

Notice d'information conventionnelle

Régime conventionnel des entreprises artistiques et culturelles

Régime de « Prévoyance » et de « Frais de soins de santé » collectif à adhésion obligatoire

Personnel permanent cadre et non cadre

Institution de prévoyance

Autorisée sous le numéro 983 par arrêté ministériel du 15 novembre 1991, régie par le Code de la Sécurité sociale

74 rue Jean Bleuzen • 92177 Vanves Cedex

www.audiens.org

SOMMAIRE

PREAMBULE..... 4

DISPOSITIONS GENERALES DES REGIMES DE PREVOYANCE 5

DGP-1 - Définitions	5
DGP-2 - Conditions d'affiliation.....	6
DGP-3 - Modification des garanties.....	8
DGP-4 – Suspension et cessation des garanties.....	8
DGP-5 - Traitement de base	8
DGP-6 - Revalorisation des prestations	9
DGP-7 - Déclaration des sinistres	9
DGP-8 - Contrôle médical	9
DGP-9 - Maintien des garanties.....	10
DGP-10 - Exclusions / Déchéance.....	10
DGP-11 - Etendue territoriale.....	11
DGP-12 - Résiliation	11
DGP-13 - Redressement judiciaire / Liquidation judiciaire / Procédure du sauvegarde / Disparition de l'entreprise	12
DGP-14 - Prescription.....	12
DGP-15 - Subrogation	13
DGP-16 - Contrôle.....	13
DGP-17 - Informatique et libertés.....	13
DGP-18 - Fausses déclarations.....	14
DGP-19 - Réclamations.....	14

REGIME CAPITAL EN CAS DE DECES 15

DC-1 - Garantie capital décès toutes causes.....	15
DC-2 - Garantie double effet.....	15
DC-3 - Garantie capital décès accidentel	15
DC-4 - Garantie frais d'obsèques.....	16
DC-5 - Majoration pour charges de famille	16
DC-6 - Bénéficiaires	16
DC-7 - Formalités.....	17

REGIME INCAPACITE / INVALIDITE 19

II-1 - Définition et montant des prestations.....	19
II-2 - Rechute	20
II-3 - Reprise d'activité.....	20
II-4 - Règle de cumul.....	20
II-5 - Paiement et durée.....	21
II-6 - Formalités	21

DESCRIPTIF DES GARANTIES DE « PREVOYANCE » CONVENTIONNELLES.... 22

DGPC-1 – Descriptif et montant des garanties de « prévoyance » conventionnelles du personnel permanent cadre	22
DGPC-2 - Descriptif et montant des garanties de « prévoyance » conventionnelles du personnel permanent non cadre.....	24

DISPOSITIONS GENERALES DU REGIME FRAIS DE SOINS DE SANTE 26

DGS-1 – Définitions.....	26
DGS-2 - Conditions d'affiliation du participant.....	26
DGS-3 - Bénéficiaires	27
DGS-4 – Bénéfice des prestations – Carence	27
DGS-5 – Suspension et cessation des garanties.....	27
DGS-6 - Etendue de la garantie.....	27
DGS-7 - Catégories de frais ouvrant droit à la garantie.....	28
DGS-8 - Frais restant à charge du participant	28
DGS-9 - Prise en charge minimum.....	28
DGS-10 - Mise en œuvre de la garantie	29
DGS-11 - Accès à l'action sociale	29
DGS-12 - Maintien des garanties	29
DGS-13 - Etendue territoriale.....	31
DGS-14 - Contrôle médical	31
DGS-15 - Prescription.....	31
DGS-16 - Subrogation	31
DGS-17 - Contrôle.....	31
DGS-18 - Informatique et libertés.....	32
DGS-19 - Fausses déclarations	32
DGS-20 - Réclamations.....	32

DESCRIPTIF DES GARANTIES DE « FRAIS DE SOINS DE SANTE » CONVENTIONNELLES 33

PREAMBULE

Vous bénéficiez auprès d'Audiens Prévoyance, dénommée ci-après l'Institution, d'un régime obligatoire et collectif mis en place par votre employeur pour accorder à ses salariés permanents cadres et non cadres le bénéfice d'un régime de prévoyance et de frais de soins de santé.

Cette notice d'information, dont vous voudrez bien prendre connaissance, est un récapitulatif des garanties dont vous bénéficiez et de leurs conditions d'application.

Les garanties souscrites et le niveau des prestations auxquels vous avez droit sont indiqués aux *descriptifs des garanties conventionnelles* ci-après.

Les garanties décrites ci-après sont celles du régime de « Prévoyance » et de « Frais de soins de santé » conventionnel qui s'imposent à l'employeur en vertu de l'accord collectif révisant l'annexe D de la Convention collective des entreprises artistiques et culturelles, ci-après dénommée la Convention collective.

Pour toutes précisions, veuillez contacter votre service du personnel.

DISPOSITIONS GENERALES DES REGIMES DE PREVOYANCE

DGP-1 - Définitions

Pour l'application des dispositions de la présente notice, il faut entendre par :

Adhérent :

L'employeur, relevant du champ d'application de la Convention collective des entreprises artistiques et culturelles, et ayant adhéré au régime de « Prévoyance » de ladite Convention.

Accident :

Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part du participant, provenant de l'action soudaine et fortuite d'une cause extérieure.

Bénéficiaire :

La personne qui reçoit les prestations qui sont prévues au *descriptif des garanties de « Prévoyance » conventionnelles* en cas de réalisation du risque couvert.

Concubin :

La personne avec laquelle le participant vit en couple et sous le même toit depuis au moins deux ans au moment du sinistre, aucun des deux n'étant par ailleurs marié.

La durée de la vie commune peut être inférieure à deux ans si un enfant est né de cette union de fait.

Les concubins peuvent être de sexe différent ou non.

Une déclaration sur l'honneur de concubinage doit notamment être fournie à l'Institution.

Conjoint :

La personne liée au participant par le mariage non séparée judiciairement.

Garanties conventionnelles :

Garanties conformes au régime de « Prévoyance » institué par l'accord collectif révisant l'annexe D de la Convention collective des entreprises artistiques et culturelles, **ci-après dénommée la Convention collective**.

Enfants à charge :

Sont définis comme tels,

- les enfants légitimes, reconnus, adoptifs ou recueillis à charge du participant, de son conjoint, ou de son pacsé au sens de la législation fiscale, c'est-à-dire pris en compte pour l'application du quotient familial ou percevant une pension alimentaire que le participant déduit fiscalement de son revenu :
 - de moins de 21 ans ;
 - de moins de 26 ans dont les ressources mensuelles sont inférieures au SMIC et s'ils remplissent l'une des conditions suivantes :
 - * s'ils continuent leurs études secondaires ou supérieures ;
 - * s'ils sont placés sous contrat d'apprentissage ;

- quel que soit leur âge, si, au moment du décès, ils perçoivent au titre des personnes handicapées une allocation prévue par la Loi du 30 juin 1975 (ou seraient susceptibles de la percevoir si leurs ressources ne dépassaient pas le plafond prévu par la loi, à condition toutefois qu'elles restent inférieures au SMIC) sous réserve que leur incapacité ait été reconnue avant 18 ans (ou avant 26 ans pour ceux qui remplissent les conditions précédentes) ;
- les enfants nés viables moins de 300 jours après le décès du participant.

Organisations souscriptrices :

Les organisations patronales et salariales ayant souscrit auprès de l'Institution un contrat relatif à la mise en place du régime de « Prévoyance » conventionnel Décès et Incapacité – Invalidité du personnel permanent cadre et non cadre **des entreprises relevant du champ d'application de la Convention collective, ci-après dénommé le régime de « Prévoyance » conventionnel.**

Pacsé :

La personne liée au participant par un pacte civil de solidarité non rompu.

Participant :

Le salarié appartenant à la catégorie de personnel définie **à l'article DGP-2** de la présente notice et au profit duquel l'employeur a adhéré aux Règlements de l'Institution pour la mise **en œuvre des garanties indiquées au descriptif des garanties de « Prévoyance » conventionnelles.**

Régime :

Ensemble de garanties proposées permettant la couverture d'un risque déterminé.

Risque :

Evènement incertain ou de date incertaine contre lequel l'adhérent souhaite couvrir les participants.

DGP-2 - Conditions d'affiliation

Est affilié aux garanties, **tout salarié permanent cadre et non cadre de l'adhérent** sous contrat de travail à durée indéterminée ou déterminée de droit commun, affilié en son nom **propre au régime général de la Sécurité sociale ou au régime local d'Alsace Moselle.** Par cette affiliation, le salarié devient **participant de l'Institution.**

Il est précisé que **le salarié intermittent du spectacle et de l'audiovisuel de l'adhérent n'est pas** visé par la présente notice dans la mesure où il bénéficie du régime de prévoyance **de l'Accord Interbranche** du 16 juin 2008.

DGP-2.1 - Affiliation à l'adhésion

Les salariés de l'adhérent sont, après accord de l'Institution, affiliés à la date de prise d'effet du **bulletin d'adhésion** à condition que soient adressés les demandes d'affiliation remplies et signées par l'adhérent et par chaque salarié assurable.

L'adhérent s'engage à affilier tous les salariés présents et futurs, appartenant à la catégorie de personnel définie ci-dessus.

DGP-2.2 – Admission des participants en arrêt de travail à la date d'effet de l'adhésion de l'entreprise

Les salariés en incapacité de travail ou invalidité à la date d'effet de l'adhésion et faisant toujours partie des effectifs de l'adhérent, peuvent bénéficier, selon les dispositions énoncées ci-après, des garanties de la présente notice **à la condition impérative que l'adhérent en ait joint la liste lors de la demande d'adhésion.**

- Garanties en cas de décès :

- Salarié non couvert par des garanties en cas de décès auprès d'un précédent organisme assureur :

Il bénéficie immédiatement des garanties en cas de décès de la présente notice.

- Salarié couvert par des garanties en cas de décès auprès d'un précédent organisme assureur :

Si, **à la demande de l'adhérent**, le précédent organisme assureur a opéré le transfert à l'Institution des provisions correspondantes constituées, il bénéficie immédiatement de l'intégralité des garanties en cas de décès de la présente notice.

Si ce transfert des provisions n'a pas été effectué, il bénéficie immédiatement des garanties en cas de décès de la présente notice **sous déduction des prestations dues par le précédent organisme assureur.**

Dans le cas où l'Institution est le précédent organisme assureur, il bénéficie immédiatement de l'intégralité des garanties en cas de décès de la présente notice.

- Garanties incapacité - invalidité :

- Salarié non couvert par un précédent organisme assureur :

Il bénéficie immédiatement des garanties incapacité – invalidité de la présente notice.

- Salarié couvert par un précédent organisme assureur :

Il bénéficie immédiatement des garanties incapacité – invalidité de la présente notice, **sous déduction des prestations dues par le précédent organisme assureur.**

Dans le cas où l'Institution est le précédent organisme assureur, il bénéficie immédiatement des garanties incapacité – invalidité de la présente notice.

- Revalorisations futures des prestations incapacité-invalidité en cours de service à la date d'effet de l'adhésion de l'entreprise

Les prestations incapacité-invalidité en cours de service par un précédent organisme assureur à la date d'effet de l'adhésion de l'entreprise sont revalorisées par l'Institution dans les conditions prévues à l'article DGP-6 de la présente notice.

DGP-2.3 - Affiliation postérieure à l'adhésion

Pour les nouveaux participants, les garanties prennent effet pour une durée d'un mois à compter de la date d'embauche ou de changement de catégorie de personnel. Au cours de cette période, l'adhérent s'engage à faire parvenir les pièces nécessaires à l'affiliation. **Au-delà de ce délai, si l'Institution n'est pas en possession de la demande d'affiliation, les garanties ne seront accordées qu'en cas d'accident.**

DGP-3 - Modification des garanties

En cas de modification des garanties, le participant en arrêt de travail pour maladie ou accident est couvert selon les modalités contractuelles en vigueur à la date d'arrêt de travail.

Il est précisé que la modification des garanties conventionnelles ne peut résulter que du fait des modifications du texte conventionnel ou d'une décision de l'Institution dans le respect des obligations fixées par le texte conventionnel.

DGP-4 – Suspension et cessation des garanties

Les garanties sont suspendues dans les conditions prévues à l'article DGP – 9 de la présente notice.

Les garanties, sous réserve des dispositions de l'article DGP-9, cessent au plus tard :

- **à la date de prise d'effet de leur suspension ou de leur résiliation ;**
- **à la date de radiation du participant des effectifs de l'adhérent ou celle à laquelle il cesse d'appartenir à la catégorie de personnel définie à l'article DGP-2 de la présente notice ;**
- **à la date de prise d'effet de la retraite de la Sécurité sociale du participant.**

DGP-5 - Traitement de base

Le traitement de base servant au calcul des prestations est égal à la rémunération fixe brute, telle que déclarée à la Sécurité sociale, effectivement perçue au cours des 12 mois civils précédant le décès ou l'arrêt de travail, majorée des éléments variables sur la même période et limitée aux tranches de rémunération définies ci-après au *descriptif des garanties*.

Le traitement de base, ainsi déterminé à l'arrêt de travail, est actualisé, entre la date de l'arrêt de travail et la date du point de départ des prestations incapacité / invalidité ou la date du décès, en fonction de l'évolution du taux de revalorisation prévu à l'article DGP-6.

Le traitement de base est déterminé en fonction d'une rémunération reconstituée à temps complet lorsque :

- le participant, au moment du sinistre ou de la cessation d'activité, n'a pas accompli dans la fonction le temps d'activité prévu au présent article ;
- en cas d'arrêt de travail ou de temps partiel thérapeutique, la rémunération a été réduite ou supprimée au cours de la période de référence prévue au présent article.

En cas d'embauche au cours des 12 mois précédant l'évènement, le salaire pris en compte est le salaire annuel figurant au contrat de travail.

Si la rémunération a été réduite ou supprimée au cours des 12 mois civils précédant l'évènement, l'adhérent doit préciser la rémunération brute effectivement perçue par le salarié et celle qu'il aurait perçue s'il avait travaillé normalement au cours des mois considérés.

DGP-6 - Revalorisation des prestations

Les prestations sont revalorisées une fois par an. Le taux de revalorisation est fixé par le Conseil d'administration en fonction des résultats de l'Institution et de l'évolution des prix.

La première revalorisation prend effet à la date de variation du taux qui suit le point de départ des prestations.

En cas de résiliation du certificat d'adhésion, la revalorisation cesse et les prestations sont maintenues au niveau atteint au jour de la résiliation.

DGP-7 - Déclaration des sinistres

Tout sinistre doit être déclaré par lettre à l'Institution. Cette déclaration précisant la date du sinistre doit être faite dans le respect des délais propres à chaque garantie et accompagnée des pièces justificatives nécessaires au règlement de chaque prestation.

L'Institution peut demander les justifications nécessaires et se réserve le droit de vérifier l'exactitude des déclarations.

DGP-8 - Contrôle médical

Lors d'une demande de prestations ou pendant leur service, l'Institution se réserve le droit de procéder à un contrôle médical et de réviser les conditions de versement des prestations, voire cesser ou refuser le versement des prestations. Les conclusions de ce contrôle s'imposent au participant sans qu'il puisse se prévaloir de la poursuite de l'indemnisation par la Sécurité sociale.

Le participant qui conteste une décision de l'Institution relative à son état de santé peut se faire représenter par son médecin dans une entrevue amiable avec le médecin de l'Institution. En cas de désaccord entre le participant et son médecin d'une part, et le médecin de l'Institution d'autre part, les parties font appel à un troisième médecin pour les départager. Faute d'accord sur le choix de ce médecin, un médecin sera désigné par le Tribunal de grande instance du domicile du participant sur requête de la partie la plus diligente. L'avis de ce troisième médecin est accepté par les deux parties.

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

En cas de refus d'un participant de répondre à un contrôle médical ou de justifier sa situation médicale ou sa situation au regard de la Sécurité sociale, le paiement des prestations sera refusé ou suspendu sans droit de rappel ultérieur.

DGP-9 - Maintien des garanties

DGP-9.1 – Maintien des garanties en cas de décès pendant l'arrêt de travail du participant

Les garanties en cas de décès sont maintenues pendant la durée du versement par la Sécurité sociale des indemnités journalières, des pensions d'invalidité ou des rentes d'accident du travail ou de maladie professionnelle correspondant à un taux d'incapacité égal ou supérieur à 33 % ; les cotisations restant dues.

Le maintien prend fin :

- **à la date de reprise d'une activité totale de service par le participant ;**
- **à la date de prise d'effet de la retraite Sécurité sociale et, au plus tard, à la fin du mois du 65^e anniversaire, pour le bénéficiaire d'indemnités journalières ;**
- **à la fin du mois du 60^e anniversaire pour le titulaire d'une pension d'invalidité de la Sécurité sociale ou d'une rente d'accident du travail ou de maladie professionnelle correspondant à un taux d'incapacité égal ou supérieur à 33 %.**

DGP-9.2 – Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail

Les garanties de la présente notice, sous réserve du paiement des cotisations, sont maintenues pour le participant dont la suspension du contrat de travail donne lieu à une indemnisation, prenant la forme d'un maintien total ou partiel de sa rémunération par l'employeur ou d'un versement d'indemnités journalières complémentaires directement par l'employeur ou pour son compte par l'Institution ou un autre organisme assureur.

Dans les cas de suspension de contrat de travail ne donnant pas lieu à une indemnisation telle que définie ci-avant, les garanties de la présente notice ainsi que le paiement des cotisations sont suspendues pendant la durée de suspension du contrat de travail.

En tout état de cause, les dispositions de l'article DGP-9.1 de la présente notice concernant le maintien des garanties en cas de décès pendant l'arrêt du travail du participant s'appliquent.

DGP-10 - Exclusions / Déchéance

10.1 - Exclusions concernant l'incapacité / invalidité

Les faits intentionnellement et volontairement provoqués par le participant ne sont pas couverts.

10.2 - Exclusions concernant le capital décès accidentel

La garantie capital décès accidentel ne s'applique pas dans les cas suivants :

- faits intentionnellement et volontairement provoqués par le participant ;
- guerres civiles ou étrangères : quelles qu'en soient les circonstances ;
- émeutes et actes de terrorisme : sauf si le participant n'y prend pas une part active ou s'il effectue son devoir professionnel pour le compte de l'adhérent ;
- rixes : sauf en cas de légitime défense ;
- utilisation de l'ULM, du deltaplane, du parachute et autres formes de vol libre ;
- courses, matches, paris : lorsque le participant prend part en tant que concurrent à des compétitions sportives, matches, paris, concours ou essais, comportant l'utilisation d'animaux, de véhicules et d'embarcations à moteur ou de moyens de vols aériens ;
- état d'ivresse : lorsque le taux d'alcoolémie du participant est susceptible d'être pénalement sanctionné par la législation française en vigueur pour la conduite d'un véhicule (sauf si le bénéficiaire prouve que l'accident est sans relation avec cet état) ;
- usage de stupéfiants non prescrits médicalement ;
- atome : sont exclus les sinistres provenant directement ou indirectement de la désintégration du noyau atomique ou dus à des radiations ionisantes quelles qu'en soient l'origine et l'intensité.

10.3 - Déchéance

Le bénéficiaire qui a été condamné pour avoir donné volontairement la mort au participant est déchu du bénéfice des garanties, celles-ci produisant leurs effets au profit des autres bénéficiaires.

DGP-11 - Etendue territoriale

Les garanties s'exercent sur le territoire français. Elles peuvent cependant s'exercer dans le monde entier lors de déplacements privés ou professionnels ou à l'occasion du détachement d'un participant hors du territoire français.

DGP-12 - Résiliation

En cas de résiliation des garanties conventionnelles par les Organisations souscriptrices, les garanties cessent pour tous les participants à la date d'effet de la résiliation.

Les participants peuvent alors souscrire, sans délai d'attente ni formalités médicales, une garantie individuelle capital décès pour un capital au plus égal à celui précédemment assuré sous réserve qu'ils en fassent la demande dans les 2 mois qui suivent la date de résiliation desdites garanties.

Pour les participants en état d'incapacité temporaire et permanente de travail ou en état d'invalidité :

- les garanties en cas de décès sont maintenues, le traitement de base servant au calcul des prestations étant maintenu au niveau atteint à la date de la résiliation. Dans le cas où le salarié exerce une activité réduite et bénéficie de ce fait de droits au titre d'un nouveau contrat ou certificat d'adhésion, les prestations versées au titre de ces dispositions le seront sous déduction des prestations accordées au titre du nouveau contrat ou certificat d'adhésion ;
- les prestations périodiques versées sous forme d'indemnités journalières ou de rentes en cours de service continueront d'être versées sur la base du montant de la dernière échéance précédant la résiliation et sans revalorisation postérieure à la date de la résiliation.

DGP-13 - Redressement judiciaire / Liquidation judiciaire / Procédure du sauvegarde / Disparition de l'entreprise

En cas de résiliation des garanties suite à un redressement judiciaire, à une liquidation judiciaire, une procédure de sauvegarde ou à une disparition de l'entreprise, les dispositions de l'article DGP-12 s'appliquent. Toutefois,

- le maintien des garanties décès en cas d'arrêt de travail prévu à l'article DGP-9 de la présente notice se poursuit, **de même que l'application de la revalorisation mentionnée à l'article DGP-5 alinéa 2 de la présente notice ;**
- les prestations périodiques versées sous forme d'indemnités journalières ou de rentes en cours de service à la date d'effet de la résiliation sont maintenues par l'Institution, **de même que l'application de la revalorisation mentionnée à l'article DGP-6 de la présente notice.**

En cas de résiliation des garanties conventionnelles par les Organisations souscriptrices ou l'Institution postérieurement au redressement judiciaire, la liquidation judiciaire, la procédure de sauvegarde ou la disparition de l'entreprise, les dispositions de l'article DGP-12 se substituent alors au présent article.

DGP-14 - Prescription

Toutes les actions dérivant des opérations mentionnées à la présente notice sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Le délai de prescription est porté à cinq ans en ce qui concerne l'incapacité de travail.

Il est porté à dix ans pour les opérations liées à la durée de la vie humaine 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.

Toutefois, conformément à l'article L.932-13 du code de la sécurité sociale, ces délais ne courent :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Institution en a eu connaissance ;

2° En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignorée jusque-là.

Dans une telle hypothèse, il est précisé que pour les contrats d'assurance sur la vie, les actions du bénéficiaire sont, en tout état de cause, prescrites au plus tard trente ans à compter du décès du participant.

En outre, quand l'action de l'adhérent, du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre l'Institution a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'adhérent, le participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit ou a été indemnisé par celui-ci.

DGP-15 - Subrogation

Les prestations ayant un caractère indemnitaire pour le participant, il pourra être fait application, le cas échéant, des dispositions de l'article L 931-11 du Code de la Sécurité sociale.

L'Institution est subrogée, à concurrence des sommes versées, dans les droits et actions du participant contre tout tiers responsable.

DGP-16 - Contrôle

L'Institution, régie par le code de la Sécurité sociale, est soumise au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.

DGP-17 - Informatique et libertés

L'Institution s'engage à prendre toutes les précautions utiles afin de préserver la sécurité des informations qu'elle a recueillies pour sa gestion. Aucune information gérée ne pourra faire l'objet d'une cession ou d'une mise à disposition à des fins commerciales.

Dans le cadre strict du groupe de protection sociale auquel appartient l'Institution, les données gérées par l'Institution sont appelées à être partagées et ce dans le respect des dispositions du présent article.

Tout participant ou bénéficiaire peut demander toute communication, rectification, mise à jour ou effacement d'informations le concernant ; il pourra exercer ce droit d'accès au siège social de l'Institution.

DGP-18 - Fausses déclarations

Les déclarations faites, tant par l'adhérent ou par son conseil que par le participant, servent de base à la garantie. L'Institution se réserve ainsi la possibilité de vérifier les données communiquées.

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle du participant, la garantie accordée au participant est nulle.

L'annulation du certificat d'adhésion ou de garanties s'accompagne de la restitution de l'ensemble des prestations payées à ce titre.

DGP-19 - Réclamations

Les participants peuvent, sans préjudice des actions en justice qu'ils ont la possibilité d'exercer par ailleurs, adresser leurs réclamations auprès du service juridique par courrier à l'adresse du siège social de l'Institution.

REGIME CAPITAL EN CAS DE DECES

DC-1 - Garantie capital décès toutes causes

En cas de décès du participant, les bénéficiaires désignés perçoivent un capital dont le montant est fixé ci-après au *descriptif des garanties de « Prévoyance » conventionnelles*.

En cas d'invalidité permanente totale, le participant peut percevoir par anticipation le capital prévu en cas de décès toutes causes.

Le participant est considéré en état d'**invalidité permanente totale** lorsqu'il est reconnu invalide 3^e catégorie par la Sécurité sociale ou bénéficie au titre de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles d'une rente correspondant à un taux d'incapacité de 100 % assortie d'une majoration pour assistance d'une tierce personne.

La demande doit être effectuée dans les 12 mois qui suivent la date de notification d'attribution de la pension ou de la rente par la Sécurité sociale. La situation de famille retenue pour le calcul du capital est celle du participant au jour de la reconnaissance de l'invalidité ou de l'incapacité permanente par la Sécurité sociale.

Le versement du capital en cas d'invalidité permanente totale met fin à la garantie capital décès toutes causes du participant et à la garantie capital décès accidentel.

DC-2 - Garantie double effet

L'Institution peut verser un second capital égal au capital décès toutes causes du participant, en cas de décès simultané ou postérieur du conjoint ou du pacsé du participant, avec enfant(s) à charge.

Le bénéfice de cette garantie est accordé à condition que :

- les garanties conventionnelles soient en vigueur au moment de l'évènement ;
- le conjoint ou le pacsé du participant ne soit pas engagé à nouveau dans les liens du mariage ou par un pacte civil de solidarité ;
- les enfants à charge à la date du décès du conjoint ou du pacsé, l'étaient déjà antérieurement à la date du décès du participant.

Ce capital est versé à l'enfant ou aux enfants à charge, il est éventuellement réactualisé en fonction du **taux de revalorisation prévu à l'article DGP-6** de la présente notice.

DC-3 - Garantie capital décès accidentel

Lorsque le décès ou l'invalidité permanente totale du participant est imputable à un accident, l'Institution verse un capital supplémentaire dont le montant est fixé ci-après au *descriptif des garanties de « Prévoyance » conventionnelles*. **Le décès ou l'invalidité permanente totale doit intervenir dans les douze mois qui suivent cet accident.**

Le capital décès accidentel n'est pas dû en cas d'accident postérieur à la date à laquelle le participant est reconnu en invalidité permanente totale si celui-ci a perçu par anticipation le capital décès toutes causes.

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. N'est pas considéré comme accidentel, le décès survenu à la suite d'une affection cardiaque ou d'une intervention chirurgicale.

La preuve de la relation directe de cause à effet entre l'accident et le décès ou l'invalidité permanente totale du participant, ainsi que la preuve de la nature de l'accident, incombent au bénéficiaire.

DC-4 - Garantie frais d'obsèques

L'Institution verse une indemnité, dont le montant est fixé ci-après au *descriptif des garanties de « Prévoyance » conventionnelles*, en cas de décès du conjoint ou pacsé du participant **ou d'un enfant à charge tels que définis à l'article DGP - 1** de la présente notice.

Cette indemnité est versée au participant à condition **qu'il se soit** acquitté des frais d'obsèques et sur présentation de la facture des pompes funèbres.

Cette indemnité est limitée aux frais réellement engagés.

La qualité des personnes ouvrant droit à cette garantie s'apprécie au moment du décès.

Cette garantie est maintenue en cas de résiliation des garanties conventionnelles dans les **conditions prévues à l'article DGP - 9.1** de la présente notice.

DC-5 - Majoration pour charges de famille

Le *descriptif des garanties de « Prévoyance » conventionnelles* prévoit une majoration de capital en fonction des charges de famille du participant. Pour le calcul de cette majoration, sont retenus les enfants légitimes, reconnus, adoptifs ou recueillis considérés à charge tels que définis **à l'article DGP-1** de la présente notice.

En cas de décès au cours d'un même événement du participant, de son conjoint, de son pacsé ou de personnes ouvrant droit à majoration pour le calcul du capital décès, sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès, la situation de famille retenue pour le calcul du capital est celle du participant à la veille de l'événement.

DC-6 - Bénéficiaires

En cas de décès du participant, le capital est versé :

- en priorité au conjoint du participant ou à son pacsé ;
- à défaut, par parts égales entre eux, aux enfants du participant légitimes, reconnus, adoptifs ou recueillis, vivants ou représentés ou bien nés viables dans les 300 jours suivant le décès du participant ;
- à défaut, par parts égales entre eux, au père et mère du participant et, en cas de décès de l'un d'eux, au survivant pour la totalité ;
- à défaut, par parts égales entre eux, aux héritiers du participant.

Le participant peut à tout moment, par désignation particulière effectuée par acte sous seing privé ou par acte authentique, indiquer un ou plusieurs bénéficiaires de son choix. **Lorsqu'une désignation particulière de bénéficiaire est effectuée, celle-ci devient irrévocable en cas d'acceptation par le bénéficiaire nommément désigné.**

La naissance ou l'adoption d'un enfant, le mariage, le divorce constaté judiciairement, la rupture du Pacs et le décès de tous les bénéficiaires désignés rendent caduque la désignation antérieure d'un ou de plusieurs bénéficiaires, à défaut par ce ou ces derniers d'avoir expressément accepté le bénéfice de la désignation antérieurement à l'un de ces événements par notification à l'Institution.

La date d'effet de la caducité est :

- en cas de divorce, celle à laquelle le jugement le prononçant est devenu définitif entre les ex-époux. Il est cependant précisé que pour le divorce, le bénéfice de la désignation est maintenu au conjoint si le participant en a émis la volonté et qu'elle a été constatée par le juge au moment du prononcé du divorce (article 265 alinéa 2 du Code civil) ;
- en cas de rupture d'un pacs, celle de la mention en marge de l'acte initial si la rupture est conjointe, 3 mois après la signification au co-pacsé si la rupture est unilatérale ;
- en cas de mariage, la date du mariage ;
- en cas de décès, la date du décès du seul bénéficiaire désigné ou de l'ensemble des bénéficiaires désignés.

En cas de désignation multiple de bénéficiaire, le décès de l'un d'entre eux entraîne la redistribution du capital sur les bénéficiaires restant.

Il est toutefois précisé que dans les cas où les garanties prévoient des majorations pour enfant à charge :

- lorsque le bénéficiaire n'est pas le conjoint, le pacsé ou les enfants à charge ;
ou
- lorsque le conjoint ou le pacsé est privé de l'exercice de l'autorité parentale ;

la majoration éventuelle pour enfant à charge doit obligatoirement profiter aux seuls enfants ouvrant droit à cette majoration qui leur est alors attribuée par parts égales (sauf stipulation particulière de l'intéressé).

La part de capital correspondant aux majorations pour enfants à charge est attribuée par parts égales à ceux-ci. Celle-ci doit être versée à l'enfant s'il est majeur ou à son représentant légal s'il ne dispose pas de la capacité juridique

En cas d'invalidité permanente totale, l'intégralité du capital est versée au participant lui-même.

DC-7 - Formalités

Le paiement des prestations sera effectué après réception par l'Institution des pièces justificatives transmises par l'adhérent, le participant et/ou ses bénéficiaires, comprenant notamment :

- une demande de prestations **comportant l'attestation par l'adhérent** que le participant appartenait bien à la catégorie de personnel garanti à la date du décès ;
- **un extrait d'acte de décès du participant ou bien la notification de l'invalidité permanente totale ;**
- un certificat médical attestant que le décès est dû ou non à une cause naturelle ;
- **les pièces justificatives de la qualité de bénéficiaire ou d'enfant à charge suivantes :**
 - un extrait intégral **d'acte de naissance avec les mentions marginales à jour** au moment du sinistre ;
 - **une copie de l'attestation délivrée par le greffe du tribunal d'instance qui a enregistré le Pacs, à jour** au moment du sinistre ;
 - **une copie du dernier avis d'imposition du participant, de son conjoint ou de son pacsé ;**
 - **une copie de la carte d'étudiant ou du certificat de scolarité pour les enfants de plus de 16 ans ;**
 - **une copie de la carte nationale d'apprenti ;**

- **une copie d'une pièce administrative ou salariale justifiant les ressources** pour les enfants quelque soit leur âge qui au titre des personnes handicapées perçoivent une allocation prévue par la Loi du 30 juin 1975 (ou seraient susceptibles de la percevoir si leurs ressources ne dépassaient pas le plafond prévu par la loi, à condition **toutefois qu'elles restent inférieures au SMIC) sous réserve que leur incapacité ait été reconnue avant 18 ans ;**
- une copie du jugement de divorce mentionnant le versement de la pension alimentaire pour les enfants non confiés à la garde du participant mais pour les lesquels il est tenu de verser une pension alimentaire.

Toute autre pièce nécessaire sera spécialement demandée par l'Institution.

REGIME INCAPACITE / INVALIDITE

II-1 - Définition et montant des prestations

II-1.1 - Indemnités journalières

Tout participant cessant son travail par suite de maladie ou d'accident et percevant des indemnités journalières de la Sécurité sociale au titre de l'Assurance maladie ou de l'Assurance accident du travail et maladie professionnelle, est admis au bénéfice d'indemnités journalières complémentaires.

Ces indemnités journalières complémentaires sont dues à l'expiration d'une période d'incapacité de travail dénommée franchise.

La durée et les modalités d'application de cette franchise ainsi que le montant de l'indemnité journalière complémentaire sont fixés ci-après au *descriptif des garanties de « Prévoyance » conventionnelles*.

II-1.2 - Rente d'invalidité

Il est attribué une rente complémentaire d'invalidité à tout participant bénéficiant d'une pension d'invalidité de 1^{ère}, 2^e ou 3^e catégorie de la Sécurité sociale.

Le montant de la rente complémentaire d'invalidité est fixé ci-après au *descriptif des garanties de « Prévoyance » conventionnelles*.

En cas de modification de la catégorie d'invalidité reconnue par la Sécurité sociale, l'allocation versée par l'Institution est modifiée à partir de la même date, sous réserve des **dispositions de l'article DGP-8** de la présente notice.

II-1.3- Rente d'incapacité permanente

Il est attribué une rente complémentaire à tout participant bénéficiant d'une rente d'incapacité permanente résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.

Il est convenu pour l'application de la garantie, que :

- l'incapacité permanente résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle correspondant à un taux d'incapacité déterminé par la Sécurité sociale égal ou supérieur à 33 % et inférieur à 66 % est assimilée à une invalidité de 1^{ère} catégorie de la Sécurité sociale ;
- lorsque le taux d'incapacité déterminé par la Sécurité sociale est égal ou supérieur à 66 %, l'assimilation est faite à une invalidité de 2^e catégorie de la Sécurité sociale ;
- la perception d'une allocation de tierce personne de la Sécurité sociale entraîne l'assimilation à une invalidité de 3^e catégorie de la Sécurité sociale.

Aucune rente n'est servie en cas d'incapacité permanente dont le taux est inférieur à 33 %.

Le montant de la rente d'incapacité permanente est fixé ci-après au *descriptif des garanties de « Prévoyance » conventionnelles*.

En cas de modification du taux d'incapacité permanente déterminé par la Sécurité sociale, l'allocation versée par l'Institution est modifiée à partir de la même date, sous réserve des **dispositions de l'article DGP-8** de la présente notice.

II-2 - 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 survenant dans un délai maximum de deux mois suivant la reprise du travail, est considéré comme une rechute.

Aucune franchise, en dehors de celle éventuellement pratiquée par la Sécurité sociale, n'est alors appliquée et les prestations sont calculées sur les mêmes bases que celles de l'arrêt de travail précédent.

La garantie en vigueur à la date du premier arrêt de travail est retenue.

II-3 - Reprise d'activité

En cas de reprise totale ou partielle d'activité, si le participant continue à bénéficier **d'indemnités journalières ou d'une rente d'invalidité ou d'incapacité permanente**, l'Institution accorde des prestations complémentaires réduites dans la limite fixée par la règle de cumul de l'article II-4.

Dans le cas où le participant bénéficiant d'une rente d'invalidité ou d'incapacité permanente reprend une activité à temps partiel, le calcul des prestations pouvant lui être versées dans le cadre de la règle de cumul est effectué une fois pour toutes au moment de la reprise d'activité à temps partiel.

Le participant ou l'adhérent doit sans délai informer l'Institution de la reprise d'activité totale ou partielle ou bien de toute modification de la situation à l'égard de la Sécurité sociale. **A défaut, le participant doit rembourser les prestations qui lui ont été indûment versées et, dans le cas où il est animé d'une intention frauduleuse, il est déchu de ses droits.**

II-4 - Règle de cumul

Le montant des prestations pourra être réduit si l'Institution constate à l'ouverture des droits ou ultérieurement en cas de reprise d'une activité professionnelle que le participant en incapacité ou invalidité perçoit une rémunération totale supérieure à son salaire net d'activité, défini comme étant égal au traitement de base brut d'activité diminué de la part salariale des cotisations légales, conventionnelles, contractuelles et de la C.S.G. En cas de dépassement, la prestation servie par l'Institution est réduite à due concurrence.

Pour la détermination de cette rémunération totale sont pris en compte :

- le salaire éventuellement perçu de l'employeur ;
- les indemnités ou rentes versées par la Sécurité sociale et autres organismes complémentaires ;
- les indemnités ou rentes versées par l'Institution.

Le complément de prestation accordé par la Sécurité sociale, au titre de l'assistance d'une tierce personne, n'entre pas dans ce calcul.

II-5 - Paiement et durée

II-5.1 - Indemnités journalières

Les indemnités journalières sont versées, sous réserve des dispositions de l'article DGP-7 de la présente notice, sur présentation des décomptes de la Sécurité sociale, soit à l'adhérent, soit au participant après rupture du contrat de travail.

Elles sont versées tant que le participant perçoit les indemnités journalières de la Sécurité sociale.

Elles cessent au jour où la pension vieillesse de la Sécurité sociale du participant est liquidée.

Elles cessent à l'attribution d'une pension d'invalidité ou d'une rente d'incapacité permanente et au plus tard au 65^e anniversaire du participant.

Elles cessent en cas d'expertise médicale, s'il est établi que le participant n'est pas dans l'incapacité de travail.

Elles sont suspendues durant le versement des indemnités journalières maternité.

II-5.2 - Rentes d'invalidité ou d'incapacité permanente

Les rentes complémentaires d'invalidité ou d'incapacité permanente sont versées par douzième, à la fin de chaque mois civil, sur présentation d'un justificatif de la Sécurité sociale, le premier et le dernier paiement pouvant ne représenter qu'un prorata de rente.

Elles sont servies tant que dure l'invalidité ou l'incapacité permanente et que le participant perçoit une pension d'invalidité ou une rente d'accident du travail ou de maladie professionnelle de la Sécurité sociale, sous réserve des dispositions de l'article DGP-7 de la présente notice.

Elles cessent au jour où la pension vieillesse de la Sécurité sociale du participant est liquidée et, au plus tard, à la fin du mois de son 60^e anniversaire.

Elles cessent en cas d'expertise médicale, s'il est établi que l'assuré n'est pas dans l'incapacité de travail.

II-6 - Formalités

Tout accident ou maladie entraînant un arrêt de travail donnant lieu à prestation complémentaire doit être déclaré dans un délai de deux mois (de date à date) à compter de l'expiration de la franchise, sinon l'arrêt de travail est considéré comme ayant débuté au jour de la déclaration.

Le dossier est constitué par l'adhérent et/ou le participant (en cas d'invalidité) qui transmettent tous les éléments à l'Institution pour traitement. Les prestations sont payables avec les pièces suivantes :

- les décomptes de la Sécurité sociale ;
- l'attestation des salaires payés par l'adhérent ;
- l'attestation d'arrêt de travail de l'adhérent ;
- l'attestation de l'adhérent de reprise d'activité ;
- la justification du versement de prestations par d'autres régimes de prévoyance.

L'Institution peut demander toutes autres pièces justificatives qui pourraient être nécessaires pour constituer le dossier.

DESCRIPTIF DES GARANTIES DE « PREVOYANCE » CONVENTIONNELLES

DGPC-1 – Descriptif et montant des garanties de « prévoyance » conventionnelles du personnel permanent cadre

Les garanties figurant dans le tableau ci-après sont accordées sous réserve des dispositions prévues dans la présente notice.

Traitement de base des prestations	<p>Le traitement de base servant au calcul des prestations, tel que défini à l'article DGP-5 de la présente notice, est limité, selon les garanties souscrites, aux tranches de salaire suivantes :</p> <p><u>Pour les garanties en cas de décès :</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Tranche 1 (T1) : fraction du salaire du 1^{er} euro au plafond de la Sécurité sociale. <p><u>Pour les garanties incapacité – invalidité :</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Tranche 1 (T1) : fraction du salaire du 1^{er} euro au plafond de la Sécurité sociale ;• Tranche 2 (T2) : fraction du salaire comprise entre une et quatre fois le plafond de la Sécurité sociale.
Garantie capital décès toutes causes	<p>En cas de décès toutes causes du participant, l'Institution verse aux bénéficiaires désignés un capital, calculé en % du traitement de base, dont le montant est fixé comme suit :</p> <p><u>Base</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Participant, quelle que soit sa situation de famille : 350 % T1 <p><u>Majoration</u> (dès le 1^{er} enfant à charge)</p> <ul style="list-style-type: none">• Par enfant à charge : 100 % T1 <p>En cas d'invalidité permanente totale, le participant peut percevoir par anticipation le capital décès toutes causes. Ce versement met alors fin aux garanties capital décès toutes causes et capital décès accidentel.</p>
Garantie capital décès accident	<p>En cas de décès du participant imputable à un accident, l'Institution verse aux bénéficiaires désignés un capital supplémentaire au capital décès toutes causes dont le montant est fixé comme suit :</p> <ul style="list-style-type: none">• 100 % du capital versé en cas de décès toutes causes <p>En cas d'invalidité permanente totale imputable à un accident, le participant peut percevoir par anticipation le capital décès accidentel. Ce versement met alors fin à la présente garantie.</p>
Garantie double effet	<p>En cas de décès simultané ou postérieur du conjoint ou du pacsé du participant, avec enfant(s) à charge, l'Institution verse au profit de ces derniers et par parts égales entre eux, un second capital, calculé selon la situation de famille du participant lors de son décès, dont le montant est fixé comme suit :</p> <ul style="list-style-type: none">• 100 % du capital versé en cas de décès toutes causes

<p>Frais d'obsèques</p>	<p>En cas de décès du conjoint ou pacsé du participant ou d'un enfant à charge, l'Institution verse au participant s'étant acquitté des frais d'obsèques une indemnité dont le montant est fixé comme suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 100 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur à la date du décès, dans la limite des frais réellement engagés
<p>Incapacité temporaire</p>	<p>L'Institution verse une indemnité journalière en cas d'arrêt de travail pour maladie ou accident ouvrant droit aux prestations en espèces de la Sécurité sociale au titre de l'assurance maladie ou au titre de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles.</p> <p>Cette indemnité est versée à l'issue d'une période dénommée franchise dont la durée est fixée comme suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Franchise : 90 jours continus <p>Cette indemnité est calculée en % de la 365^e partie du traitement de base sous déduction des prestations de la Sécurité sociale. Son montant est fixé comme suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 80 % T1 <p>et</p> <ul style="list-style-type: none"> • 60 % T2 porté à 90 % T2 si le participant a trois enfants ou plus à charge au sens de la Sécurité sociale.
<p>Invalidité permanente</p>	<p>L'Institution verse une rente lorsque le participant perçoit de la Sécurité sociale une pension d'invalidité au titre de l'assurance maladie. Cette rente est calculée en % du traitement de base, sous déduction des prestations de la Sécurité sociale. Son montant annuel est fixé comme suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>invalidité 1^{ère} catégorie</u> 52,50 % T1 et 45 % T2 • <u>invalidité 2^e et 3^e catégories</u> 80 % T1 et 60 % T2
<p>Incapacité permanente</p>	<p>L'Institution verse une rente lorsque le participant perçoit de la Sécurité sociale une pension d'incapacité permanente au titre de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles. Cette rente est calculée en % du traitement de base, sous déduction des prestations de la Sécurité sociale. Son montant annuel est fixé comme suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>taux* entre 33 % et 65 %</u> 52,50 % T1 et 45 % T2 • <u>taux* égal ou supérieur à 66 %</u> 80 % T1 et 60 % T2 <p>Aucune rente n'est versée pour un taux* inférieur à 33 %.</p> <p>*taux d'incapacité permanente déterminé par la Sécurité sociale</p>

DGPC-2 - Descriptif et montant des garanties de « prévoyance » conventionnelles du personnel permanent non cadre

Les garanties figurant dans le tableau ci-après sont accordées sous réserve des dispositions prévues dans la présente notice.

<p>Traitement de base des prestations</p>	<p>Le traitement de base servant au calcul des prestations, tel que défini à l'article DGP-5 de la présente notice, est limité à la tranche de salaire suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tranche 1 (T1) : fraction du salaire du 1^{er} euro au plafond de la Sécurité sociale.
<p>Garantie capital décès toutes causes</p>	<p>En cas de décès toutes causes du participant, l'Institution verse aux bénéficiaires désignés un capital, calculé en % du traitement de base, dont le montant est fixé comme suit :</p> <p><u>Base</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Participant, quelle que soit sa situation de famille : 250 % <p><u>Majoration</u> (dès le 1^{er} enfant à charge)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Par enfant à charge : 50 % <p>En cas d'invalidité permanente totale, le participant peut percevoir par anticipation le capital décès toutes causes. Ce versement met alors fin aux garanties capital décès toutes causes et capital décès accidentel.</p>
<p>Garantie capital décès accident</p>	<p>En cas de décès du participant imputable à un accident, l'Institution verse aux bénéficiaires désignés un capital supplémentaire au capital décès toutes causes dont le montant est fixé comme suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 100 % du capital versé en cas de décès toutes causes <p>En cas d'invalidité permanente totale imputable à un accident, le participant peut percevoir par anticipation le capital décès accidentel. Ce versement met alors fin à la présente garantie.</p>
<p>Garantie double effet</p>	<p>En cas de décès simultané ou postérieur du conjoint ou du pacsé du participant, avec enfant(s) à charge, l'Institution verse au profit de ces derniers et par parts égales entre eux, un second capital, calculé selon la situation de famille du participant lors de son décès, dont le montant est fixé comme suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 100 % du capital versé en cas de décès toutes causes

<p>Frais d'obsèques</p>	<p>En cas de décès du conjoint ou pacsé du participant ou d'un enfant à charge, l'Institution verse au participant s'étant acquitté des frais d'obsèques une indemnité dont le montant est fixé comme suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 100 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur à la date du décès, dans la limite des frais réellement engagés
<p>Incapacité temporaire</p>	<p>L'Institution verse une indemnité journalière en cas d'arrêt de travail pour maladie ou accident ouvrant droit aux prestations en espèces de la Sécurité sociale au titre de l'assurance maladie ou au titre de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles.</p> <p>Cette indemnité est versée à l'issue d'une période dénommée franchise dont la durée est fixée comme suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Franchise : 90 jours continus <p>Cette indemnité est calculée en % de la 365^e partie du traitement de base sous déduction des prestations de la Sécurité sociale. Son montant est fixé comme suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 80 %
<p>Incapacité permanente</p>	<p>L'Institution verse une rente lorsque le participant perçoit de la Sécurité sociale une pension d'invalidité au titre de l'assurance maladie. Cette rente est calculée en % du traitement de base sous déduction des prestations de la Sécurité sociale. Son montant annuel est fixé comme suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • invalidité 1^{ère} catégorie : 52,50 % • invalidité 2^e et 3^e catégories : 80 %
<p>Incapacité permanente</p>	<p>L'Institution verse une rente lorsque le participant perçoit de la Sécurité sociale une pension d'incapacité permanente au titre de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles. Cette rente est calculée en % du traitement de base sous déduction des prestations de la Sécurité sociale. Son montant annuel est fixé comme suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • taux* entre 33 % et 65 % : 52,50 % • taux* égal ou supérieur à 66 % : 80 % <p>Aucune rente n'est versée pour un taux* inférieur à 33 %.</p> <p>*taux d'incapacité permanente déterminé par la Sécurité sociale</p>

DISPOSITIONS GENERALES DU REGIME FRAIS DE SOINS DE SANTE

DGS-1 – Définitions

Pour l'application des dispositions de la présente notice, il faut entendre par :

Adhérent :

L'employeur, relevant du champ d'application de la Convention collective des entreprises artistiques et culturelles, et ayant adhéré au régime de « Frais de soins de santé » de ladite Convention.

Participant :

Le salarié appartenant à la catégorie de personnel définie à l'article DGS-2 de la présente notice et au profit duquel l'employeur a adhéré au Règlement de l'Institution pour la mise en œuvre des garanties indiquées au *descriptif des garanties de « Frais de soins de santé » conventionnelles*.

Garanties conventionnelles :

Garanties conformes au régime de « Frais de soins de santé » institué par l'accord collectif révisant l'annexe D de la Convention collective des entreprises artistiques et culturelles, **ci-après dénommée la Convention collective**.

Organisations souscriptrices :

Les organisations patronales et salariales ayant souscrit auprès de l'Institution un contrat relatif à la mise en place du régime de « Frais de soins de santé » conventionnel du personnel permanent cadre et non cadre des entreprises relevant du champ d'application de la Convention collective, **ci-après dénommé le régime de « Frais de soins de santé » conventionnel**.

DGS-2 - Conditions d'affiliation du participant

Est affilié aux garanties, **tout salarié permanent cadre et non cadre** de l'adhérent sous contrat de travail à durée indéterminée ou déterminée de droit commun, affilié en son nom propre au régime général de la Sécurité sociale ou au régime local d'Alsace Moselle. Par cette affiliation, le salarié devient **participant** de l'Institution.

Il est précisé que le salarié intermittent du spectacle et de l'audiovisuel de l'adhérent n'est pas visé par la présente notice dans la mesure où il bénéficie du régime de prévoyance de l'Accord Interbranche du 16 juin 2008.

DGS-2.1 - Affiliation à l'adhésion

Les salariés de l'adhérent sont, après accord de l'Institution, affiliés à la date de prise d'effet du **bulletin d'adhésion** à condition que soient adressés les demandes d'affiliation remplies et signées par l'adhérent et par chaque salarié assurable.

L'adhérent s'engage à affilier tous les salariés présents et futurs, appartenant à la catégorie de personnel définie ci-dessus.

DGS-2.2 - Affiliation postérieure à l'adhésion

Pour les nouveaux participants, les garanties prennent effet pour une durée d'un mois à compter de la date d'embauche ou de changement de catégorie. Au cours de cette période, l'adhérent s'engage à faire parvenir les pièces nécessaires à l'affiliation.

DGS-3 - Bénéficiaires

Le participant est seul bénéficiaire du régime « Frais de soins de santé » mis en place par le présent contrat.

DGS-4 – Bénéfice des prestations – Carence

Le bénéfice des prestations est ouvert à l'issue d'une **période de carence de 12 mois continus d'ancienneté** dans l'entreprise.

DGS-5 – Suspension et cessation des garanties

Les garanties sont suspendues dans les conditions prévues à l'article DGS – 12 de la présente notice.

Les garanties, sous réserve des dispositions de l'article DGS - 12, cessent au plus tard :

- **à la date d'effet de leur suspension ou de leur résiliation ;**
- **à la date de radiation du participant des effectifs de l'adhérent ou celle à laquelle il cesse d'appartenir à la catégorie de personnel définie à l'article DGS-2 de la présente notice ;**
- **à la date d'effet de la retraite de la Sécurité sociale du participant.**

DGS-6 - Etendue de la garantie

Le montant des garanties et des prestations est fixé au *descriptif des garanties de « Frais de soins de santé » conventionnelles*.

Les prestations sont mises en œuvre en complément du niveau de remboursement prévu par la Sécurité sociale.

Le montant des remboursements ne peut en tout état de cause excéder le montant de la dépense réellement effectuée, compte tenu des prestations servies par la Sécurité sociale, et/ou une société mutualiste, et/ou un organisme de prévoyance de toute autre nature.

Les prestations dues par l'Institution sont calculées acte par acte pour les frais ayant fait l'objet d'un remboursement de la Sécurité sociale, engagés au titre de l'Assurance maladie, Assurance accidents du travail et maladies professionnelles, Assurance maternité, postérieurement à l'affiliation du participant ou de ses bénéficiaires, pendant la durée de l'affiliation et tant que l'adhésion n'est pas rompue.

La date des actes retenue est celle mentionnée sur les décomptes de la Sécurité sociale ou sur les factures acquittées du participant.

DGS-7 - Catégories de frais ouvrant droit à la garantie

L'Institution prend en charge tout ou partie des frais de soins engagés par le participant donnant lieu au service de prestations en nature de la Sécurité sociale.

Le *descriptif des garanties de « Frais de soins de santé » conventionnelles* fixe les catégories ou les frais qui seront effectivement couverts ainsi que leurs modalités de prise en charge.

DGS-8 - Frais restant à charge du participant

Ne peuvent donner lieu à prise en charge les dépenses suivantes :

- **les participations forfaitaires et franchises médicales laissées à la charge de l'assuré social par la Sécurité sociale.**
- **la majoration du ticket modérateur lorsque l'assuré social :**
 - **n'aura pas désigné de médecin traitant ou qu'il consultera sans prescription de son médecin traitant (situation dite " hors parcours de soins ") ;**
 - **n'aura pas accordé aux professionnels de santé l'autorisation d'accéder à son dossier médical personnel ;**
- **les « dépassements d'honoraires autorisés » lorsque l'assuré social aura consulté un spécialiste auquel la loi ne permet pas d'accéder directement sans passer par son médecin traitant ;**
- **tout autre dépassement d'honoraires, prestation ou majoration dont la prise en charge serait exclue par la législation en vigueur ;**
- **les dépenses non prises en charge par la Sécurité sociale.**

DGS-9 - Prise en charge minimum

Le montant des prestations prises en charge inclut le minimum légal pour les actes définis à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale et dans les conditions fixées par celui-ci.

Les prestations de préventions considérées comme prioritaires au regard des objectifs de santé publique et retenues par l'Institution pour l'application du minimum légal de remboursement sont définies au *Descriptif des garanties*.

DGS-10 - Mise en œuvre de la garantie

Les demandes de prestations doivent, sous peine de déchéance, être adressées au gestionnaire dans les deux ans suivant la date des soins, la date d'achat ou la date de l'acte.

Le montant des prestations est versé par virement bancaire ou postal à l'ordre du participant ou par chèque bancaire.

Le participant doit remettre au gestionnaire un dossier de demande de prestations, afin de permettre le règlement des prestations, en fournissant les pièces justificatives permettant d'apprécier ses droits et le montant du sinistre dont notamment :

- l'original du décompte de la Sécurité sociale et de tout autre organisme.

Pour obtenir le versement des prestations, les dossiers sont à adresser à :

Audiens Gestion – Prestations Santé
TSA 40401
92177 Vanves Cedex
Tél. : 0 820 21 74 74 (prix d'un appel local)
www.audiens.org

DGS-11 - Accès à l'action sociale

L'Institution, dans le cadre de son action sociale peut offrir à ses adhérents un service social, notamment en cas de difficultés passagères liées à la santé.

La politique d'Action sociale d'Audiens Prévoyance est décidée annuellement par son Conseil d'Administration. Par conséquent, les prestations proposées par l'Action sociale sont susceptibles d'évoluer.

Toute information ou demande de dossier d'aide peut être obtenue aux coordonnées suivantes :

Groupe Audiens
Service Action sociale
29 rue de Turbigo
75002 Paris
Tél. : 0 800 940 075
(appel gratuit depuis un poste fixe)
www.audiens.org

DGS-12 - Maintien des garanties

DGS-12.1 – Suspension du contrat de travail

Les garanties sont maintenues pour le participant dont la suspension du contrat de travail donne lieu à une indemnisation, prenant la forme d'un maintien total ou partiel de sa rémunération par l'employeur ou d'un versement d'indemnités journalières complémentaires directement par l'employeur ou pour son compte par l'Institution ou un autre organisme assureur.

Dans les cas de suspension de contrat de travail ne donnant pas lieu à une indemnisation telle que définie ci-avant, les garanties sont suspendues pendant la durée de suspension du contrat de travail.

Il est précisé qu'en tout état de cause, les dispositions de l'article DGS-12.2 ci-dessous concernant le maintien des garanties pendant l'arrêt du travail du participant s'appliquent.

DGS-12.2 - Salariés en arrêt de travail

La garantie est maintenue, pendant la durée du versement par la Sécurité sociale des indemnités journalières, des pensions d'invalidité ou des rentes d'accident du travail ou de maladie professionnelle correspondant à un taux d'incapacité égal ou supérieur à 33 %, sous réserve du versement des cotisations par l'employeur.

Le maintien prend fin :

- **à la date de reprise d'une activité totale de service par le participant ;**
- **à la date de prise d'effet de la retraite de la Sécurité sociale et, au plus tard, à la fin du mois du 65^e anniversaire, pour le bénéficiaire d'indemnités journalières ;**
- **à la fin du mois du 60^e anniversaire pour le titulaire d'une pension d'invalidité de la Sécurité sociale ou d'une rente d'accident du travail ou de maladie professionnelle correspondant à un taux d'incapacité égal ou supérieur à 33 % ;**
- **à la date d'effet de la résiliation des garanties.**

Après rupture du contrat de travail du participant, celui-ci pourra poursuivre sa couverture dans les conditions définies au DGS - 12.3 ci-dessous.

DGS-12.3 -Anciens salariés

Peuvent être maintenus dans une couverture à titre individuel, sans conditions de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médical, sous réserve qu'ils en fassent la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail et dans la mesure où ils répondent positivement à la proposition qui leur sera présentée par l'Institution, les participants anciens salariés chômeurs, préretraités ou retraités.

DGS-12.4 - Résiliation

En cas de résiliation des garanties conventionnelles par les Organisations souscriptrices, les garanties cessent pour tous les participants à la date d'effet de la résiliation.

Les participants peuvent alors souscrire, sans délai d'attente ni formalités médicales, une garantie individuelle sous réserve qu'ils en fassent la demande dans les 2 mois qui suivent la date de résiliation desdites garanties.

DGS-13 - Etendue territoriale

Les garanties s'exercent sur le territoire français. Elles peuvent cependant s'exercer dans le monde entier lors de déplacements privés ou professionnels à condition que les frais médicaux engagés soient pris en charge par un régime général ou local de Sécurité sociale français.

DGS-14 - Contrôle médical

Lors d'une demande de prestations, l'Institution se réserve le droit de procéder à un contrôle médical et de cesser, refuser, réduire ou réviser les conditions de versement des prestations. Les conclusions de ce contrôle s'imposent au participant sans qu'il puisse se prévaloir de la poursuite de l'indemnisation par la Sécurité sociale.

En cas de désaccord entre le participant et son médecin d'une part, et le médecin de l'Institution d'autre part, les parties font appel à un troisième médecin pour les départager. Faute d'accord sur le choix de ce médecin, un médecin sera désigné par le Tribunal de grande instance de la résidence du participant sur requête de la partie la plus diligente. L'avis de ce troisième médecin est accepté par les deux parties.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin ; ceux du troisième médecin ainsi que ses frais de nomination sont supportés à parts égales par les deux parties. **En cas de refus d'un participant de répondre à un contrôle médical ou de justifier sa situation médicale ou sa situation au regard de la Sécurité sociale, le paiement des prestations sera refusé ou suspendu sans droit de rappel ultérieur.**

DGS-15 - Prescription

Toutes les actions dérivant des opérations mentionnées à la présente notice sont prescrites par 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance dans les conditions et sous les réserves prévues à l'article L.932-13 du Code de la Sécurité sociale.

DGS-16 - Subrogation

Les prestations ayant un caractère indemnitaire pour le participant, il pourra être fait application, le cas échéant des dispositions de l'article L 931-11 du Code de la Sécurité sociale. L'Institution est subrogée, à concurrence des sommes versées, dans les droits et actions du participant contre tout tiers responsable.

DGS-17 - Contrôle

L'Institution, régie par le code de la Sécurité sociale, est soumise au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.

DGS-18 - Informatique et libertés

L'Institution s'engage à prendre toutes les précautions utiles afin de préserver la sécurité des informations qu'elle a recueillies pour sa gestion. Aucune information gérée ne pourra faire l'objet d'une cession ou d'une mise à disposition à des fins commerciales.

Dans le cadre strict du groupe de protection sociale auquel appartient l'Institution, les données gérées par l'Institution sont appelées à être partagées et ce dans le respect des dispositions du présent article.

Tout participant ou bénéficiaire, peut demander toute communication, rectification, mise à jour ou effacement d'informations le concernant ; il pourra exercer ce droit d'accès au siège social de l'Institution.

DGS-19 - Fausses déclarations

Les déclarations faites par le participant, servent de base à la garantie. L'Institution se réserve ainsi la possibilité de vérifier les données communiquées.

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle du participant, la garantie accordée au participant est nulle.

Les cotisations payées demeurent acquises à l'Institution. L'annulation de la garantie s'accompagne de la répétition de l'ensemble des prestations payées à ce titre.

DGS-20 - Réclamations

Les participants peuvent, sans préjudice des actions en justice qu'ils ont la possibilité d'exercer par ailleurs, adresser leurs réclamations auprès du service juridique par courrier à l'adresse du siège social de l'Institution.

DESCRIPTIF DES GARANTIES DE « FRAIS DE SOINS DE SANTE » CONVENTIONNELLES

Les garanties figurant dans le tableau ci-après sont accordées sous réserve des dispositions prévues dans la présente notice. Le montant des remboursements sont exprimés **en complément des prestations de la Sécurité sociale et dans la limite des frais réellement engagés.**

Frais médicaux courants effectués dans le cadre du respect du parcours de soins coordonnés

Garanties	Remboursement maximum de l'Institution
Consultations (généraliste, spécialiste, neuropsychiatre) Secteur conventionné ou non	100 % des frais réels sous déduction des prestations de la Sécurité sociale, dans la limite de 30 % de la base de remboursement
Analyses et examens de laboratoire Secteur conventionné ou non	100 % des frais réels sous déduction des prestations de la Sécurité sociale, dans la limite de 35 % de la base de remboursement
Médicaments à vignette blanche	100 % des frais réels sous déduction des prestations de la Sécurité sociale, dans la limite de 30 % de la base de remboursement

Actes de prévention effectués dans le cadre du respect du parcours de soin

Garanties	Remboursement maximum de l'Institution
Détartrage annuel complet sus et sous-gingival effectué en deux séances maximum (SC12)	
Le dépistage une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un de ces actes : audiométrie tonale ou vocale, audiométrie tonale avec tympanométrie, audiométrie vocale dans le bruit, audiométrie tonale et vocale, audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie	100 % du ticket modérateur
Ostéodensitométrie remboursable par la Sécurité sociale limitée aux femmes de plus de 50 ans, une fois tous les 6 ans	