

# NOTICE D'INFORMATION REGIME DE PREVOYANCE COMPASS GROUP FRANCE- Personnel Agent de Maîtrise

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

- 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 des garanties Incapacité de travail et Invalidité permanente intervient à compter de la date de reprise de travail,
- affilié à la Sécurité Sociale française.

Ce régime, souscrit sous le numéro 704.246 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 ou 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.

Toutefois, lorsqu'à la date du sinistre, l'assuré est en arrêt de travail total pour maladie ou accident et indemnisé à ce titre par la Sécurité Sociale, les douze mois civils retenus sont ceux immédiatement antérieurs à la date du début de l'arrêt de travail ayant entraîné le service, par la Sécurité Sociale, de la prestation en cours.

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 du régime

Le régime a pour objet :

- le versement d'un capital en cas de DECES DE L'ASSURE, ledit capital étant versé PAR ANTICIPATION en cas perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré.
- le versement d'un capital en cas de DECES ACCIDENTEL DE L'ASSURE, ledit capital étant versé PAR ANTICIPATION en cas perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré.
- le versement d'un second capital au profit des enfants à charge en cas de DECES POSTERIEUR DU CONJOINT âgé de moins de 65 ans; ce capital est également versé lorsque les deux conjoints décèdent du fait d'un même événement, quel que soit l'ordre des décès.
- le versement d'un capital en cas de PREDECES DU CONJOINT âgé de moins de 65 ans.
- le versement d'une indemnité journalière, en cas d'INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL 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.
- le versement d'une rente annuelle, en cas d'INCAPACITÉ PERMANENTE ou d'INVALIDITÉ 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.

Pour l'application des garanties, le partenaire lié à l'assuré par un Pacte civil de solidarité est assimilé au conjoint. Le partenaire doit prouver sa domiciliation à la même adresse que l'assuré par la production d'une copie du dernier avis d'imposition.

Le concubin d'un assuré est également assimilé au conjoint sous réserve qu'ils ne soient mariés ni l'un ni l'autre, qu'ils vivent sous le même toit et que le concubinage soit notoire et permanent jusqu'à la date du décès. Sa durée doit être d'au moins deux ans ou un enfant doit être né de cette union libre.

## 2 / Capital Décès

En cas de **décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré**, le régime garantit le **versement d'un capital**, exprimé en pourcentage du salaire de référence en fonction de la situation de famille, égal à :

- |   |                                  |
|---|----------------------------------|
| ▪ Célibataire, veuf, divorcé, séparé sans personne à charge | 140 % du salaire de référence    |
| ▪ Marié sans personne à charge                              | 153,50 % du salaire de référence |
| ▪ Assuré avec une personne à charge                         | 200 % du salaire de référence    |
| ▪ Majoration par personne à charge supplémentaire           | 40 % du salaire de référence     |

Tout assuré célibataire, veuf, divorcé ou séparé sans personne à charge peut renoncer au capital en cas de décès tel que prévu ci-dessus et opter, en contrepartie, pour le versement d'un capital, de même montant, en cas d'invalidité entraînant le classement par la Sécurité Sociale en 2<sup>ème</sup> catégorie d'invalidité ou par équivalence s'il s'agit d'un accident du travail et pour le versement d'une indemnité de frais d'obsèques en cas de décès de l'assuré, dont le montant est fixé à 150 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale. L'indemnité est versée à la personne qui justifie avoir supporté les frais d'obsèques.

Ce choix peut s'effectuer à tout moment à condition que l'assuré ne soit pas en arrêt de travail pour maladie indemnisé par la Sécurité Sociale dans les trois mois suivant le jour de sa demande : l'option choisie entre en vigueur le 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la demande de l'assuré.

Cette option est levée le jour où l'intéressé n'est plus célibataire, veuf, divorcé ou séparé sans personne à charge.

Les personnes à charge sont :

- **Les enfants de l'assuré, qu'ils soient légitimes, reconnus, adoptifs ou recueillis et ceux de son conjoint si ce dernier en a la garde non partagée ou l'a eue jusqu'à leur majorité :**
  - âgés de moins de 18 ans,
  - âgés de 18 ans à moins de 27 ans,
    - lorsqu'ils sont affiliés au régime de la Sécurité Sociale des étudiants,
    - lorsqu'ils poursuivent des études secondaires ou supérieures n'entraînant pas l'affiliation au régime de la Sécurité Sociale des étudiants, sous réserve qu'ils n'exercent pas d'activité rémunérée pendant plus de trois mois dans l'année,
    - en formation en alternance, sous réserve que la rémunération n'excède pas 60% du salaire minimum interprofessionnel de croissance (SMIC) :
      - rémunérés par leur école,
      - effectuant un stage rémunéré en entreprise, dans le cadre de leur scolarité,
      - sous contrat d'apprentissage, de qualification ou d'orientation,
    - à la recherche d'un premier emploi, inscrits au Pôle emploi,
    - percevant de la part de l'assuré une pension alimentaire,
  - quel que soit leur âge, lorsqu'ils perçoivent les allocations prévues par la Loi du 30 juin 1975 sur les personnes handicapées.

Les enfants du conjoint de l'assuré, de son partenaire lié par un Pacte civil de solidarité ou de son concubin tels que définis au « 1/ Objet de la garantie », remplissant les conditions visées ci-dessus sont assimilés aux enfants de l'assuré lorsqu'ils sont pris en compte pour la détermination du quotient familial du foyer fiscal de l'assuré.

Les enfants reconnus ou adoptés par l'assuré sont considérés à charge même s'ils sont fiscalement à la charge de son partenaire lié par un Pacte civil de solidarité ou de son concubin tels que définis au « 1/ Objet de la garantie ».

- **Les Ascendants de l'assuré, de son conjoint, de son partenaire de Pacs ou de son concubin tels que définis au « 1/ Objet de la garantie », entrant en ligne de compte pour la détermination du nombre de parts en vue du calcul de l'impôt sur le revenu (article 196 A bis du Code Général des Impôts).**

La situation de famille retenue est celle existant au moment du décès de l'assuré. Toutefois :

- l'enfant né moins de 300 jours après le décès de l'assuré est pris en considération,
- en cas de décès au cours d'un même événement de l'assuré et d'au moins une des personnes dont l'existence est susceptible d'être prise en compte pour le calcul du capital, sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès, l'assuré est présumé être décédé le dernier.

**Le capital en cas de décès est versé :**

- au conjoint de l'assuré non séparé judiciairement,
- à défaut, à son partenaire avec lequel il est lié par un Pacte civil de solidarité, à défaut, au concubin de l'assuré tels que définis au « 1/ Objet de la garantie »,
- à défaut, par parts égales entre eux, aux enfants de l'assuré vivants ou représentés et, s'agissant des enfants du conjoint, à ceux ayant ouvert droit à la « majoration par personne à charge »,
- à défaut, par parts égales entre eux, au père et à la mère de l'assuré, ou au survivant d'entre eux,
- à défaut, aux héritiers de l'assuré.

Vous avez la possibilité de désigner un autre bénéficiaire de votre choix, en remplissant l'imprimé « DESIGNATION DES BENEFICIAIRES EN CAS DE DECES » disponible auprès de votre service du personnel. Dans ce cas, **veillez à le modifier si votre situation de famille change.**

Toutefois la DESIGNATION PARTICULIERE EST ANNULEE et la désignation type s'applique :

- en cas de prédécès du bénéficiaire ou de la totalité des bénéficiaires désignés par l'assuré,
- en cas de décès, au cours d'un même événement et sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès, de l'assuré et du bénéficiaire ou de la totalité des bénéficiaires désignés par l'assuré,
- dans le cas de révocation de plein droit prévue par le Code Civil.

La part de capital correspondant aux majorations pour personnes à charge est versée par parts égales à celles-ci si elles jouissent de la capacité juridique ou à leurs représentants légaux dans le cas contraire. Cette disposition ne s'applique pas, s'agissant d'un enfant, lorsque le bénéficiaire du capital en a la garde ou en a eu la garde jusqu'à sa majorité.

En cas de **perte totale et irréversible d'autonomie** de l'assuré, le capital décès peut être versé par anticipation à l'assuré lui-même (ou à son représentant légal s'il ne jouit pas de la capacité juridique).

Ce versement met fin à la garantie décès.

L'assuré est reconnu comme étant atteint d'une perte totale et irréversible d'autonomie lorsqu'il est, soit classé par la Sécurité Sociale en 3<sup>ème</sup> catégorie d'invalidité, soit, en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie quotidienne et qu'il bénéficie, de ce fait, de l'allocation correspondante de la Sécurité Sociale.

### 3 / Double effet

En cas de décès simultané ou postérieur du conjoint non remarié, du partenaire de Pacs ou du concubin tels que définis au « 1/ Objet de la garantie », âgé de moins de 65 ans et sous réserve que le contrat soit toujours en vigueur, un second capital est versé au profit des enfants qui, au décès de l'assuré, répondaient à la définition des enfants à charge visée au « 2/ Capital décès », et y répondent encore au décès du conjoint.

Ce capital est égal à 100% du capital versé au titre du Décès de l'assuré.

### 4 / Prédéces du conjoint

En cas de prédécès du conjoint, du partenaire lié par un Pacs ou du concubin tels que définis au « 1/ Objet de la garantie », âgé de moins de 65 ans, le capital versé à l'assuré est fixé à 25 % du salaire de référence.

### 5/ Décès accidentel

En cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré consécutif à un accident, le régime garantit le versement d'un capital supplémentaire.

Le montant du capital supplémentaire est fixé à 100% du capital prévu en cas de Décès. Ledit capital peut être versé par anticipation lorsque l'accident entraîne une perte totale et irréversible d'autonomie.

Le capital versé dans le cadre de l'option ouverte aux assurés célibataires, veufs, divorcés ou séparés judiciairement sans personne à charge, est doublé dans le cas où l'invalidité est consécutive à un accident tel que défini ci-dessous.

Par « accident », il faut entendre tout événement extérieur, soudain et indépendant de la volonté de l'assuré.

Pour ouvrir droit au versement du capital supplémentaire, le sinistre doit avoir lieu dans les douze mois (de date à date) qui suivent l'accident.

Les bénéficiaires du capital sont ceux prévus au titre de la garantie Décès.

S'agissant de la perte totale et irréversible d'autonomie, la preuve de la relation entre la perte totale et irréversible d'autonomie et l'accident doit être reçue par l'assureur dans les douze mois qui suivent l'accident.

### 6 / Incapacité de travail – Invalidité permanente

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, suivie le cas échéant d'une rente d'invalidité.

▪ 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<sup>ème</sup> 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<sup>ème</sup> 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 23,40 % de la 365ème 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<sup>ème</sup> 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 versé par l'entreprise et de l'indemnité journalière maintenue par la Sécurité Sociale.

L'indemnité journalière est revalorisée, dans la limite 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. 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 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.

- Le montant de la **rente d'invalidité** est fonction de la catégorie d'invalidité dans laquelle l'assuré est classé par la Sécurité Sociale. Elle est payable par quart, à l'assuré, à la fin de chaque trimestre civil.

Les allocations complémentaires d'invalidité sont servies tant que le participant perçoit une pension d'invalidité de la Sécurité Sociale de :

- 1<sup>ère</sup> catégorie (invalides capables d'exercer une activité rémunérée)
- 2<sup>ème</sup> catégorie (invalides incapables d'exercer une profession quelconque)
- 3<sup>ème</sup> catégorie (invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession quelconque, est 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 comme suit, en pourcentage du salaire de référence :

▪ 1 <sup>ère</sup> catégorie	16 % du salaire de référence
▪ 2 <sup>ème</sup> catégorie	26 % du salaire de référence
▪ 3 <sup>ème</sup> catégorie	26 % du salaire de référence

La rente 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. En cas de résiliation de la garantie ou du contrat, la rente cesse d'être revalorisée dès la date de résiliation. Son montant sera égal à celui atteint à cette date, sous réserve des dispositions relatives à sa limitation telles que prévues ci-dessous et sans préjuger, s'agissant d'un même fait générateur, d'une éventuelle modification de classement dans les catégories d'invalidité.

La rente débute dès le classement de l'assuré par la Sécurité Sociale dans une catégorie d'invalidité.

Elle cesse :

- quand prend fin le versement de la rente servie par la Sécurité Sociale,
- en cas d'expertise médicale, s'il est établi que l'assuré n'est pas atteint d'une invalidité permanente,
- et, en tout état de cause, à la date d'attribution de la pension vieillesse de la Sécurité Sociale (ou de la pension pour inaptitude au travail).

Le montant de la rente d'invalidité de l'assureur est limité de façon que l'ensemble des revenus de l'assuré ne puisse excéder 100 % du salaire net imposable correspondant au salaire de référence revalorisé entre la date d'arrêt de travail et la date d'échéance de la prestation.

S'agissant d'un assuré classé en 1<sup>ère</sup> catégorie d'invalidité et exerçant toujours une activité chez le souscripteur, le montant de la rente de l'assureur est limité de façon que, cumulé au salaire net imposable perçu du fait de son activité et à la rente de la Sécurité Sociale perçue, l'ensemble des revenus de l'assuré ne puisse excéder 100 % du salaire net imposable correspondant à une activité à temps plein. Toutefois, ce montant ne peut en aucun cas excéder celui qui serait versé si l'assuré n'exerçait pas d'activité.

En cas de nouvel arrêt de travail de l'assuré, lorsque le cumul des prestations tant de l'assureur que de la Sécurité Sociale (indemnité journalière et rente d'invalidité) excède 100 % du salaire net imposable qu'il aurait perçu s'il avait travaillé à temps plein, la rente d'invalidité est réduite à concurrence du dépassement constaté.

Dès qu'il est constaté, pour un assuré exerçant une activité chez un autre employeur, que le cumul des rentes (assureur et Sécurité Sociale), de tout salaire (net imposable) ou de toute prestation des Pôle emploi excède 100 % du salaire net imposable correspondant au salaire de référence revalorisé jusqu'à la période considérée, la rente est réduite à concurrence du dépassement constaté. Pour ce faire, les éléments pris en compte sont ramenés à la période considérée.

**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.**

## 7 / Incapacité permanente

Une rente est servie lorsque le taux d'**incapacité permanente** déterminé par la Sécurité Sociale, suite à un accident du travail ou une maladie professionnelle, est au moins égal à 33%.

Le montant de la rente est fixé comme suit, en pourcentage du salaire de référence :

▪ Taux d'incapacité permanente égal ou supérieur à 66%	26 % du Salaire de référence
▪ Taux d'incapacité au moins égal à 33% et inférieur à 66%	26 % x 3N/2(*)

(\*) : « N » représente le taux d'incapacité permanente déterminé par la Sécurité Sociale.

Dans tous les cas, les revenus de l'assuré sont limités à 100 % du salaire net imposable correspondant au salaire de référence.

Les prestations sont revalorisées en fonction de l'évolution de la valeur du point 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, les prestations cessent d'être revalorisées dès la date de résiliation. Leur montant sera alors égal à celui atteint à cette date.

Le service de la rente cesse :

- quand prend fin le versement de la rente servie par la Sécurité Sociale,
- en cas d'expertise médicale, s'il est établi que l'assuré n'est pas atteint d'une incapacité permanente,
- et, en tout état de cause, à la date d'attribution de la pension vieillesse de la Sécurité Sociale (ou de la pension pour inaptitude au travail).

**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.**

## 8 / Contrôle médical

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

L'assureur et l'assuré supportent chacun 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.

## 9 / Exclusions – risques non garantis

1) Sont exclues de **la garantie Décès accidentel** (ces exclusions ne concernent pas le capital décès toutes causes), les conséquences des accidents résultant :

- du fait intentionnel de l'assuré,
- de suicide de l'assuré ou de tentative de suicide s'agissant de la perte totale et irréversible d'autonomie 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 consommation de boissons alcoolisées, constatée par un taux d'alcoolémie égal ou supérieur au taux légal,
- de l'usage de stupéfiants ou substances médicamenteuses en dehors des limites de prescriptions médicales,
- de la transmutation du noyau de l'atome.

2) Sont exclues **des garanties incapacité de travail – invalidité – incapacité permanente**, 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.

## 10 / 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.

## 11 / Maintien des garanties décès aux assurés en incapacité ou en invalidité indemnisés par la Sécurité Sociale

Les garanties en cas de décès sont maintenues, y compris après la résiliation du contrat, à l'assuré se trouvant en incapacité ou invalidité pour cause de maladie ou d'accident. Toutefois, les prestations en cas de décès postérieur du conjoint de l'assuré (double effet) cessent d'être assurées à la date de résiliation du contrat.

Le niveau de chaque garantie est celui en vigueur :

- à la date du décès, si celui intervient pendant l'existence du contrat et que l'assuré est toujours sous contrat de travail à cette date,
- à la date de la rupture du contrat de travail si celle-ci est antérieure à la date du décès et intervenue pendant l'existence du contrat,
- à la date de la résiliation de la garantie ou du contrat dans les autres cas.

Le salaire de référence est celui défini ci-dessus. Toutefois, si après la résiliation du contrat, l'assuré en 1<sup>ère</sup> catégorie d'invalidité ou atteint d'une incapacité permanente d'origine professionnelle pour laquelle la Sécurité Sociale a attribué un taux inférieur à 66% exerce une activité professionnelle, le salaire de référence est réduit de 40 %.

Le salaire de référence est revalorisé selon l'évolution du point AGIRC entre la date d'arrêt de travail et la date du décès ou la date de résiliation de la garantie ou du contrat dans les autres cas.



Le maintien de chaque garantie en cas de décès prend fin :

- à la date à laquelle cesse l'indemnisation de l'incapacité ou de l'invalidité par la Sécurité Sociale,
- à la date à laquelle l'assuré ne remplit plus les conditions nécessaires pour bénéficier du versement des prestations incapacité – invalidité du présent régime,
- à la date d'attribution de la pension vieillesse de la Sécurité Sociale (ou pension pour inaptitude au travail),
- en cas de résiliation de la garantie survenant pendant l'existence du contrat pour le personnel sous contrat de travail.

## 12 / 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.

## 13 / Maintien des garanties en cas de congés sans solde

Les garanties DECES et DECES ACCIDENTEL sont maintenues, compte tenu des dispositions ci-après, aux membres du personnel agent de maîtrise dont le contrat de travail est suspendu pour l'un des congés visés ci-après :

- CONGE DE CONVERSION,
- CONGE PARENTAL D'EDUCATION,
- CONGE DE PRESENCE PARENTALE,
- CONGE DE SOLIDARITE FAMILIALE,
- CONGE POUR CREATION D'ENTREPRISE,
- CONGE INDIVIDUEL DE FORMATION,
- CONGE SABBATIQUE.

La date d'effet de la garantie individuelle est celle de la suspension du contrat de travail, sous réserve que la demande individuelle d'affiliation soit adressée à l'assureur dans le mois qui suit ladite date ; **le dépassement de ce délai entraîne la forclusion définitive.**

La base de la cotisation et des prestations est le salaire annuel brut afférant aux 12 derniers mois d'activité et revalorisé selon l'évolution de la valeur du point du régime de retraite de l'AGIRC entre la date du sinistre et le début du congé.

Le maintien de l'assurance cesse à la date de fin du congé en question et en tout état de cause en cas de départ du salarié de la société, à la date de rupture du contrat de travail ou à la date de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité Sociale.

## 14 / Prescription

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

## 15 / 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.