

Tant que le contrat est en vigueur, l'assurance est maintenue, aux mêmes clauses et conditions, aux anciens salariés appartenant au groupe assuré en cas de cessation du contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, selon les dispositions suivantes.

Ce maintien concerne l'ensemble des garanties du régime de prévoyance, y compris les garanties du régime optionnel incapacité, invalidité et décès pour les salariés à temps partiel lorsqu'elles ont été souscrites pendant la période d'activité.

6.1.1 Bénéficiaires du maintien

Bénéficiaire du présent maintien les anciens salariés, déclarés selon les modalités du paragraphe [6.1.5 Obligations de l'ancien salarié](#), qui justifient d'une prise en charge par le régime d'assurance chômage.

Ce maintien n'est pas accordé :

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

6.1.2 Prise d'effet et durée du maintien

L'ensemble des garanties prend effet à compter du lendemain du jour de la cessation du contrat de travail du salarié assuré, pour une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite maximale de la durée du dernier contrat de travail ou des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. La durée de la portabilité est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois.

6.1.3 Cessation du maintien des garanties

Le maintien des garanties cesse à la survenance du premier des événements suivants :

- au terme de la durée maximale prévue au paragraphe [6.1.2 Prise d'effet et durée du maintien](#) ci-dessus,
- à l'épuisement des droits acquis au titre de la portabilité,
- au terme de l'indemnisation par France Travail.

Avant ce terme, le maintien est interrompu :

- à la date de suspension des garanties du contrat en cas de non-paiement des cotisations par l'entreprise adhérente,
- à la date de prise d'effet de la résiliation du contrat.

6.1.4 Modalités du maintien

Les dispositions suivantes sont appliquées aux garanties maintenues :

- Les garanties maintenues, et notamment la franchise contractuelle applicable, sont celles en vigueur dans l'entreprise au titre du contrat d'adhésion.
- Elles correspondent à celles qui seraient appliquées à l'ancien salarié s'il était toujours salarié de l'entreprise le jour du sinistre.
- Le terme de la durée maximale du maintien des garanties n'interrompt pas le versement des prestations périodiques en cours de service ou celles différées en raison de l'application de la franchise contractuelle pour les personnes en arrêt de travail le jour de la cessation du maintien de leurs garanties.
- La base des prestations applicable durant la période de maintien des garanties est celle calculée au jour de la rupture du contrat de travail de l'ancien salarié. Elle correspond aux douze mois précédant la rupture du contrat de travail.

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

6.1.5 Obligations de l'ancien salarié

Il appartient à l'ancien salarié de justifier directement auprès du gestionnaire de ses droits à indemnisation du chômage pour bénéficier du présent maintien. A défaut, les prestations sont versées à partir de la date de réception des justificatifs établissant les droits à indemnisation au titre du chômage.

L'ancien salarié s'engage à déclarer au gestionnaire sa reprise du travail ou la liquidation de ses droits à pension de retraite dans un délai de 8 jours après la survenance de l'un de ces deux événements.

Le défaut de déclaration entraîne la restitution des prestations réglées postérieurement au délai susmentionné.

6.2 Maintien des garanties décès aux participants en arrêt de travail

Les garanties Décès (toutes causes ou accidentel, sous forme de capital ou de rente, ainsi que le versement anticipé du capital en cas de perte totale et irréversible d'autonomie), sont maintenues en cas d'incapacité de travail ou d'invalidité d'un participant, y compris après la résiliation du contrat d'adhésion, dans les conditions prévues ci-après.

6.2.1 Montant des garanties maintenues

Le montant des garanties maintenues est celui prévu à l'article [1.1 Tableau des garanties assurées](#). Toutefois, si le participant a été admis à ce contrat alors qu'il se trouvait déjà en arrêt de travail, l'Institution verse les capitaux et les rentes prévus en déduisant ceux maintenus par le ou les précédents assureurs. En cas de rupture du contrat de travail du participant en situation d'incapacité de travail ou d'invalidité, la garantie maintenue est celle dont il bénéficiait la veille de ladite rupture.

6.2.2 Cotisations

Le participant est exonéré de cotisation dans les conditions prévues à l'article [4.7 L'exonération des cotisations](#).

6.2.3 Assiette des prestations

L'assiette des prestations servant à déterminer le montant des prestations de prévoyance est égale au salaire brut annuel du participant des 12 mois civils ayant précédé l'arrêt de travail antérieur au décès du participant.

Elle est revalorisée en fonction de l'évolution de la valeur du point du régime de retraite AGIRC-ARRCO entre :

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

Toutefois, l'évolution de la valeur du point devra au préalable être entérinée par le Conseil d'Administration de l'Institution qui pourra être amené à modifier ce taux d'évolution.

6.2.4 Cessation du maintien des garanties décès

Le maintien des garanties décès cesse :

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

6.3 Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail donnant lieu au versement d'un revenu de remplacement par l'employeur

Les garanties continuent à s'appliquer aux participants dont le contrat de travail est suspendu, s'ils sont bénéficiaires d'un revenu de remplacement versé par l'employeur.

Sont notamment visés les situations d'activité partielle, d'activité partielle de longue durée et de congés de reclassement.

Tant que les participants remplissent les conditions ci-avant, les garanties sont maintenues moyennant le paiement des cotisations.

Les évolutions de garanties sont applicables durant ce maintien.

6.3.1 Base de calcul des cotisations et des prestations

Pour la garantie Incapacité temporaire de travail, la base de calcul des cotisations et des prestations intègre les revenus de remplacement versés par l'employeur durant la période de maintien des garanties. Ces revenus de remplacement s'entendent bruts de cotisations et contributions de Sécurité sociale.

Pour la garantie Décès/ Perte totale et irréversible d'autonomie, la garantie Rente éducation, la garantie Rente de conjoint et la garantie Invalidité / Incapacité permanente, la base de calcul des cotisations et des prestations correspond au salaire brut annuel du participant des douze mois civils ayant précédé la suspension du contrat de travail.

6.4 Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail en période de réserves militaires ou policières

Les garanties continuent à s'appliquer aux participants dont le contrat de travail est suspendu pour effectuer une période de réserve militaire ou policière moyennant le paiement des cotisations dans les mêmes conditions tarifaires que les participants en activité.

6.4.1 Base de calcul des cotisations et des prestations

Pour les participants dont le contrat de travail est suspendu en période de réserves militaires ou policières:

- s'ils bénéficient d'un maintien de rémunération, la base de calcul des cotisations correspond au salaire annuel,
- en l'absence de maintien de rémunération, la base de calcul des cotisations correspond au salaire brut annuel des douze mois civils précédant la suspension du contrat de travail.

6.5 Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail non rémunéré

Pendant la période de suspension du contrat de travail non indemnisée, les garanties sont maintenues pendant le mois au cours duquel intervient cette suspension et le mois civil suivant, dès lors que le paiement de la cotisation a été effectué pour le mois en cours.

De fait, aucune cotisation n'est due pour le mois civil suivant.

Au-delà de cette période, les participants peuvent continuer à bénéficier des garanties lorsque leur contrat de travail est suspendu, sans indemnisation de l'adhérent, pour l'un des congés visés ci-après et sous réserve qu'ils continuent à relever de la Sécurité sociale :

- Congé parental d'éducation,
- Congé de présence parentale,
- Congé de solidarité familiale,
- Congé de proche aidant,
- Congé pour création d'entreprise,
- Congé de formation,
- Congé sabbatique,
- Congé sans solde,
- et tout autre congé considéré par la législation en vigueur comme un cas de suspension du contrat de travail ne donnant lieu à aucune indemnisation.

6.5.1 Garanties maintenues

Durant cette période, les garanties sont maintenues dans les mêmes conditions que les participants en activité.

Les garanties incapacité invalidité ne s'appliquent que si la Sécurité sociale verse des prestations à ce titre à au participant concerné.

6.5.2 Base de calcul des cotisations et des prestations

La base de calcul des cotisations et des prestations correspond au montant des rémunérations brutes versées au cours des douze derniers mois civils précédant immédiatement la date de la prise d'effet de la suspension du contrat de travail et ayant donné lieu à cotisation au cours de cette même période.

6.5.3 Cotisation et modalités de paiement des cotisations

Pendant la période de suspension du contrat de travail non indemnisée, les garanties sont maintenues durant le mois au cours duquel intervient cette suspension et le mois civil suivant, dès lors que le paiement de la cotisation a été effectué pour le mois en cours. De fait, aucune cotisation n'est due pour le mois civil suivant.

Au-delà de cette période, les participants peuvent continuer à bénéficier des garanties lorsque leur contrat de travail est suspendu sans maintien de rémunération ; les cotisations sont identiques à celles des participants en activité.

Pendant 11 mois :

Le paiement des cotisations s'effectue dans les mêmes conditions que les participants en activité.

Au-delà du 12ème mois :

Le paiement des cotisations (part salariale + part patronale) est à la charge exclusive du participant.

Les cotisations y compris les taxes présentes ou futures et contributions éventuelles sont payables par le participant mensuellement d'avance dans les quinze premiers jours de chaque mois civil, par prélèvement automatique sur compte bancaire ou par virement.

Le participant en congé sans solde est seul responsable du paiement des cotisations.

6.5.4 Défaut de paiement des cotisations

Pendant 11 mois :

Les modalités de recouvrement des cotisations sont les mêmes que pour les participants en activité.

A partir du 12ème mois :

A défaut de paiement de la cotisation ou d'une fraction de celle-ci dans les 10 jours de son échéance, l'Institution adresse au participant en congé sans solde une lettre recommandée de mise en demeure. En cas de non-paiement dans un délai de trente jours à compter de cette mise en demeure, son adhésion est suspendue.

L'adhésion est résiliée à défaut de paiement dans les dix jours qui suivent le délai de trente jour précité, soit quarante jours après l'envoi de la lettre recommandée de mise en demeure.

Dans tous les cas, les cotisations dues au titre de la période antérieure à la date de cessation de l'affiliation restent à payer. Le recouvrement peut s'effectuer par tous moyens de droit.

6.5.5 Renonciation

Le participant a la faculté de renoncer pendant un délai de trente jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé que le maintien a pris effet. Ce délai expire le dernier jour à vingt-quatre heures. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé.

La renonciation entraîne le remboursement intégral de la cotisation versée dans les trente jours suivant la date de réception de la demande par l'assureur. Toutefois, si des prestations ont été versées, le participant devra les rembourser intégralement avant tout remboursement préalable des cotisations par l'assureur.

La renonciation est définitive.

Modèle de rédaction destiné à faciliter l'exercice du droit de renonciation :

« Je soussigné(e) (nom, prénom)....., demeurant (adresse complète)..... déclare renoncer à l'affiliation au maintien individuel des garanties à titre facultatif (prévoyance) n°....., ayant pris effet le».

La renonciation doit être adressée à :

VIVINTER - EQUIPE PREVOYANCE SAFRAN - Immeuble Equinox - 23 allées de l'Europe 92 584 Clichy cedex

6.5.6 Dénonciation

Le participant peut dénoncer son adhésion :

- dans un délai d'un mois suivant la réception de la notice d'information en cas de modification apportée à ses droits et obligations,
- deux mois avant chaque date de renouvellement soit au plus tard le 31 octobre.

La dénonciation est définitive.

6.5.7 Cessation

Le maintien des garanties cesse :

- A la date de fin du congé visé ci-dessus,
- A la date de la radiation du participant des effectifs,
- A la date de liquidation de la pension de retraite de la Sécurité sociale,
- En cas de résiliation du contrat ou du présent maintien,
- En cas de renonciation ou de dénonciation par le participant,
- En cas de non-paiement de la cotisation, tel que prévu au paragraphe [6.6.7 Défaut de paiement des cotisations](#) ci-dessus.

6.6 Maintien aux bénéficiaires du dispositif national de préretraite amiante

6.6.1 Définition

L'assurance est maintenue, dans les conditions prévues ci-après, aux membres du personnel relevant du groupe assuré dont le contrat de travail est rompu pour intégration du Dispositif National de préretraite amiante et sous réserve qu'ils continuent à relever de la Sécurité sociale.

Les salariés qui prennent l'initiative de la rupture de leur contrat de travail afin de bénéficier de l'allocation de cessation anticipée d'activité instituée par l'article 41 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la Sécurité Sociale pour 1999 pourront bénéficier du maintien des garanties décès au plus tard jusqu'à l'âge de la liquidation de la retraite.

6.6.2 Effet

Le maintien des garanties prend effet :

- À la date de la demande de maintien de garantie, sous réserve d'être adressée par écrit, dans les 30 jours qui précèdent la date de rupture du contrat de travail.
- Au 1^{er} jour du mois civil suivant la demande, si celle-ci est formulée au plus tard dans les trois mois qui suivent la date de la rupture du contrat de travail.

6.6.3 Garanties maintenues

Durant cette période, les garanties décès, décès accidentel, rente éducation OCIRP et rente de conjoint OCIRP sont maintenues moyennant le paiement des cotisations afférentes à ces garanties.

Les évolutions de garanties sont applicables durant ce maintien.

6.6.4 Base de calcul des cotisations et des prestations

La base des prestations est égale au montant des rémunérations brutes versées au cours des douze derniers mois civils précédant immédiatement la date de la prise d'effet de la rupture du contrat de travail et ayant donné lieu à cotisation au cours de cette même période.

Elle est revalorisée au 1^{er} janvier de chaque exercice, en fonction de l'évolution de la valeur du point du régime de retraite AGIRC-ARRCO. Toutefois cette évolution devra au préalable être entérinée par le Conseil d'Administration de l'Institution qui pourra être amené à modifier ce taux d'évolution.

La base de cotisation est égale à la base des prestations

6.6.5 Cotisation

La cotisation est celle prévue pour le personnel en activité au titre des garanties décès, décès accidentel, rente éducation OCIRP et rente de conjoint OCIRP.

6.6.6 Modalités de paiement des cotisations

Les cotisations sont payables mensuellement d'avance par prélèvement automatique sur compte bancaire. Elles sont réglées directement par le participant qui est seul responsable de leur versement. Toutes les taxes d'assurances existantes ou établies postérieurement à la date d'effet du contrat sont versées en même temps que les cotisations.

Le paiement de la cotisation doit être effectué dans les 10 jours qui suivent leur échéance, l'adhésion restant en vigueur pendant ce délai.

6.6.7 Défaut de paiement des cotisations

A défaut de paiement de la cotisation ou d'une fraction de celle-ci dans les 10 jours de son échéance, une lettre recommandée de mise en demeure est adressée au participant. En cas de non-paiement dans un délai de trente jours à compter de cette mise en demeure, son adhésion est suspendue.

L'adhésion est résiliée à défaut de paiement dans les dix jours qui suivent le délai de trente jour précité, soit quarante jours après l'envoi de la lettre recommandée de mise en demeure.

Dans tous les cas, les cotisations dues au titre de la période antérieure à la date de cessation de l'affiliation restent à payer. Le recouvrement peut s'effectuer par tous moyens de droit.

6.6.8 Renonciation

Le participant a la faculté de renoncer pendant un délai de trente jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé que le maintien a pris effet.

Ce délai expire le dernier jour à vingt-quatre heures. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé.

La renonciation entraîne le remboursement intégral de la cotisation versée dans les trente jours suivant la date de réception de la demande par l'assureur. Toutefois, si des prestations ont été versées, le participant devra les rembourser intégralement avant tout remboursement préalable des cotisations.

La renonciation est définitive.

Modèle de rédaction destiné à faciliter l'exercice du droit de renonciation :

« Je soussigné(e) (nom, prénom)....., demeurant (adresse complète)..... déclare renoncer à l'affiliation au maintien individuel des garanties à titre facultatif (prévoyance) n°....., ayant pris effet le».

La renonciation doit être adressée à :

VIVINTER - EQUIPE PREVOYANCE SAFRAN - Immeuble Equinox - 23 allées de l'Europe 92 584 Clichy cedex

6.6.9 Dénonciation

Le participant peut dénoncer son affiliation :

- dans un délai d'un mois suivant la réception de la notice d'information établie à cet effet, en cas de modification apportée à ses droits et obligations,
- deux mois avant chaque date de renouvellement soit au plus tard le 31 octobre.

La dénonciation est définitive.

6.6.10 Cessation

La garantie cesse, en tout état de cause :

- A la date de liquidation de la pension de retraite de la Sécurité sociale,
- En cas de résiliation du contrat, de la garantie concernée ou du présent maintien,
- En cas de dénonciation par le participant qui peut mettre fin à son affiliation en adressant sa demande au gestionnaire par lettre recommandée avec accusé de réception au plus tard le 31 octobre, pour une prise d'effet de la radiation au 31 décembre suivant,
- En cas de non-paiement de la cotisation par le participant, tel que prévu au paragraphe ci-dessus.

6.7 Régime optionnel pour les salariés à temps partiel -

Le salarié à temps partiel au sein de l'entreprise a la possibilité d'adhérer à titre facultatif à un Régime optionnel lui permettant de cotiser sur un salaire reconstitué à temps plein aux garanties Prévoyance prévues dans le cadre du présent contrat obligatoire (1) afin de bénéficier d'un versement de prestations calculé à partir d'un salaire reconstitué à 100%.

(1) les garanties du Régime Optionnel sont les mêmes que celles prévues aux présentes conditions particulières et s'exercent dans les conditions et modalités prévues au contrat.

6.7.1 Modalités et prise d'effet de l'adhésion

La demande d'adhésion à titre facultatif au Régime optionnel devra être effectuée dans les **trois mois** suivant le passage à temps partiel ou la modification du taux d'activité à temps partiel.

L'adhésion prendra effet à la date d'effet du passage à temps partiel ou de la modification du taux d'activité à temps partiel.

Les salariés à temps partiel étant en incapacité de travail ou invalidité et bénéficiant de prestations prévoyance complémentaire ne peuvent pas souscrire au régime optionnel.

En cas de reprise de travail après l'incapacité ou l'invalidité, un délai de carence de trois mois sera appliqué et à l'expiration de ce délai, le salarié à temps partiel pourra souscrire au régime optionnel.

6.7.2 Cotisations

Les taux de cotisations au Régime optionnel facultatif sont identiques aux taux de cotisations en vigueur du Régime obligatoire et sont à la charge intégrale du salarié à temps partiel ayant choisi d'adhérer au régime optionnel.

Les cotisations seront prélevées directement par le gestionnaire auprès du participant, mensuellement ou trimestriellement (au choix du participant).

L'assiette des cotisations est égale à la différence entre le salaire reconstitué à temps plein et le salaire à temps partiel.

6.7.3 Revalorisation de l'assiette de l'option temps partiel

Le taux retenu pour la revalorisation de l'assiette de l'option temps partiel est l'augmentation du salaire réelle obtenue pour chaque salarié ayant souscrit l'option (taux comprenant l'augmentation générale et l'augmentation individuelle).

En pratique, ce taux sera récupéré pour les personnes concernées en octobre-novembre de chaque année et appliqué sur l'assiette courante. La nouvelle assiette revalorisée sera mise en œuvre au 1er janvier de l'année suivante.

6.7.4 Défaut de paiement

A défaut de paiement de la cotisation ou d'une fraction de celle-ci dans les 10 jours de son échéance, une lettre recommandée de mise en demeure est adressée au participant en congé sans solde.

En cas de non-paiement dans un délai de trente jours à compter de cette mise en demeure, son adhésion est suspendue.

L'adhésion est résiliée à défaut de paiement dans les dix jours qui suivent le délai de trente jours précité, soit quarante jours après l'envoi de la lettre recommandée de mise en demeure.

Dans tous les cas, les cotisations dues au titre de la période antérieure à la date de cessation de l'affiliation restent à payer. Le recouvrement peut s'effectuer par tous moyens de droit.

6.7.5 Renonciation

Le salarié à temps partiel a la faculté de renoncer pendant un délai de trente jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé que l'affiliation a pris effet. Ce délai expire le dernier jour à vingt-quatre heures. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé.

La renonciation entraîne le remboursement intégral de la cotisation versée dans les trente jours suivant la date de réception de la demande par l'assureur. Toutefois, si des prestations ont été versées, le participant devra les rembourser intégralement avant tout remboursement préalable des cotisations par l'assureur.

Modèle de rédaction destiné à faciliter l'exercice du droit de renonciation :

« Je soussigné(e) (nom, prénom)....., demeurant (adresse complète)..... déclare renoncer à l'affiliation au maintien individuel des garanties à titre facultatif (prévoyance) n°....., ayant pris effet le».

La renonciation doit être adressée à :

VIVINTER - EQUIPE PREVOYANCE SAFRAN - Immeuble Equinox - 23 allées de l'Europe 92 584 Clichy cedex

6.7.6 Dénonciation

Le salarié à temps partiel peut dénoncer son adhésion à titre facultatif au Régime optionnel à tout moment.

La dénonciation est définitive et irrévocable pour un taux d'activité à temps partiel inchangé.

6.7.7 Autres dispositions

Les autres dispositions de la présente notice s'appliquent au régime optionnel

7 Le fonds social et l'assistance

7.1 Le fonds social

L'adhérent bénéficie d'un fonds social dédié.

Les participants peuvent également bénéficier du fonds social de l'institution affecté à l'attribution de secours ou d'aides à des participants ou à des personnes ayant été à leur charge et dont la situation matérielle apparaîtra digne d'intérêt.

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

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

7.2 L'assistance Confort prévoyance

Le présent contrat bénéficie des garanties et services d'assistance assurés par INTER PARTNER ASSISTANCE. Les conditions générales sont jointes au contrat.

La garantie a pour objet de délivrer des prestations de services et d'assistance :

- Au participant en arrêt de travail
- En cas de décès du participant

7.2.1 Garanties en cas d'arrêt de travail

Ces garanties sont accordées au participant en arrêt de travail pour maladie ou accident, entraînant une immobilisation au domicile de plus de 5 jours ou une hospitalisation.

L'assisteuse organise et prend en charge les prestations décrites ci-dessous. Pour chacune de ces prestations, le participant bénéficie **d'une seule prise en charge par année civile**. Au-delà de l'intervention annuelle de l'assisteuse, il peut communiquer au participant les coordonnées d'un prestataire qualifié **dont le coût d'intervention reste à la charge du participant**.

Aide-ménagère à domicile ou auxiliaire de vie

L'assisteuse recherche et prend en charge les services d'une aide-ménagère à domicile ou auxiliaire de vie, pendant l'hospitalisation du participant, ou dès le retour au domicile du participant suite à son hospitalisation, ou pendant l'immobilisation à domicile, pour assurer les tâches domestiques.

Pour bénéficier de cette prestation, le participant doit faire la demande à l'assisteuse dans les 8 jours qui suivent son hospitalisation.

La durée de présence de l'aide-ménagère est fixée par l'équipe médicale de l'assisteuse en fonction des seuls critères médicaux. **Elle ne peut excéder 40 heures, réparties sur les 20 jours qui suivent la date de retour au domicile du participant et à raison de 2 heures consécutives minimum par jour.**

Garde des enfants

Si personne ne peut assurer la garde des enfants ou petits-enfants de moins de 15 ans du participant, dès le premier jour de l'hospitalisation ou de l'immobilisation au domicile, l'assisteuse organise et prend en charge la garde des enfants :

- Soit en permettant la venue d'un proche à son domicile,
- Soit en acheminant ses enfants au domicile d'un de ses proches,
- Soit en confiant la garde des enfants à son domicile à une personne qualifiée. En fonction de l'âge des enfants, la personne s'occupe aussi de les accompagner à l'école. Les frais engagés pour ces trajets du domicile à l'école sont pris en charge jusqu'à 75 € maximum par hospitalisation ou immobilisation.

Cette prestation est limitée à 40 h, réparties sur 20 jours et à raison de 2 heures consécutives minimum par jour. Cette prise en charge ne peut excéder la durée de l'hospitalisation ou de l'immobilisation au domicile.

L'assistant intervient à la demande des parents et il ne peut pas être tenu pour responsable des événements pouvant survenir lors des trajets ou pendant la garde des enfants.

L'assistant prend en charge le ou les titres de transport aller-retour en avion classe économique ou en train 1^{re} classe.

Garde malade

L'assistant recherche et prend en charge les services d'une garde malade dès le retour au domicile du participant après une hospitalisation ou pendant l'immobilisation à domicile.

Pour bénéficier de cette prestation, le participant doit en faire la demande à l'assistant dans les 8 jours suivant son hospitalisation.

L'assistant limite toutefois cette aide à une période de 20 jours suivant le retour au domicile du participant après une hospitalisation.

La durée de présence de la garde malade est fixée par l'équipe médicale de l'assistant, en fonction des seuls critères médicaux. **Elle ne peut excéder 40 heures, réparties sur 20 jours et à raison de 4 heures consécutives minimum par jour.**

Livraison de courses ou de médicaments

En cas d'immobilisation au domicile ou dès le retour au domicile après une hospitalisation, l'assistant met le participant en relation avec des prestataires assurant la livraison de courses à son domicile, le portage de médicaments (sous réserve des disponibilités locales) ;

Les frais de déplacements et honoraires de personnel restent à la charge du participant.

Ces prestations sont limitées à une seule intervention par participant et par année d'assurance.

7.2.2 Garanties en cas de décès du participant

SERVICES D'ASSISTANCE

L'assistant met à disposition des membres de la famille d'un participant décédé, un service d'informations, d'aides et de conseils accessible par téléphone de 8 h 00 à 20 h 30 et 7 jours sur 7.

Les renseignements fournis sont d'ordre documentaire et la responsabilité de l'assistant ne pourra en aucun cas être engagée du fait de l'interprétation des informations transmises.

Certains cas nécessiteront de réaliser des recherches et de se documenter pour répondre à la demande formulée par le membre de la famille. Dans ce cas, l'assistant rappellera ultérieurement le membre de la famille du défunt afin de lui fournir les renseignements voulus.

- **Informations et aides aux démarches « obsèques »**

L'assistant met à disposition des membres de la famille un service d'informations sur les premières formalités et démarches à accomplir au moment du décès du participant.

Ce service couvre notamment les domaines suivants : Obsèques civiles ou religieuses, prélèvement d'organes, don du corps, crémation, constatation, déclaration, soins de conservation, chambres funéraires, transports, cimetières et concessions, services de Pompes Funèbres, inhumation, coût des obsèques.

- **Informations et conseils juridiques, fiscaux et sociaux**

L'assistant met à disposition des membres de la famille des informations d'ordre général sur les aspects juridiques, administratifs et fiscaux d'un décès.

Le service couvre notamment les domaines suivants :

Héritage et succession : la dévolution légale, les ordres et degrés, l'option successorale, la déclaration successorale, les différents héritiers, les libéralités, le coût de l'héritage, les testaments, les pensions et allocations.

Fiscalité : revente de biens et plus-value, transfert de fonds, déclaration d'impôts, impôt sur le revenu, droits d'importation du pays, réclamation, paiements, contrôle, impôts locaux, frais de justice, aide judiciaire, amendes pénales, accord amiable, procédure contentieuse, répression des fraudes.

Assurances et aides sociales : couverture de Sécurité sociale, réversion, pension.

- **Mise à disposition de courriers types**

Pour faciliter la rédaction de divers documents à fournir aux différents organismes ou établissements (employeurs, administrations...) suite au décès du participant, à la demande d'un membre de la famille, l'assistant met à sa disposition sous 48 h (par courriel), des modèles de courriers adaptés et ce pendant 3 mois à partir de la date du décès.

Les éléments fournis sont d'ordre documentaire et la responsabilité de l'assistant ne pourra en aucun cas être engagée du fait de leur utilisation.

Il n'entre pas dans la mission de ce service de résoudre les problèmes juridiques inhérents ou consécutifs au décès du participant et la responsabilité de l'assistant ne saurait être engagée de ce fait.

GARANTIES D'ASSISTANCE EN CAS DE DÉCÈS DU PARTICIPANT

Garde des enfants

Si personne ne peut assurer la garde des enfants ou petits-enfants de moins de 15 ans, l'assistant organise et prend en charge :

- soit l'acheminement d'un proche au domicile du participant ;
- soit l'acheminement des enfants au domicile d'un proche ;
- soit la garde des enfants par du personnel qualifié au domicile du participant, pendant 20 heures maximum sur 2 jours suivant le décès avec un minimum de 2 heures consécutives, le jour des obsèques ou pendant leur préparation.

L'assistant prend en charge le ou les titres de transport aller-retour en avion de ligne classe économique ou en train 1re classe et, selon le cas, les frais d'accompagnement des enfants chez un proche parent par le personnel qualifié.

L'assistant intervient à la demande d'un proche et ne peut être tenu pour responsable des événements pouvant survenir pendant les trajets ou pendant la garde des enfants confiés.

Le montant total pris en charge au titre de la présente garantie est limité à 600 € TTC.

Soutien psychologique par téléphone

A la demande des proches du participant décédé, l'assistant met à sa disposition un service de soutien psychologique par téléphone.

Animé par une équipe de psychologues cliniciens, ce service garantit aux proches du participant en toute confidentialité, une écoute professionnelle dans le cadre de la déontologie propre à la profession et en gardant une distance et une neutralité bienveillantes.

Le service d'écoute psychologique n'est pas à confondre avec le travail psychothérapeutique effectué en face à face. En aucun cas, le service d'écoute psychologique ne s'autorise à débiter une psychothérapie par téléphone.

L'assistant prend en charge en charge **3 entretiens téléphoniques pour l'ensemble de ses proches.**

Cette garantie est accordée pendant les 6 mois suivant la date de décès du participant.

GARANTIES EN CAS DE DÉCÈS DU PARTICIPANT LORS D'UN DÉPLACEMENT

Rapatriement en cas de décès

En cas de décès, l'assisteuse met en œuvre des services d'assistance si le décès du participant survient à plus de 50 km de son domicile.

L'assisteuse organise le rapatriement du corps ou des cendres du lieu du décès jusqu'au lieu d'inhumation situé en France métropolitaine :

Il prend à sa charge :

- les frais de traitement post-mortem,
- les frais de mise en bière,
- les frais d'aménagement nécessaires au transport du corps, notamment les frais de cercueil, **dans la limite de 800 euros,**
- les frais de transport du corps.

Le choix des sociétés chargées du rapatriement du corps est du ressort exclusif de l'assisteuse.

Les autres frais (cérémonies, obsèques, convois locaux, inhumation, incinération...) restent à la charge de la famille du participant.

Retour des proches

L'assisteuse organise le retour au domicile des proches qui voyageaient avec le participant en cas de rapatriement du corps ou des cendres du participant.

Il prend en charge des titres de transport aller-simple en avion classe économique ou en train 1re classe à condition que les moyens initialement prévus pour leur voyage retour ne soient pas utilisables ou modifiables.

Présence d'un proche

Si la présence d'un proche auprès du participant décédé s'avère indispensable pour effectuer la reconnaissance du corps et les formalités de rapatriement ou d'incinération, l'assisteuse met à disposition un titre de transport aller-retour en avion classe économique ou en train 1re classe.

Cette garantie ne peut être mise en œuvre que si le participant se trouvait seul sur place au moment de son décès.

La personne désignée doit détenir toutes les autorisations nécessaires au voyage ainsi organisé.

L'assisteuse organise son hébergement sur place et prend en charge ses frais d'hôtel (chambre et petit déjeuner exclusivement) pour une durée de **3 nuits consécutives maximum à concurrence 80 € par nuit.**

Toute autre solution de logement provisoire ne peut donner lieu à un quelconque dédommagement.

7.2.3 Dispositions relatives à l'application des services et garanties d'assistance

Déclaration d'un sinistre

Quand survient un événement donnant lieu à la mise en œuvre des services et garanties d'assistance, le participant ou un membre de sa famille doit impérativement contacter l'assisteuse au numéro indiqué sur la notice d'information.

L'assisteuse lui attribue alors un numéro de dossier qui permettra de délivrer chacune de ses prises en charge.

La déclaration de l'ensemble des éléments d'information nécessaires à la mise en œuvre des services complémentaires est une obligation. Au cas, où le participant ou un membre de sa famille, ne la satisferait pas, il perdrait le bénéfice de ces garanties et les engagements de l'assisteuse deviennent nuls.

Limites aux prestations d'assistance

L'assisteur prend en charge les seules prestations qu'il organise. L'organisation par le participant ou par son entourage de tout ou partie des prestations d'assistance précitées sans l'accord préalable de l'assisteur, matérialisé par un numéro de dossier, ne peut donner lieu à remboursement.

Tout refus de la solution proposée par son équipe médicale entraîne l'annulation de la présente garantie.

Il ne prend pas en charge, et ne rembourse pas les frais de séjour (hôtel, taxis, restaurant, téléphone...) sauf ceux ayant fait l'objet de son accord préalable, ni tout autre frais non prévu dans le présent paragraphe.

Seules les demandes d'assistance formulées pendant la période de garantie sont prises en compte.

Les prestations d'assistance accordées avant la cessation de la garantie sont poursuivies jusqu'à leur terme.

Limitation de responsabilité

L'assisteur ne peut être tenue pour responsable d'un quelconque dommage, subi par un participant à la suite d'un incident ayant nécessité l'intervention des services d'assistance.

L'assisteur ne peut se substituer aux organismes locaux ou nationaux de secours d'urgence ou de recherche, et ne prend pas en charge les frais engagés du fait de leur intervention.

Circonstances exceptionnelles

L'engagement de l'assisteur repose sur une obligation de moyens, et non de résultat.

L'assisteur ne peut être tenue pour responsable de la non-exécution ou des retards d'exécution des garanties provoqués par la guerre civile ou étrangère déclarée ou non, la mobilisation générale, toute réquisition des hommes et/ou du matériel par les autorités, tout acte de sabotage ou de terrorisme, tout conflit social tel que grève, émeute, mouvement populaire, toute restriction à la libre circulation des biens et des personnes, les cataclysmes naturels, les effets de la radioactivité, les épidémies, tout risque infectieux ou chimique, tous les cas de force majeure.

7.2.4 Définitions applicables aux services d'assistance

Territorialité

Les garanties d'assistance « Rapatriement » s'exercent dans le monde entier. Les autres garanties s'exercent en France.

Domicile

Lieu de résidence principale et habituelle du bénéficiaire. Il est situé en France.

Hospitalisation

Admission dans un établissement de santé en vue d'un traitement médical ou chirurgical prescrit par un médecin (y compris dans un service d'urgences et hospitalisation ambulatoire) entraînant par la suite une immobilisation au domicile.

Immobilisation au domicile

Obligation de demeurer au domicile, sur prescription médicale (arrêt de travail ou incapacité totale temporaire) pour une durée supérieure à 5 jours.

Maladie

Altération soudaine et imprévisible de la santé du bénéficiaire constatée par une autorité médicale compétente.

Autorité médicale

Toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité dans le pays où se trouve le bénéficiaire.

Équipe médicale

Structure adaptée à chaque cas particulier et définie par le médecin régulateur.

Proche

Membre de la famille ou toute personne physique désignée par le bénéficiaire ou un de ses ayants droit et domiciliée dans le même pays que le bénéficiaire.

Membre de la famille

Ascendants et descendants au premier degré, conjoint de droit ou de fait ou toute personne liée au bénéficiaire par un Pacs, frères, sœurs, beaux-parents, beaux-frères, belles-sœurs du bénéficiaire domiciliés dans le même pays que le bénéficiaire.

7.2.5 Mise en œuvre de l'assistance

Le numéro de téléphone unique est le : 01.72.59.51.60

Le participant ou l'un de ses proches doit, en outre, indiquer :

- prénom et nom,
- le numéro de convention d'assistance : **0804616**
- le numéro du présent contrat : **2100 0470**
- la raison sociale de son employeur.

L'assistant délivre alors un numéro de dossier qui permettra de délivrer chacune de nos prises en charge.

Certains services font référence à la notion de domicile. Dans ce cas, le domicile est le lieu de résidence qui figure sur la déclaration d'impôt sur le revenu du participant. Pour ouvrir droit à nos services, il doit être situé en France métropolitaine.

8 Les modalités d'ouverture du droit à prestation et le délai de transmission des pièces justificatives

Tout événement ouvrant droit à garantie doit être déclaré selon les modalités prévues à cet effet.

Le versement des prestations est subordonné à la réception de l'ensemble des pièces justificatives, en tant que condition préalable de l'ouverture du droit à garantie. Ainsi, le paiement des prestations s'effectue à compter de la réception de l'ensemble des pièces déclaratives énumérées au titre de chaque garantie.

L'exactitude des informations communiquées peut être vérifié et le gestionnaire peut réclamer le cas échéant les informations complémentaires jugées nécessaires.

Sauf cas fortuit ou de force majeure, l'ensemble des pièces déclaratives doit nous parvenir dans les quatre-vingt-dix jours :

- qui suivent la période de franchise pour la garantie incapacité temporaire de travail,
- qui suivent la réalisation de l'évènement ouvrant droit à prestation pour les autres garanties.

La transmission hors délais des pièces déclaratives constitue un préjudice certain. Sans contrevenir aux dispositions relatives à la prescription, la date de réception des pièces déclaratives sera retenue comme point de départ du paiement des prestations.

Les dossiers sont à retourner à :

VIVINTER
EQUIPE PREVOYANCE SAFRAN
Immeuble Equinox
23 allées de l'Europe
92 584 Clichy cedex

Liste des pièces à fournir :

Constitution des dossiers pour l'ouverture des droits à prestations en cas de...	DÉCÈS TOUTES CAUSES	PTIA TOUTES CAUSES	DOUBLE EFFET	FRAIS D'OBSÈQUES	DÉCÈS ACCIDENTEL	PTIA ACCIDENTELLE	INCAPACITÉ TEMPORAIRE	INVALIDITÉ – INCAPACITÉ PERMANENTE
Déclaration de sinistre fournie par l'organisme assureur et complétée par le souscripteur certifiant que l'assuré faisait toujours partie de l'effectif à la date de son décès ou de son arrêt de travail et précisant le salaire à prendre en considération pour le calcul des prestations	X	X		X			X	X
Extrait d'acte de décès du défunt	X		X	X				
Extrait d'acte de naissance du défunt datant de moins de trois mois et établi postérieurement au décès.	X		X					

Constitution des dossiers pour l'ouverture des droits à prestations en cas de...	DÉCÈS TOUTES CAUSES	PTIA TOUTES CAUSES	DOUBLE EFFET	FRAIS D'OBSÈQUES	DÉCÈS ACCIDENTEL	PTIA ACCIDENTELLE	INCAPACITÉ TEMPORAIRE	INVALIDITÉ – INCAPACITÉ PERMANENTE
Certificat médical attestant que le décès est dû ou non à une cause naturelle	X		X		X			
Toutes pièces justifiant valablement la qualité d'enfant à charge à la date de l'évènement (copie de l'avis d'imposition, copie du livret de famille de l'assuré, contrat d'apprentissage, certificat de scolarité, justificatif pôle emploi pour les primo demandeur d'emploi, justificatif de paiement de l'Allocation pour Adulte Handicapé, carte mobilité inclusion ...)	X	X	X	X				
Si exonération ou taux réduit de CSG en cas de paiement des prestations directement à l'assuré ou au bénéficiaire : Photocopie de l'avis d'imposition sur les revenus du bénéficiaire chaque année							X	X
Certificat de scolarité ou pour les enfants handicapés tout document justifiant de la persistance du handicap chaque année	X	X	X	X				
Copie de la pièce d'identité du bénéficiaire en cours de validité (carte d'identité, passeport), le cas échéant un extrait d'acte de naissance	X	X	X	X			X (en cas de sortie des effectifs)	X
Choix d'option dûment effectué par le ou les bénéficiaire(s)	X		X					
Copie intégrale du livret de famille de l'assuré avec la mention marginale (décédé(e) le...) si assuré marié + attestation sur l'honneur de non séparation de corps et judiciaire en date du décès	X	X	X	X				
Toute preuve établissant la nécessité d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie courante.		X				X		
Notification de la Sécurité sociale mentionnant le classement de l'assuré en 3ème catégorie ou l'attribution d'une incapacité permanente égale à 100%		X						X
En cas de temps partiel thérapeutique, les décomptes d'indemnités journalières mi-temps thérapeutique							X	
Facture originale acquittée, incluant le nom de la ou des personnes ayant acquittée celle-ci				X				
En cas de PACS : copie intégrale de l'enregistrement du Pacte Civil de Solidarité de moins de 3 mois	X	X	X	X				
Toutes pièces officielles : - relatant les circonstances particulières dans lesquelles est survenu l'évènement ouvrant à prestation et prouvant l'origine accidentelle de celui-ci (procès-verbal de police, de gendarmerie, du procureur de la république, le cas échéant une coupure de presse relatant l'accident) - prouvant le lien de causalité entre ledit évènement et l'accident.	X				X	X	X	X

Constitution des dossiers pour l'ouverture des droits à prestations en cas de...	DÉCÈS TOUTES CAUSES	PTIA TOUTES CAUSES	DOUBLE EFFET	FRAIS D'OBSÈQUES	DÉCÈS ACCIDENTEL	PTIA ACCIDENTELLE	INCAPACITÉ TEMPORAIRE	INVALIDITÉ – INCAPACITÉ PERMANENTE
Le cas échéant, attestation de reprise de travail ou toute pièce attestant du licenciement ou de la démission ou la notification de liquidation de retraite							X	X
Notification de la Sécurité sociale mentionnant le classement de l'assuré dans une des catégories d'invalidité de la Sécurité sociale ou l'attribution d'un taux d'incapacité permanente au moins égal à 33 %.								X
Justificatif de paiement de la rente d'invalidité ou d'incapacité permanente par la Sécurité sociale								X
RIB des bénéficiaires	X	X	X	X	X	X	X	X
Toutes pièces justifiant valablement la qualité de concubin de l'assuré (facture énergétique, bail commun, attestation d'assurance...) sur une durée d'au moins 3 ans (délai non requis en cas de naissance en commun)	X	X	X					
Si le salarié a moins d'un an d'ancienneté = montant des salaires que le salarié aurait perçu s'il avait travaillé sans interruption (y compris ancienneté, primes et variable)							X	



38-42 rue Cuvier – CS 80 002 – 93102 Montreuil Cedex
Tél : 01 58 64 41 00

www.uniprevoyance.fr

Institution de Prévoyance régie par le code de la Sécurité Sociale

L'autorité chargée du contrôle de l'Institution est l'Autorité de Contrôle Prudentiel
et de Résolution (ACPR) située : 4, place de Budapest – CS 92459 – 75436 PARIS CEDEX
09



Union d'institutions de prévoyance régie par le Code de la
sécurité Sociale
17 Rue de Marignan - 75008 Paris



N° IDU : FR313045_03IPGA