

NOTICE D'INFORMATION

GARANTIE INCAPACITE DE TRAVAIL

COMPASS GROUP FRANCE- Personnel employé

Cette notice a pour objet de vous résumer le plus clairement possible les principales garanties du régime incapacité de travail souscrit par votre société au profit de son **personnel employé** :

- sous contrat de travail (à l'exclusion de ceux dont le contrat est suspendu pour congé parental d'éducation, congé pour création d'entreprise, congé sabbatique, congé individuel de formation ou congé de conversion), étant précisé que l'admission au titre de la garantie Incapacité de travail intervient à compter de la date de reprise de travail
- affilié à la Sécurité Sociale française.

Ce régime, souscrit sous le numéro 704.248 auprès d'**AXA**, est à caractère obligatoire.

Le gestionnaire de votre régime de Prévoyance est le CGAM.

Les garanties sont suspendues de plein droit dans le cas où le contrat de travail est lui-même suspendu pour les raisons suivantes : congé sabbatique, congé pour création d'entreprise, congé parental d'éducation, congé individuel de formation ou congé de conversion.

Les garanties cessent, pour chaque assuré, à la date de sortie de la catégorie assurée, à la date de rupture du contrat de travail, à la date d'attribution de la pension vieillesse de la Sécurité Sociale.

L'assurance prend fin, en tout état de cause, pour l'ensemble des assurés à la date de résiliation du contrat.

Le **Salaire de Référence** servant au calcul des prestations est égal au salaire brut (Tranches A et B) perçu au cours des douze mois civils précédant la date du sinistre (pendant la première année d'existence du contrat, les mois civils antérieurs à sa date d'effet sont pris en compte pour autant qu'il s'agisse du même contrat de travail). Lorsque le contrat de travail a moins de douze mois, ledit salaire est rétabli sur une base annuelle. Lorsqu'il y a réduction ou suppression du salaire au cours des douze mois civils concernés en raison d'un arrêt de travail pour maladie ou accident, ou en raison d'un congé de maternité, le salaire est reconstitué à partir des mois pleins.

1/ Objet et prestations de la garantie

Le régime garantit le versement d'une **indemnité journalière**, à la suite d'une maladie ou d'un accident, indemnisé par la Sécurité Sociale au titre de l'assurance maladie ou de la législation sur les accidents de travail et maladies professionnelles.

L'**indemnité journalière complémentaire** est due à l'expiration d'une période d'incapacité de travail dénommée franchise.

- **Personnel ayant plus d'un an d'ancienneté** : l'indemnité journalière est versée à compter de l'expiration de la période de plein salaire résultant des accords en vigueur dans l'entreprise et au plus tôt à compter du 181^{ème} jour discontinu d'arrêt total de travail.
- **Personnel ayant moins d'un an d'ancienneté** : l'indemnité journalière est versée au plus tôt à compter du 181^{ème} jour discontinu d'arrêt total de travail. Sont inclus dans ce délai les arrêts pour incapacité totale temporaire survenus au cours des 365 jours précédant l'arrêt de travail susceptible d'ouvrir droit à prestation.

Dans les deux cas, la période du congé légal ou conventionnel de maternité ou d'adoption n'est pas prise en considération pour la détermination de la franchise.

Le montant de l'indemnité journalière est fixé à 20 % de la 365^{ème} partie du salaire de référence.

Le montant de l'indemnité journalière est limité de façon que l'ensemble des revenus de l'assuré (indemnité journalière de la Sécurité Sociale majorée des prestations de l'assureur) ne puisse excéder 100 % de la 365^{ème} partie du salaire net imposable correspondant au salaire de référence.

Lorsqu'un assuré reprend son travail dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique, le montant de l'indemnité journalière est limité à la différence entre, d'une part, le salaire qui aurait été perçu si l'assuré avait travaillé à temps plein et, d'autre part, le cumul du salaire effectif et de l'indemnité journalière maintenue par la Sécurité Sociale.

L'indemnité journalière est revalorisée, dans la limite des ressources du fonds de revalorisation, en fonction de l'évolution de la valeur du point du régime de retraite de l'AGIRC entre la date de l'arrêt de travail et la date d'échéance de la prestation. En cas de résiliation de la garantie ou du contrat, l'indemnité journalière cesse d'être revalorisée dès la date de résiliation. Son montant sera alors égal à celui atteint à cette date.

Ces prestations sont servies tant que dure l'incapacité de travail et que l'assuré perçoit les indemnités versées par la Sécurité Sociale.

Elles cessent :

- à la date de fin du service de l'indemnité journalière de la Sécurité Sociale,
- en cas d'expertise médicale, s'il est établi que l'assuré n'est pas dans l'incapacité physique totale de travailler,
- et, en tout état de cause, à la date d'attribution de la pension vieillesse de la Sécurité Sociale.

L'indemnité journalière est payable à l'assuré à réception des décomptes de la Sécurité Sociale.

Attention : les arrêts de travail doivent être déclarés dans un délai maximum de trois mois à compter de l'expiration de la franchise, sinon ils sont considérés comme ayant débuté au jour de la déclaration.

Contrôle médical :

A tout moment durant un arrêt de travail, l'assureur peut mettre en œuvre un contrôle médical afin de constater la réalité de l'état d'incapacité de l'assuré.

Le service des prestations est subordonné, sous peine de suspension des paiements, à l'obligation pour l'assuré de se soumettre aux visites médicales et contrôles demandés par l'assureur. L'assuré doit en particulier fournir toutes les pièces justificatives et se prêter à toute expertise médicale que le médecin désigné par l'assureur juge utile pour apprécier son état.

Les décisions de l'assureur relatives au refus d'ouverture, à la réduction ou à la cessation des prestations, prises en fonction des conclusions du médecin qu'il a désigné sont notifiées à l'assuré par lettre recommandée.

En cas de contestation par l'assuré des conclusions du médecin désigné par l'assureur, il est procédé à une expertise effectuée par le médecin choisi d'un commun accord par l'assureur et l'assuré à partir de la liste de médecins experts proposés par l'assureur. Faute d'entente sur son choix, la désignation est faite par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'assuré.

Dans ce cas, les conclusions de cette dernière expertise sont opposables à l'assureur et à l'assuré sans que ce dernier puisse se prévaloir de la poursuite de l'indemnisation par la Sécurité Sociale.

Chaque partie supporte la moitié des frais relatifs à la nomination et à l'intervention du médecin expert.

Tant que cette dernière expertise n'a pas été menée à son terme, les parties s'interdisent d'avoir recours à la voie judiciaire pour le règlement des prestations.

2/ Exclusions – risques non garantis

Sont exclues de la garantie, les conséquences :

- **du fait intentionnel de l'assuré,**
- **de guerre civile ou étrangère,**
- **d'émeutes, de rixes, d'actes de terrorisme dans lesquels l'assuré a pris une part active, sauf cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger,**
- **de la transmutation du noyau de l'atome.**

3/ Prescription

Toute action dérivant du contrat est prescrite conformément aux articles L 114-1 et L 114-2 du Code des Assurances.

4/ Constitution des dossiers

Pour toute demande d'indemnisation, vous devez vous adresser directement au service compétent de votre société qui se chargera de la constitution et de l'envoi du dossier au CGAM.

5/ Maintien de l'assurance en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à l'assurance chômage

Conformément à l'article 14 de l'accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2008 sur la modernisation du marché du travail, tout collaborateur quittant l'entreprise et percevant des allocations du régime d'assurance chômage peut bénéficier, sous certaines conditions, d'un maintien des garanties appliquées dans son ancienne entreprise.

Pour toute information complémentaire, veuillez vous adresser à votre Service des Ressources Humaines.

6/ Assurance Individuelle

Une assurance individuelle peut être souscrite auprès de l'assureur dans les DEUX MOIS qui suivent la résiliation du contrat lorsque ce dernier n'est pas remplacé par un autre contrat d'assurance de groupe, par tout assuré dont le contrat de travail est en vigueur.

Cette assurance est accordée sous réserve de l'acceptation de l'assureur et sans période probatoire ni examen ou questionnaire médical lorsque le montant des garanties est au plus équivalent à celui du contrat.