

**AVENANT N°3 A L'ACCORD RELATIF AUX GARANTIES COMPLEMENTAIRES
DE PREVOYANCE « INCAPACITE – INVALIDITE – DECES »
AU SEIN DE L'UES JCDECAUX**

Entre :

- ✓ La **Société JCDecaux France**, dont le siège social est situé 17 rue Soyer, 92200 Neuilly-sur-Seine, représentée par Thierry Raulin en sa qualité de DRH France & Projets RH internationaux ;

et

- ✓ La **Société JCDecaux SE** dont le siège social est situé 17 rue Soyer, 92200 Neuilly-sur-Seine représentée par Thierry Raulin en sa qualité de DRH France & Projets RH internationaux

Constituant l'UES dénommée ci-après « UES JCDecaux »

D'une part

- ✓ **Les représentants dûment mandatés des Organisations syndicales représentatives au sein de l'UES JCDecaux :**

- pour la F3C CFDT, Fouad MAAZOUZA
- pour la SNCTPP CFE-CGC, Marc AUGUSTYN
- pour la CGT, Sébastien CHESNE
- pour FO, Thierry LANCHON
- pour l'UNSA, Jean-François CLAVERIE

D'autre part

Préambule

Depuis de nombreuses années, les salariés de l'UES JCDecaux bénéficient d'un régime de prévoyance, la protection sociale complémentaire des salariés constituant en effet un élément important de la politique sociale des sociétés composant l'UES JCDecaux.

Ce régime a été modifié notamment pour répondre aux évolutions législatives et réglementaires. A la faveur de l'entrée en application du décret n°2021-1002 du 30 juillet 2021, les parties ont souhaité revoir ce régime.

Le présent avenant a donc pour objet de matérialiser le régime de prévoyance en vigueur au sein de l'UES JCDecaux, conformément aux dispositions légales applicables. Il révisé intégralement l'ensemble des dispositions portant sur le même objet actuellement en vigueur au sein de la Société et notamment à l'accord du 23 mai 2012 et ses avenants, qu'il vient entièrement modifier et remplacer.

Le Comité Social et Economique a été préalablement informé et consulté à ce sujet.

Article 1 : Objet

1.1 Le présent accord a pour objet de définir les caractéristiques du régime de prévoyance, collectif et obligatoire, applicable aux salariés des Sociétés composant l'UES JCDecaux, couvert par des contrats d'assurance collectif souscrits auprès d'un organisme habilité.

Il est rappelé que, dans le cadre du présent accord, les engagements de l'employeur portent exclusivement sur :

- ✓ la souscription d'un contrat d'assurance couvrant les salariés ;
- ✓ la participation au financement du régime dans les conditions définies ci-après ;
- ✓ la réalisation des formalités administratives d'affiliation, de radiation, d'information du personnel et le versement des cotisations auprès de l'organisme assureur.

Aucune société composant l'UES ne saurait être tenue au paiement des prestations, lesquelles relèvent de la responsabilité exclusive de l'organisme assureur.

Article 2 : Salariés bénéficiaires

Le présent accord revêt un caractère collectif et concerne tous les sites, présents et futurs des Sociétés composant l'UES JCDecaux. Il s'applique aux salariés inscrits à l'effectif de ces Sociétés, affiliés à la sécurité sociale française, titulaires d'un contrat de travail, quelle qu'en soit la nature.

Conformément aux dispositions de l'article R.242-1-1, 1° du Code de la sécurité sociale, les salariés sont répartis en deux catégories distinctes :

- ✓ 1^{ère} catégorie : les salariés relevant des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres.
- ✓ 2^{nde} catégorie : les salariés ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres.

Le bénéfice du présent régime est accordé sans aucune condition d'ancienneté.

Article 3 : Caractère obligatoire de l'adhésion

Le présent régime revêt un caractère obligatoire et s'impose de plein droit dans les relations individuelles de travail, en tant qu'élément du statut collectif applicable au sein des Sociétés composant l'UES JCDecaux.

En conséquence, l'ensemble des salariés est obligatoirement affilié auprès de l'organisme assureur, dès la date d'effet du présent régime ou, pour tout nouvel embauché, de son contrat de travail. L'équilibre technique du régime est conditionné par ce caractère obligatoire.

Article 4 : Sort du régime pour les salariés dont le contrat de travail est suspendu ou rompu

4.1 Le bénéfice du présent régime est maintenu pendant toute la durée de suspension du contrat de travail du salarié dès lors que cette dernière donne lieu :

- ✓ à un maintien de salaire, total ou partiel,
- ✓ au versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par ce dernier ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers,
- ✓ au versement d'un revenu de remplacement versé par l'employeur (notamment en cas d'activité partielle, de congé de reclassement ou de congé de mobilité).

Dans cette hypothèse, la Société maintiendra son financement pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée. Le salarié devra également acquitter obligatoirement la part salariale de la cotisation qui continuera à lui être prélevée sur le salaire maintenu, le revenu de remplacement ou les indemnités perçues.

4.2 Lorsque le contrat de travail est suspendu sans maintien de rémunération ni indemnisation ou sans versement d'un revenu de remplacement (notamment en cas de congé sans solde...), le bénéfice du présent régime n'est pas maintenu, sauf si le salarié demande expressément à l'organisme assureur de continuer à en bénéficier dans les conditions du contrat d'assurance pendant cette période. Dans ce cas, le salarié concerné acquitte l'intégralité de la cotisation directement auprès de l'organisme assureur, la Société ne participant pas au financement du régime.

4.3 Le bénéfice du présent régime cesse en principe à la rupture effective du contrat de travail, sous réserve des dispositions de l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale actuellement applicables. En cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage, les salariés peuvent alors bénéficier dans les mêmes conditions que les salariés en activité d'un maintien du présent régime dont ils bénéficiaient.

Article 5 : Garanties et Prestations souscrites

5.1 Le régime couvre les risques d'incapacité, invalidité, décès tels qu'ils sont décrits dans les notices d'information, établies sous la seule responsabilité de l'organisme assureur, annexées à titre informatif au présent accord et auxquelles il est renvoyé. Elles définissent également les conditions d'accès et de mise en œuvre de ces prestations.

Les définitions et procédures établies par ces contrats d'assurance sont opposables aux bénéficiaires du présent accord. Les prestations dues en cas de réalisation du sinistre sont définies par les contrats d'assurance. Elles sont définies en "brut" et subissent donc toutes les charges sociales applicables.

En aucun cas, les indemnités complémentaires nettes versées en cas d'incapacité, ajoutées aux indemnités journalières nettes versées par la sécurité sociale française et le cas échéant au salaire net effectivement versé, ne peuvent excéder le salaire net qu'aurait perçu le salarié s'il avait travaillé au cours de la période d'arrêt de travail.

5.2 Conformément aux dispositions légales applicables, les prestations, une fois qu'elles ont été liquidées, continuent à être versées après la rupture du contrat de travail, s'il y a lieu et sous réserve que le bénéficiaire transmette à l'organisme assureur les documents requis.

Conformément aux dispositions légales applicables, les prestations, y compris les garanties décès, une fois qu'elles ont été liquidées continuent à être versées après la rupture du contrat d'assurance s'il y a lieu.

Article 6 : Cotisations

6.1 L'engagement de l'employeur porte exclusivement sur le versement d'une participation au financement du présent régime, à l'exclusion de toute obligation relative au versement des prestations qui relèvent exclusivement de l'organisme assureur.

Le financement du présent régime est assuré par des cotisations mensuelles calculées sur les salaires brut déclarés par la Société aux administrations sociales au titre du mois considéré et définies de la manière suivante :

	Salariés relevant de la 1ère catégorie				Salariés relevant de la 2nde catégorie	
	TA	TB	TC	TD	TA	TB
	2%	3,22%	3,22%		1,87%	3,09%
Décès	1,09%	1,09%	1,09%		0,92%	0,92%
Arrêt de travail	0,91%	2,13%	2,13%		0,95%	2,17%
	0,79%	0,79%	0,79%	0,56%	0,23%	0,23%
Rente Education	0,23%	0,23%	0,23%		0,23%	0,23%
Rente Conjoint	0,56%	0,56%	0,56%	0,56%		
Total	2,79%	4,01%	4,01%	0,56%	2,10%	3,32%

Les cotisations servant au financement du régime sont exprimées en pourcentage du salaire tel que défini ci-dessus, réparti en 4 tranches distinctes (tranches A, B, C et D).

- ✓ Tranche A (jusqu'au plafond de la sécurité sociale)
- ✓ Tranche B (entre 1 à 4 x le plafond de la sécurité sociale)
- ✓ Tranche C (entre 4 à 8 x le plafond de la sécurité sociale)
- ✓ Tranche D (entre 8 et 16 x le plafond de la sécurité sociale)

A titre informatif, il est rappelé que le Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) est fixé à 3 925 euros brut par mois en 2025.

Ces cotisations sont réparties de la façon suivante entre l'employeur et les salariés :

Tranche de salaire	Part salariale	Part patronale
Tranche A	1/3	2/3
Tranches B, C et D	1/2	1/2

Dans le cadre de cette répartition globale sur la Tranche A, le financement des garanties incapacité et invalidité est couvert à 50% par le salarié et 50% par l'employeur

6.2 Conformément aux dispositions du contrat d'assurance, les taux de cotisations peuvent, le cas échéant, être ajustés chaque année afin de préserver les résultats techniques et financiers du régime produits par l'organisme assureur. Le cas échéant, les salariés seront informés de l'évolution de la cotisation.

Outre les effets d'éventuelles évolutions législatives ou réglementaires relatives notamment à de nouvelles contributions, toute augmentation :

- ✓ jusqu'à 5 % du montant global de la cotisation afférente à l'exercice en cours, ne constitue pas une modification du présent accord. Cette augmentation sera répartie entre l'employeur et le salarié dans les mêmes proportions que la cotisation initiale.
- ✓ envisagée supérieure à 5% du montant global de la cotisation afférente à l'exercice en cours pourrait se traduire par un ajustement pour l'avenir des garanties, afin de préserver l'équilibre du présent régime et éviter l'application effective d'une telle augmentation de la cotisation.

Ni les ajustements de taux, ni la réduction éventuelle des garanties réalisées dans le respect des présentes dispositions ne constituent une modification du présent accord.

A défaut, toute évolution nécessitera de procéder à sa révision.

6.3 Le précompte correspondant à la part salariale des cotisations est effectuée mensuellement par l'employeur et présente un caractère obligatoire pour tous les salariés affiliés au présent régime.

Article 7 : Information des salariés

La notice d'information établie par l'organisme assureur sous sa seule responsabilité, résumant notamment les prestations et leurs modalités d'application, est remise par l'employeur à chaque salarié bénéficiaire du présent régime, ainsi qu'à tout nouvel embauché bénéficiaire, en fonction de la catégorie de salariés à laquelle il appartient.

Toute modification de la notice sera communiquée dans les mêmes conditions.

Article 8 : Dispositions diverses

8.1 Le présent accord prendra effet à compter du 1^{er} janvier 2025 et pour une durée indéterminée.

Il révisé entièrement et se substitue à toutes les dispositions résultant de précédents accords, décisions unilatérales, usages ou toute autre pratique en vigueur au sein des Sociétés composant l'UES JCDecaux lors de la mise en place du présent régime et ayant le même objet. Il vient ainsi plus particulièrement entièrement réviser l'accord collectif en date du 23 mai 2012, se substituant à l'accord du 27 octobre 2011, et ses avenants portant sur le même objet.

8.2 Toute demande de révision devra être portée, par tous moyens à la connaissance de chacun des autres signataires.

Le plus rapidement possible, et au plus tard dans un délai d'un mois suivant la réception de la demande de révision, les parties devront ouvrir une négociation en vue de l'adoption d'un nouveau texte.

Les dispositions portant révision se subsisteront de plein droit à celles de l'accord qu'elles modifient et seront opposables aux parties et aux salariés liés par l'accord, soit à la date qui aurait été expressément convenue, soit à défaut à partir du jour qui suivra son dépôt auprès du service compétent.

Le présent accord pourra à tout moment être dénoncé, totalement ou partiellement, conformément aux dispositions légales en vigueur, sous réserve d'un délai de préavis d'un mois.

La révision et la dénonciation conduisant à modifier les garanties/ prestations et/ou les taux de cotisation ne valent que pour l'avenir.

8.3 Dans l'hypothèse où le contrat d'assurance souscrit serait résilié, à l'initiative ou du fait de l'organisme assureur, notamment du fait d'une dégradation des résultats techniques, d'une proposition d'augmentation des cotisations ou d'une dégradation des garanties, et si aucun nouveau contrat de couverture de prévoyance ne devait être conclu aux conditions du présent régime, le présent accord serait caduc, la condition essentielle de l'engagement de la Société ayant disparu. La caducité emporte pour conséquence qu'à la date de fin d'effet du contrat d'assurance, le présent accord cesse de s'appliquer sans autre délai de survie.

Les partenaires sociaux seraient alors réunis dès la connaissance d'un risque de caducité, afin d'examiner les solutions de substitution éventuelles.

8.4 Conformément aux dispositions du Code du travail, le présent accord est déposé en version électronique sur la plateforme « TéléAccords ».

Un exemplaire signé sera par ailleurs déposé au secrétariat greffe du Conseil de prudhommes compétent.

Un exemplaire du présent accord sera remis à chaque organisation syndicale représentative, pour notification au sens de l'article L.2231-5 du Code du travail.

Mention de cet accord figurera aux emplacements réservés à la communication avec le personnel. En outre, un exemplaire sera établi pour chacune des Parties.

Fait le 21 mars 2025 à Plaisir

- ✓ **Pour la Direction** : Thierry RAULIN



- ✓ **Pour les Organisations syndicales**

- F3C CFDT, Fouad MAAZOUZA



- SNCTPP CFE-CGC, Marc AUGUSTYN

Marc AUGUSTYN

- CGT, Sébastien CHESNE

- FO, Thierry LANCHON

thierry lanchon

- UNSA, Jean-François CLAVERIE

JFC

P.J. : notices d'information

apgis

OCIRP
protéger. agir. soutenir

JCDecaux

**Notice d'information de votre contrat collectif
prévoyance à adhésion obligatoire**



**Catégorie assurée :
Ensemble des salariés affiliés à l'AGIRC**

JC

TL

MA

FML

TR

Votre employeur a souscrit auprès de l'APGIS et de l'OCIRP (ci-après dénommée « l'Institution ») un Contrat prévoyance collectif à adhésion obligatoire destiné à vous garantir contre les risques décès — Perte totale et irréversible d'autonomie et Incapacité temporaire et Invalidité — Incapacité permanente, en complément des éventuelles Prestations du Régime Obligatoire.

L'APGIS est chargée de la mise en œuvre au quotidien de cette assurance qui, désormais, vous protège.

Cette Notice d'information a pour objet de vous informer sur vos droits et sur les modalités de versement des Prestations prévues. Elle sera rectifiée à l'occasion de toute modification des Garanties du Contrat.

Pour toute question, vous pouvez nous contacter ou vous adresser au service du personnel de votre entreprise.

Ce document qui vous est remis par votre employeur, définit les dispositions réglementaires et contractuelles organisant les rapports entre votre entreprise, vous-même et l'Institution.

Cette Notice d'information satisfait aux obligations d'information des assurés.

OU TROUVER CE QUE VOUS CHERCHEZ ?

DÉFINITIONS PRÉALABLES	4
QU'EST-CE QU'UN CONTRAT PREVOYANCE À ADHÉSION OBLIGATOIRE ?	7
QUI EST CONCERNÉ ?.....	7
1.1 – Vous : le salarié	7
1.2 – L'ancien salarié	7
1.3 – Les personnes prises en compte pour le calcul des prestations : les membres de votre famille	7
COMMENT S’AFFILIER ?	9
2.1 – Bulletin individuel d’affiliation	9
2.2 – Comment remplir votre clause Bénéficiaire(s) en cas de décès ?	9
COMMENT FONCTIONNE LE CONTRAT ?.....	11
3.1 – Quelles sont les Garanties ?	11
3.2 – Quand débutent et cessent les Garanties ?	11
COMMENT S’APPLIQUENT LES GARANTIES ?	12
4.1 – Vos Garanties ?	12
4.2 - Contrôle médical	15
QUE SE PASSE-T-IL EN CAS DE SUSPENSION OU RUPTURE DE MON CONTRAT DE TRAVAIL ?	16
5.1 – En cas de suspension de votre contrat de travail	16
5.2 – En cas de rupture ou de fin de contrat de travail : dispositif de « portabilité »	16
5.3 – Maintiens spécifiques de vos Garanties	17
5.4 – Continuation de la garantie des risques indemnisés par des assureurs précédents	18
COMMENT OBTENIR LE VERSEMENT DE MES PRESTATIONS ?	19
6 – Pièces à fournir à l’Institution	19
COMMENT SONT CALCULÉES ET PAYÉES MES PRESTATIONS ?	20
7.1 – Le salaire de référence	20
7.2 – L’assiette des Prestations	20
7.3 – La revalorisation des Prestations	20
7.4 – Le cumul des Prestations	21
COMMENT SONT CALCULÉES ET PAYÉES MES COTISATIONS ?	22
8.1 – L’assiette des cotisations	22
8.2 – Le paiement des cotisations	22
8.3 - Exonération du paiement des cotisations	22
J’AI UNE QUESTION OU UNE RÉCLAMATION À QUI DOIS-JE M’ADRESSER ?	23
9 – Informations et réclamations	23
DISPOSITIONS DIVERSES	23
10.1 – Fausse déclaration	23
10.2 – Contrôle de l’Institution	23
10.3 – Protection des personnes physiques à l’égard du traitement des données à caractère personnel	23
10.4 – Déclaration	24
10.5 – Déchéance / Prescription	25
10.6 – Dispositif de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme	25
QUE SE PASSE-T-IL SI LES PRESTATIONS DONT J’AI BÉNÉFICIÉ ONT ÉTÉ RENDUES NÉCESSAIRES PAR LE FAIT D’UN TIERS ?	26
11 – Subrogation	26
LISTE DES ENTREPRISES BÉNÉFICIAIRE DES DISPOSITIONS DU CONTRAT	26
ANNEXE – TABLEAU DES GARANTIES	27

DÉFINITIONS PRÉALABLES

Pour faciliter la lecture, certains termes sont définis ci-après. Ils sont signalés par une majuscule dans les différents articles de ce document.

Sauf disposition spécifique prévue à chaque garantie, les définitions ci-après s'entendent au jour de l'évènement considéré.

Accident :

Toute atteinte à l'intégrité physique, non intentionnelle et provenant de l'action fortuite, soudaine, violente et imprévisible d'une cause qui vous est extérieure.

Accident du travail :

Accident survenu, à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit, quelle qu'en soit la cause, par le fait ou à l'occasion du travail et reconnu en tant que tel par le Régime Obligatoire.

Acte authentique :

Acte rédigé et reçu par un officier public ayant le droit d'instrumenter dans le lieu où l'acte a été rédigé et avec les solennités requises.

Acte de mise en place (article L.911.1 du Code de la Sécurité sociale) :

Convention ou accord collectif, projet d'accord soumis au vote de la majorité du personnel ou décision unilatérale de l'employeur à l'origine de la mise en place du Régime.

Acte sous seing privé :

Acte juridique rédigé et signé par des particuliers, sans la présence d'un notaire ou officier public (par exemple, un contrat).

Capacité juridique :

Aptitude à avoir des droits et des obligations et à les exercer soi-même (exemple : capacité d'agir en justice, de conclure un contrat...). Les mineurs (hors mineurs émancipés) ne disposent pas de la capacité juridique. Il en est de même pour les majeurs qui bénéficient d'un régime de protection juridique.

Consolidation :

Moment où les lésions se fixent et prennent un caractère permanent, sinon définitif, tel qu'un traitement n'est plus en principe nécessaire, et avec des séquelles entraînant une Incapacité permanente.

Contrat :

Contrat collectif à adhésion obligatoire souscrit par votre employeur auprès de l'Institution.

Décès accidentel :

Tout décès survenant à la suite d'un Accident tel que défini ci-avant.

Délai de franchise :

Délai indiqué au Tableau des Garanties annexé à la présente Notice d'information et est exprimé en nombre de jours continus d'arrêt de travail au terme duquel prend effet le droit au versement des

Prestations.

En cas de rechute, telle que prévu dans la présente Notice d'information, le Délai de franchise ne s'applique pas.

Délai de déclaration du sinistre :

Délai exprimé en nombre de jours continus durant lequel vous ou le Souscripteur devez déclarer le sinistre pour obtenir une éventuelle prise en charge.

Désignation Expresse de Bénéficiaire(s) :

Suite à votre décès, le capital décès (hors clause de réservation) est versé au(x) Bénéficiaire(s), que vous avez désigné(s).

Désignation contractuelle :

Suite à votre décès, le capital décès (hors clause de réservation) est attribué selon l'ordre de préférence défini à l'article 2.2 de la présente Notice d'information.

Fait générateur :

Évènement qui fait naître le droit à une Prestation à votre profit ou à celui du Bénéficiaire.

Garantie :

Engagement de l'Institution, en contrepartie d'une cotisation convenue d'avance, à verser une Prestation à l'occasion d'évènements faisant jouer les clauses du Contrat, intervenant au cours de la période d'assurance.

Incapacité permanente partielle ou totale d'origine professionnelle lorsque le Régime Obligatoire attribue un taux d'Incapacité supérieur ou égal à 33% selon la législation sur les Accidents du travail et maladies professionnelles :

Vous êtes reconnu comme étant en « Incapacité permanente » si, à la suite d'une maladie professionnelle ou d'un Accident d'origine professionnelle, vous vous trouvez dans l'impossibilité physique, totale ou partielle constatée médicalement et reconnue par le Régime Obligatoire, de vous livrer à l'exercice normal de votre profession ou d'une profession similaire vous procurant une rémunération équivalente.

- Vous êtes considéré comme étant en Incapacité permanente **partielle**, si vous bénéficiez, à la suite d'un Accident de travail ou d'une maladie professionnelle d'un taux d'Incapacité supérieur ou égal à 33 % et inférieur à 66 %, vous permettant toutefois d'exercer une activité professionnelle.
- Vous êtes considéré comme étant en Incapacité permanente **totale**, si après Consolidation de votre état, vous êtes reconnu inapte à tout travail à la

suite d'un Accident du travail ou d'une maladie professionnelle et définitivement incapable de vous livrer à une activité. Vous êtes bénéficiaire d'un taux d'Incapacité supérieur ou égal à 66% au titre d'un Accident de travail ou d'une maladie professionnelle.

Incapacité temporaire totale de travail (ITT) :

Vous êtes considéré en état d'Incapacité temporaire totale de travail, si à la suite d'une maladie ou d'un Accident, vous êtes temporairement inapte à l'exercice de votre activité professionnelle et vous percevez des indemnités journalières du Régime Obligatoire -soit au titre de l'Assurance Maladie - soit au titre de l'Assurance des Accidents de Travail ou des Maladies Professionnelles.

Incapacité temporaire partielle de travail (ITP) :

Vous êtes considéré en état d'Incapacité temporaire partielle de travail, si vous exercez une activité partielle et que vous percevez des indemnités journalières du Régime Obligatoire - soit au titre de l'Assurance Maladie - soit au titre de l'Assurance des Accidents de Travail ou des Maladies Professionnelles.

Incapacité 1^{ère}, 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie :

Incapacité d'origine non professionnelle répondant aux critères d'attribution d'une pension d'Incapacité fixés par le Code de la Sécurité sociale. Les Invalides sont classés comme suit par le Régime Obligatoire :

- **1^{ère} catégorie** : Invalides capables d'exercer une activité rémunérée,
- **2^{ème} catégorie** : Invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque.
- **3^{ème} catégorie** : Invalides, qui étant absolument incapables d'exercer une profession, sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

Participant

Membre du personnel et ancien salarié du Souscripteur relevant de la catégorie de personnel assuré, affilié au Contrat et sur la tête duquel repose le risque.

Perte totale et irréversible d'autonomie :

Vous êtes considéré comme étant en Perte totale et irréversible d'autonomie dès lors qu'il est prouvé que vous êtes, de façon irréversible, dans l'impossibilité totale d'exercer une profession quelconque et en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie soit au moins deux des quatre opérations suivantes : se laver, s'habiller, s'alimenter ou se déplacer.

Il y a Perte totale et irréversible d'autonomie :

- si vous êtes classé en 3^{ème} catégorie d'Incapacité par le Régime Obligatoire (invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne),
- en cas d'Accident du travail ou de maladie professionnelle, si vous êtes reconnu par le

Régime Obligatoire atteint d'un taux d'Incapacité permanente égal à 100% avec majoration pour assistance d'une tierce personne.

Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (PMSS) :

Plafond calculé mensuellement à partir du plafond de la Sécurité sociale de référence fixé annuellement par arrêté publié au journal officiel qui sert au calcul des tranches de cotisations sociales.

Son évolution est consultable sur www.securite-sociale.fr.

Prestation :

Montant versé par l'Institution en application des Garanties et des conditions prévues au Contrat.

Prorata temporis :

Expression latine signifiant « en proportion du temps écoulé » pour le calcul des sommes dues.

Régime :

Ensemble des dispositions relatives à votre Contrat prévoyance.

Régime Obligatoire (RO) :

Régime français d'Assurance Maladie dont dépend le Bénéficiaire à travers la reconnaissance par un organisme dit de Sécurité sociale, y compris le régime local.

Salaire de référence :

Salaire retenu pour le calcul des Prestations et des cotisations correspondant à votre rémunération brute annuelle, déclarée à l'URSSAF par votre employeur (selon l'article L.242-1 du Code de la Sécurité Sociale) et sous déduction des indemnités de toute nature versées à l'occasion ou au titre de la fin de votre contrat de travail.

Le Salaire de référence est ventilé en tranches A, B, C et D. Elles sont définies comme suit :

- **Tranche A** : fraction du salaire limitée au Plafond annuel de la Sécurité sociale.
- **Tranche B** : fraction du salaire comprise entre une (1) et quatre (4) fois le Plafond annuel de la Sécurité sociale.
- **Tranche C** : fraction du salaire comprise entre quatre (4) et huit (8) fois le Plafond annuel de la Sécurité sociale.
- **Tranche D** : fraction du salaire comprise entre huit (8) et seize (16) fois le Plafond annuel de la Sécurité sociale.

Les cotisations ne sont pas dues sur les indemnités journalières ou rentes perçues au titre du Régime Obligatoire ou au titre du présent Contrat.

Il est précisé que si vous percevez un revenu de remplacement versé par votre employeur, l'indemnisation versée dans ce cadre est intégrée dans la définition du Salaire de référence.

Sinistre :

Risque qui peut donner lieu à la mise en jeu des Garanties du Contrat

Souscripteur (employeur ou entreprise) :

Entreprise qui vous emploie et qui a conclu avec l'Institution un Contrat pour le compte de son personnel.

Terme échu :

Délai au terme duquel le règlement est effectué.

QU'EST-CE QU'UN CONTRAT PREVOYANCE À ADHÉSION OBLIGATOIRE ?

Il s'agit du Contrat collectif à adhésion obligatoire conclu entre votre employeur et l'Institution, destiné à vous couvrir, selon les Garanties souscrites, contre les risques décès — Perte totale et irréversible d'autonomie et Incapacité temporaire et Invalidité — Incapacité permanente.

Ce Contrat garantit les membres du personnel de l'entreprise appartenant à la catégorie assurée, et, dans certains cas et à certaines conditions énumérées au sein de la présente Notice d'information, les anciens salariés de l'entreprise.

QUI EST CONCERNÉ ?

1.1 – Vous : le salarié

Sous réserve de répondre à la définition du personnel assuré indiquée dans l'Acte de mise en place du Régime, le Contrat prévoyance vous garantit :

- Si vous êtes un salarié **sous contrat de travail en cours, et que vous êtes affilié à un Régime Obligatoire français**,
- Si vous êtes un salarié dont **le contrat de travail est suspendu**, quelle que soit la cause de cette suspension. Cette possibilité s'applique à condition de bénéficier pendant cette période :
 - d'un maintien total ou partiel de salaire,
 - d'indemnités journalières (ou d'une rente d'invalidité ou d'incapacité) versées par le Régime Obligatoire,
 - d'indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par votre employeur qu'elles soient versées directement par ce dernier ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers,
 - d'un revenu de remplacement versé par votre employeur, au titre notamment d'une mise en activité partielle ou en activité partielle de longue durée, ou encore en cas de congés rémunérés (par exemple : reclassement, mobilité...).
- Si vous avez le statut de **mandataire social**, titulaire d'un contrat de travail ou, sous réserve d'une décision de l'organe compétent et notifiée par procès-verbal, et si vous avez le statut de mandataire social **non titulaire d'un contrat de travail**, mais, sur le fondement de l'article L.311-3 du Code de la Sécurité sociale, assimilé à un salarié.

Le Contrat prévoyance est à adhésion obligatoire pour tous les salariés relevant de la catégorie assurée sous réserve de remplir les conditions ci-dessus.

Votre affiliation au Contrat vous confère la qualité de « membre participant » de l'Institution et vous donne le droit de participer au fonctionnement institutionnel de cette dernière. Vous êtes tenu par les dispositions des statuts de l'Institution.

Contrats de travail suspendus

Si votre contrat de travail est suspendu sans maintien total ou partiel de votre rémunération ou versement d'indemnités journalières financées en tout ou partie par votre employeur (notamment congé sabbatique, congé pour création d'entreprise, congé parental d'éducation, congé sans solde) vous pouvez vous affilier au Contrat sous réserve d'en faire la demande dans **le mois suivant la date de suspension** de votre contrat de travail. Le maintien des Garanties décès – Perte totale et irréversible d'autonomie est accordé par l'Institution, sous réserve des dispositions prévues à l'article 5.1 de la présente notice d'information et du paiement de l'intégralité de la cotisation correspondante (sans participation financière de votre employeur).

1.2 – L'ancien salarié

Les Garanties vous sont maintenues sous réserve que vous continuez à remplir les conditions définies à l'article 5.2 de la présente Notice d'information.

1.3 – Les personnes prises en compte pour le calcul des prestations : les membres de votre famille

La situation de votre famille est prise en compte pour le calcul de certaines Garanties et est appréciée à la date de l'évènement qui ouvre droit aux Prestations.

Les membres de votre famille pris en compte sont :

- **Votre Conjoint** qui peut être :

- Votre époux ou votre épouse légitime, non divorcé(e) ni séparé(e) de corps judiciairement,
- A défaut, votre partenaire lié par un pacte civil de solidarité « PACS » (PACS ; contrat conclu par deux personnes physiques majeures pour organiser leur vie commune au sens des articles 515-1 et suivants du Code civil).

Attention :

Au titre du présent Contrat, **vos concubin(e) n'est pas considéré(e) comme « Conjoint »**, pour le calcul des Prestations.

- **Vos Enfants à charge** qui peuvent être vos enfants ou ceux de votre conjoint ou partenaire de PACS qu'ils soient légitimes, reconnus, naturels, adoptés ou recueillis, sont considérés comme Enfants à charge au moment de votre décès.

Dès lors que la situation correspond aux cas énumérés ci-dessus, les enfants sont définis comme étant à charge, à condition :

- d'être âgés, au jour de l'événement donnant lieu à versement des prestations, **de moins de 18 ans**,
- que vous ou votre conjoint ou partenaire de PACS, en cas de divorce, de séparation de corps judiciairement constatée ou de rupture de PACS, en ait la garde ou s'agissant de votre / vos enfant(s), que vous participiez à son/leur entretien par le versement d'une pension alimentaire,
- **qu'ils soient âgés de plus de 18 ans et de moins de 26 ans** et qu'ils poursuivent des études secondaires ou supérieures en France ou à l'étranger et à condition :
 - qu'ils poursuivent leurs études secondaires ou supérieures dans un établissement ou organisme reconnu par l'Education Nationale et le Ministère du Travail, (pour les enfants de plus de 20 ans),
 - qu'ils bénéficient d'un contrat d'apprentissage ou en contrat de professionnalisation,
 - qu'ils n'exercent simultanément aucune activité rémunératrice habituelle et durable,
- **quel que soit leur âge** s'ils sont titulaires de la carte d'invalidité civile ou la carte « mobilité inclusion » portant la mention « invalidité », prévue à l'article L.241-3 du Code de l'Action sociale et des Familles et :
 - qu'ils soient âgés de moins de 26 ans lors de la survenance de l'infirmité,
 - et qu'ils soient non salariés et qu'ils ne puissent bénéficier d'aucune ressource du fait d'une activité professionnelle exercée en propre,

- d'être nés viables moins de 300 jours après votre décès ou celui de votre conjoint ou partenaire de PACS.

- vos ascendants ou ceux de votre conjoint ou partenaire de PACS, (dans la limite de deux ascendants), sous réserve qu'ils ne soient pas assujettis à l'impôt sur le revenu du fait de leurs ressources personnelles et qu'ils soient fiscalement à votre charge.

Votre avis d'imposition, une copie de la carte d'identité du ou des ascendants concernés ainsi que toute pièce que l'Institution jugerait nécessaire, sont à produire en cas de survenance d'un événement ouvrant droit à prestation.

Notez également que la qualité :

- de conjoint marié se perd par divorce ou séparation de corps sur présentation du jugement,
- de partenaire lié par un PACS se perd sur présentation de tout document attestant la dissolution d'un PACS délivré par un Officier Public,
- d'Enfant à charge ou de Personne à charge se perd dès lors que ces derniers ne répondent plus à la définition prévue ci-dessus.

Attention :

En cas de modification de votre situation de famille, vous devez faire parvenir à l'Institution, les justificatifs nécessaires au suivi de votre affiliation à l'aide d'un bulletin individuel d'affiliation tel que défini à l'article 2.1 de la présente Notice d'information.

COMMENT S’AFFILIER ?

2.1 – Bulletin individuel d’affiliation

Lors de la mise en place du Contrat ou au moment de votre embauche, il est indispensable de remplir le **bulletin individuel d’affiliation** qui vous est remis par votre entreprise.

Les renseignements qui y figurent sont nécessaires à la gestion de vos droits à Prestations.

En remplissant ce bulletin, vous devez notamment indiquer les Bénéficiaires que vous avez choisis pour le capital décès, soit par la Désignation contractuelle, soit par la Désignation Expresse de Bénéficiaire(s).

Si la Désignation contractuelle de Bénéficiaires prévue sur le bulletin individuel d’affiliation ne vous convient pas, vous devez remplir un second document afin de préciser votre « **Désignation Expresse de Bénéficiaire(s) en cas de décès** ». **Vous devez ensuite envoyer ce document directement à l’Institution.**

A retenir :

2 documents importants pour votre affiliation :

1. Le bulletin individuel d’affiliation
2. Le cas échéant, le bulletin de Désignation Expresse de Bénéficiaire(s) si la Désignation contractuelle ne vous convient pas. Dans ce cas, la Désignation Expresse est à envoyer par vos soins à l’APGIS, à l’adresse suivante :

APGIS – Pôle Capitaux et Rentes
12 rue Massue
94684 Vincennes Cedex

2.2 – Comment remplir votre clause Bénéficiaire(s) en cas de décès ?

Lorsque vous remplissez votre bulletin individuel d’affiliation, vous devez indiquer les Bénéficiaires du capital décès.

Vous avez alors deux possibilités, à savoir :

1. Une Désignation contractuelle : suite à votre décès, les capitaux seront versés par ordre de préférence :

- à votre conjoint(e) non divorcé(e) ni séparé(e) de corps judiciairement,
- à défaut à votre partenaire lié(e) avec vous par un Pacte Civil de Solidarité, sous réserve de la présentation de tout document attestant la conclusion d’un PACS délivré par un Officier Public,
- à défaut, par parts égales à vos enfants, légitimes, adoptés ou recueillis, nés ou à naître, vivants ou représentés,
- à défaut, par parts égales à vos ascendants ou au survivant de l’un d’entre eux,
- à défaut, à vos héritiers en proportion de leurs parts héréditaires et indépendamment de

toute renonciation à la succession.

Par exemple, la première personne de la liste est votre Conjoint. Si au jour de votre décès, vous êtes marié, la totalité du capital décès (hors majorations du capital prenant en compte des statuts particuliers) sera versée à votre Conjoint. A l’inverse, si au jour de votre décès, vous êtes célibataire, la totalité du capital décès sera versée par l’Institution à vos enfants, si vous en avez.

A retenir :

Pour être Bénéficiaire du capital décès, votre concubin doit faire l’objet d’une Désignation Expresse de Bénéficiaire(s).

2. Une Désignation Expresse de Bénéficiaire(s) : le capital sera versé à la ou les personne(s) que vous aurez vous-même désignée(s).

Par exemple, si vous souhaitez que toute autre personne soit Bénéficiaire, vous pouvez désigner expressément le(s) Bénéficiaire(s) de votre choix par envoi à l’Institution du bulletin de Désignation Expresse de Bénéficiaire(s).

Afin de faciliter l’exécution de vos volontés, en cas de survenance de votre décès, n’hésitez pas à informer les proches concernés de vos souhaits.

A tout moment, hors présence d’un Bénéficiaire acceptant, vous avez la faculté de faire une désignation différente de l’ordre ci-dessus au moyen de l’imprimé prévu à cet effet, disponible auprès de l’Institution ou de votre employeur. Ce choix peut prendre la forme d’un Acte sous seing privé ou d’un Acte authentique.

Attention :

Dès lors qu’un Bénéficiaire accepte le bénéfice de l’assurance, sa désignation devient irrévocable. Il devient « bénéficiaire acceptant ».

Pour être valable, l’acceptation doit obligatoirement être faite soit par un avenant signé par vous-même, l’Institution et le Bénéficiaire, soit par un Acte authentique ou sous seing privé signé du stipulant et du Bénéficiaire. Dans ce dernier cas, elle n’a d’effet à l’égard de l’Institution que lorsqu’elle lui a été notifiée par écrit.

Lorsque vous avez désigné plusieurs Bénéficiaires et que l’un d’eux décède, le capital est versé aux autres Bénéficiaires au prorata de leurs parts respectives.

Toutefois, la Désignation Expresse de Bénéficiaire(s) n’est pas appliquée (en conséquence de quoi la Désignation contractuelle s’applique) dans les cas ci-après :

- prédécès du Bénéficiaire ou de la totalité des Bénéficiaires que vous avez désignés,
- décès, au cours d'un même évènement et sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre de votre décès et de celui du Bénéficiaire ou de la totalité des Bénéficiaires que vous avez désignés,
- révocations de plein droit prévues par le Code civil,
- refus du capital par le(s) Bénéficiaire(s) désigné(s).

Dans ce dernier cas, le Bénéficiaire devra signifier son refus par lettre recommandée ou par lettre recommandée électronique avec accusé de réception, à l'adresse suivante :

APGIS — Pôle Capitaux et Rentes
12, rue Massue
94684 Vincennes Cedex.

A savoir :

Les désignations de Bénéficiaires précédentes établies auprès de l'ancien assureur sont caduques à compter de votre affiliation au Contrat. Si vous souhaitez déroger à la Désignation contractuelle, prévue ci-dessus, vous devez remplir, dater et envoyer le document prévoyant la Désignation Expresse de Bénéficiaire(s). La nouvelle désignation ne prend effet qu'à la date à laquelle l'Institution en a reçu notification.

Clause de réserve :

Par dérogation à ce qui précède, en cas de majoration du capital prenant en compte des statuts particuliers, la majoration de capital correspondante ne saurait profiter qu'aux personnes prises en considération pour le calcul de ces majorations.

Si le Bénéficiaire que vous avez désigné, assume effectivement la charge des personnes prises en considération pour le calcul des majorations, le capital est globalement attribué à la personne ainsi désignée à titre de Bénéficiaire unique.

Si le Bénéficiaire désigné n'assume pas effectivement la charge desdites personnes, l'Institution verse au Bénéficiaire désigné un capital dont le montant est limité au seul capital décès, hors majorations.

Les sommes sont réparties entre les personnes prises en compte pour le calcul des majorations par parts égales entre elles et versées à leur représentant si elles ne jouissent pas de la capacité juridique.

En cas de décès ainsi qu'un ou plusieurs Bénéficiaires désignés au cours d'un même évènement sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès, vous êtes présumé être décédé le premier pour la détermination des Bénéficiaires du capital.

La majoration de capital liée à la présence de personne(s) à charge est égale à la différence entre le montant du capital déterminé en tenant compte des personnes à charge et le montant du capital déterminé pour une personne mariée ou pacsée sans personne à charge.

A retenir :

En cas de changement de votre situation familiale (notamment mariage, Pacs, divorce, naissance, décès d'un Bénéficiaire), **il convient de vous assurer que votre désignation de Bénéficiaire en cas de décès demeure en conformité avec votre nouvelle situation.**

COMMENT FONCTIONNE LE CONTRAT ?

3.1 – Quelles sont les Garanties ?

Les Garanties dont vous bénéficiez au sein de votre entreprise sont précisées dans le Tableau des Garanties annexé à la présente Notice d'information.

3.2 – Quand débutent et cessent les Garanties ?

Les Garanties prennent effet, sous réserve de satisfaire aux formalités d'affiliation à la date d'effet du Contrat liant votre employeur à l'Institution, si vous faites partie des effectifs de l'entreprise à cette date et que vous appartenez à la catégorie de personnel assuré (hors cas particulier précisé ci-dessous).

Si votre entrée dans l'entreprise est postérieure à la date d'effet du Contrat, vous êtes affilié au Régime de Prévoyance à la date à laquelle débute votre contrat de travail.

Les Garanties cessent (sauf maintien des Garanties prévu à la présente Notice d'information) :

- à la date à laquelle vous cessez d'appartenir à la catégorie de personnel assuré,
- en cas de suspension de votre Contrat de travail (sans maintien total ou partiel de salaire ou d'indemnités journalières) et uniquement pendant cette période, sauf en cas de maintien prévu à l'article 5.1 de la présente Notice d'information,
- le jour de la liquidation normale ou anticipée de votre pension de vieillesse due par le Régime Obligatoire sauf si vous êtes en cumul emploi retraite, tel que défini à l'article L.161-22 du Code de la Sécurité sociale,
- au plus tard, à la date d'effet de la résiliation du Contrat.

A retenir :

En cas de modification de vos Garanties, votre employeur vous informera des nouvelles dispositions par écrit.

COMMENT S'APPLIQUENT LES GARANTIES ?

4.1 – Vos Garanties ?

GARANTIE DECES – PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE

En cas de décès du salarié de l'entreprise JCDecaux, l'Institution sera amenée à verser les Prestations prévues par le Contrat.

Celles-ci sont cumulatives mais dépendent de la situation familiale du salarié au jour de son décès.

Elles sont calculées en pourcentage du Salaire de référence.

Il s'agit d'un capital versé en une fois à la suite du décès du salarié, mais également des rentes versées au conjoint / partenaire de PACS et à vos enfants dès lors qu'ils se trouvent dans l'une des situations prévues par l'article 1.3.

Dans certains cas, les Prestations couvrent également votre conjoint / votre partenaire de PACS (garantie « double effet » et garantie « obsèques », cette dernière Garantie couvrant également vos enfants tels qu'ils sont définis à l'article 1.3).

GARANTIE DECES TOUTES CAUSES

En cas de décès, un capital est versé aux Bénéficiaires que vous avez désignés en remplissant votre bulletin individuel d'affiliation ou à défaut la Désignation Expresse de Bénéficiaire(s).

La part du capital correspondant aux majorations pour Enfants à charge est versée, quel que soit le bénéficiaire désigné, par parts égales entre les Enfants à charge, directement à ceux-ci s'ils jouissent de la capacité juridique, ou dans le cas contraire, à leurs représentants légaux durant leur minorité.

La majoration de capital liée à la présence de personne(s) à charge est égale à la différence entre le montant du capital déterminé en tenant compte des personnes à charge et le montant du capital déterminé pour une personne mariée ou pacsée sans personne à charge. La différence est répartie par parts égales entre chaque personne à charge.

GARANTIE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE TOUTES CAUSES

Cette garantie a pour objet le paiement anticipé du capital décès dans le cas où vous seriez classé par la Sécurité sociale en 3^{ème} catégorie d'invalidité.

Est classée en 3^{ème} catégorie d'invalidité, toute personne qui étant absolument incapable d'exercer une profession doit, en outre, avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes de la vie courante.

Est assimilé au classement en 3^{ème} catégorie, en cas d'accident du travail, l'incapacité permanente à 100% avec majoration pour assistance d'une tierce personne.

Dans ce cas, le décès ultérieur n'ouvre pas droit au versement de nouveaux capitaux sauf en cas de décès postérieur du conjoint (garantie double effet).

GARANTIE DOUBLE EFFET

En cas de décès, si vous laissez à la charge de votre conjoint ou de votre partenaire de PACS, un ou plusieurs enfants tels que définis à l'article 1.3, un capital est garanti sur la tête de votre conjoint ou partenaire de PACS.

Cette assurance temporaire conserve ses effets aussi longtemps que les enfants qui étaient à votre charge au sens de l'article 1.3 demeurent à la charge de votre conjoint / partenaire de PACS.

Cette assurance est versée au plus tard jusqu'à la date d'attribution de la pension de vieillesse de votre conjoint ou partenaire de PACS.

Elle cesse en cas de remariage de votre conjoint ou partenaire de PACS et en cas de résiliation du Contrat.

Si votre conjoint / partenaire de PACS décède pendant la durée de cette assurance temporaire, le capital est versé aux enfants restés à charge par parts égales entre eux.

Dans le cas où votre décès et celui de votre conjoint / partenaire de PACS, surviennent au cours d'un même évènement, sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès, votre conjoint / partenaire de PACS est présumé avoir survécu postérieurement à votre décès.

Le salaire de référence pris en considération pour le calcul de ce capital est celui déterminé à la date de votre décès.

Le montant du capital versé est précisé au tableau des Garanties.

GARANTIE OBSEQUES

En cas de décès de votre conjoint ou partenaire de PACS ou d'un Enfant à charge tel que définis à l'article 1.3, il est versé une allocation indiquée dans le Tableau des Garanties.

Conformément aux dispositions légales, le montant de l'allocation est limité aux frais réellement engagés en cas de décès d'un enfant de moins de 12 ans.

Cette allocation sera versée à celui qui a engagé et réglé les dépenses sur production d'un justificatif.

GARANTIE RENTE DE CONJOINT ASSUREE PAR L'OCIRP

Cette Garantie est assurée par l'Organisme Commun des Institutions de Rente et de Prévoyance (OCIRP) et gérée dans le cadre des dispositions réglementaires de cet organisme.

Les versements d'arrérages de rentes ainsi que les traitements sont effectués par l'APGIS dans le cadre d'une délégation reçue de l'OCIRP.

Suite à votre décès, il est versé à votre Conjoint survivant tel que défini à l'article 1.3 de la présente Notice d'information :

- une rente viagère à effet immédiat,
- le cas échéant, une rente temporaire à effet immédiat.

La rente temporaire est versée au plus tard :

- **jusqu'au jour où votre conjoint perçoit la pension de réversion du régime de retraite complémentaire de l'ARRCO pour les droits correspondant à la tranche A du Salaire de référence.**
- **jusqu'au jour où votre conjoint perçoit la pension de réversion du régime complémentaire de l'AGIRC-ARRCO pour les droits correspondant aux tranches B, C et D du Salaire de référence.**

Par exception aux dispositions de l'article 1.3 de la présente Notice d'information, les rentes de conjoint peuvent être versées en l'absence de conjoint ou de partenaire de PACS à votre concubin.

Le concubin ou la concubine survivant(e) doit apporter la preuve qu'il ou elle a vécu jusqu'au moment de votre décès au moins deux (2) ans en concubinage notoire avec vous.

De plus, vous devez tous deux être au regard de l'état civil, libre de tout lien de mariage ou de contrat de Pacs. En cas de naissance ou d'adoption dans le couple, ce délai de deux (2) ans n'est pas exigé.

La situation du partenaire de PACS ou du concubin est assimilée à celle d'un conjoint survivant pour le service de la rente temporaire.

Dans ces conditions, la rente temporaire lui est attribuée, sauf s'il avait pu prétendre, en tant que conjoint survivant, à la réversion des régimes de retraite de AGIRC-ARRCO.

Lorsque les Prestations sont inférieures à un montant fixé par le Conseil d'administration de l'OCIRP, l'APGIS peut en effectuer un versement annuel d'avance, le 1^{er} janvier de chaque année.

Par ailleurs, l'OCIRP peut procéder, sur demande des bénéficiaires, à l'ouverture de ses droits au paiement d'un capital en remplacement de la rente à laquelle il peut prétendre. Il est égal au capital constitutif de la rente à la date d'effet des droits.

L'OCIRP peut également accepter d'effectuer des avances sur Prestations.

GARANTIE RENTE EDUCATION assurée par l'OCIRP

Cette Garantie est assurée par l'Organisme Commun des Institutions de Rente et de Prévoyance (OCIRP) et gérée dans le cadre des dispositions réglementaires de cet organisme.

Les versements d'arrérages de rentes ainsi que les traitements sont effectués par l'APGIS dans le cadre d'une délégation reçue de l'OCIRP.

En cas de décès ou de Perte totale et irréversible d'autonomie, chacun de vos Enfants à charge, percevra une rente temporaire à effet immédiat, telle que précisée au Tableau des Garanties annexé à la présente Notice d'information.

Bénéficiaire :

Par extension aux dispositions de l'article 1.3, la Garantie est également accordée aux enfants de moins de 26 ans, sous réserve qu'ils soient inscrits auprès de Pôle emploi comme demandeur de premier emploi, ou stagiaires de la formation professionnelle.

Par ailleurs, la rente éducation est accordée sans limitation de durée sous réserve des conditions cumulatives suivantes :

- que l'enfant soit reconnu en situation d'invalidité avant son 26^{ème} anniversaire,
- qu'il bénéficie d'une allocation prévue par la législation sociale en faveur des personnes handicapées ou qu'il remplisse les conditions pour en bénéficier lorsque l'allocation ne lui est pas versée en raison de son niveau de ressource,
- qu'il soit âgé de moins de 26 ans à la date du décès du parent assuré.

Lorsque les prestations sont inférieures à un montant fixé par le Conseil d'administration de l'OCIRP, l'APGIS peut en effectuer un versement annuel d'avance, le 1^{er} janvier de chaque année.

Par ailleurs, l'OCIRP peut procéder, sur demande des bénéficiaires, à l'ouverture de ses droits au paiement d'un capital en remplacement de la rente à laquelle il peut prétendre. Il est égal au capital constitutif de la rente à la date d'effet des droits.

L'OCIRP peut également accepter d'effectuer des avances sur Prestations.

GARANTIES EN CAS D'ARRET DE TRAVAIL

Vous vous engagez, lors de l'ouverture de vos droits à Prestations, à rembourser toutes Prestations indûment perçues, notamment en cas de rétablissement par votre employeur du plein traitement avec effet rétroactif suite à la requalification du congé maladie.

INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL

En cas d'Incapacité temporaire de travail, des indemnités journalières sont versées par l'Institution. Vous êtes en situation d'Incapacité temporaire de travail :

- suite à une maladie / Accident ou maternité constaté médicalement,
- qui vous rend inapte à l'exercice de votre activité professionnelle,
- et que vous percevez des indemnités journalières du Régime Obligatoire :
 - soit au titre de l'Assurance Maladie,
 - soit au titre de l'Assurance des Accidents de Travail ou des Maladies Professionnelles.

Comment sont calculées vos indemnités journalières ?

En cas d'arrêt de travail, il vous est versé une indemnité journalière destinée à compléter les prestations nettes de la Sécurité sociale afin de garantir le maintien de du salaire net de référence.

Le salaire net de référence correspondant au Salaire de référence déduction faite des charges salariales appliquées selon la législation en vigueur au premier jour de l'arrêt de travail.

Le Salaire de référence et les charges sociales salariales pris en considération pour le calcul des indemnités journalières sont déterminés à la date d'arrêt de travail et ce pour la totalité de l'indemnisation dudit arrêt de travail.

Cas de l'Incapacité Temporaire Partielle

Si à la suite d'une Incapacité temporaire indemnisée par l'Institution, vous reprenez une activité partielle autorisée médicalement et donnant lieu à l'attribution par le Régime Obligatoire d'indemnités journalières ainsi qu'à une rémunération réduite, il vous est versé des indemnités journalières.

Lorsque vous reprenez votre travail dans le cadre d'un « mi-temps » thérapeutique, le montant de l'indemnité journalière est limité à la différence entre :

- d'une part, 100 % Salaire de référence éventuellement revalorisée conformément aux dispositions prévues à la présente Notice d'information,
- d'autre part, le cumul des deux éléments suivants :
 - o l'indemnité journalière maintenue par le Régime Obligatoire,
 - o le Salaire de référence éventuellement revalorisée conformément aux dispositions

prévues à la présente Notice d'information multipliée par le taux de travail à temps partiel.

Les éventuelles augmentations de salaire associées à l'emploi occupé lors de la reprise de travail ne sont pas prises en compte dans la limitation des Prestations servies par le Contrat.

Quand vous seront versées vos indemnités ?

En cas d'arrêt de travail, les indemnités journalières sont versées à l'issue d'une période appelée Délai de franchise tel que précisé au Tableau des Garanties annexé à la présente Notice d'information.

Le Délai de franchise s'applique de nouveau en cas de nouvel arrêt de travail.

Seule la période d'Incapacité temporaire postérieure à la date d'effet de votre affiliation au Contrat est susceptible de donner lieu au versement des Prestations après application du Délai de franchise.

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

Rechute

Le délai de carence de 30 jours n'est pas appliqué en cas de rechute au sens de la Sécurité sociale si l'arrêt de travail :

- est dû à la réapparition de l'affection ayant donné lieu à l'indemnisation par l'Institution,
- intervient moins de 60 jours après la reprise du travail.

Dans ce cas, les prestations sont versées dès le 1er jour d'arrêt de travail ouvrant droit aux indemnités journalières de la Sécurité sociale.

Si la rechute, à l'origine de ce nouvel arrêt de travail, survient après la résiliation du Contrat à l'Institution, elle ne donne pas lieu à indemnisation par l'Institution.

Les indemnités journalières cessent de vous être versées :

- en cas de reprise du travail à temps complet,
- si le Régime Obligatoire interrompt le versement des indemnités journalières,
- à la date d'attribution par le Régime Obligatoire d'une rente d'Invalidité ou d'Incapacité permanente,
- au jour de votre décès.

Comment sont versées vos indemnités journalières ?

Pendant toute la durée du contrat de travail vous liant à l'entreprise, l'indemnité journalière est versée à votre entreprise.

Après rupture du contrat de travail, l'indemnité journalière vous est versée directement.

Les indemnités journalières sont servies aussi longtemps que la Sécurité sociale verse des prestations, même après la rupture du contrat de travail.

Dans tous les cas, si le Régime Obligatoire suspend le versement de vos Prestations, l'Institution suspend également le versement des indemnités journalières.

Délai de déclaration

L'arrêt de travail doit être porté à la connaissance de l'Institution avant l'expiration du délai de franchise et, au plus tard, dans le mois suivant la date d'expiration de la franchise.

Il est considéré comme s'étant produit au jour de la déclaration si celle-ci intervient après ce délai.

INVALIDITE ET INCAPACITE PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE

Quelque soit la catégorie d'invalidité dans laquelle vous êtes classé ou si vous êtes bénéficiaire d'une rente d'incapacité supérieure à 33% au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, vous pouvez bénéficier du versement d'une rente.

Montant de la rente

En cas d'invalidité, il vous est versé une rente destinée à compléter celle versée par la Sécurité sociale (Hors allocation de tierce personne et nette de CSG CRDS) afin de garantir le maintien des tranches A, B et C du salaire de référence défini à l'article 4 net des charges sociales salariales.

Elle est versée dès lors que vous êtes classé en 1^{ère}, 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie d'invalidité ou lorsque vous êtes bénéficiaire d'une rente d'incapacité au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle correspondant à un taux d'incapacité Sécurité sociale au moins égal à 66%.

Elle est fixée à N/66% de la prestation prévue lorsque vous êtes bénéficiaire d'une rente d'incapacité au titre d'un accident du travail

ou d'une maladie professionnelle correspondant à un taux d'incapacité Sécurité sociale (N) compris entre 33% et 66%.

Aucune prestation n'est due, si vous êtes bénéficiaire d'une rente d'incapacité au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle correspondant à un taux d'incapacité Sécurité sociale inférieur à 33%.

Modalités de paiement de la rente :

La rente d'invalidité vous est réglée par quart, directement chaque trimestre civil à terme échu.

Elle est servie aussi longtemps que la Sécurité sociale verse des prestations d'invalidité.

Cette rente cesse d'être due :

- si le Régime Obligatoire cesse de verser la rente d'Invalidité ou d'Incapacité permanente,

- le jour où vous ne remplissez plus les conditions requises pour bénéficier de la rente du Régime Obligatoire,
- au jour de votre décès.

En cas décès, la dernière période de règlement effectuée est le trimestre civil précédant votre décès.

Dans tous les cas, les Prestations imposables qui vous sont versées directement ou aux Bénéficiaires feront l'objet du prélèvement à la source de l'impôt sur le revenu dans les conditions de droit commun.

4.2 - Contrôle médical

Afin de lutter contre la fraude, sous peine de déchéance de Garantie et/ou d'interruption du paiement des Prestations en cours de service en votre faveur, l'Institution se réserve le droit de vous demander à tout moment :

- tous justificatifs qui lui paraîtraient nécessaires afin de contrôler les déclarations qui lui sont faites,
- de vous soumettre à un examen médical ayant pour objet de contrôler votre état de santé ainsi que les avis médicaux et pièces justificatives que vous auriez transmis et ce, indépendamment des décisions prises par le Régime Obligatoire.

L'Institution se réserve le droit de refuser ou de suspendre vos Prestations, si vous refusez de vous soumettre au contrôle médical ou de fournir les pièces justificatives nécessaires au contrôle.

Votre situation médicale peut conduire l'Institution à adopter une position différente de celle du Régime Obligatoire par rapport au service des Prestations d'Incapacité de travail et d'Invalidité-Incapacité permanente du présent Contrat. Par conséquent, les Prestations peuvent être refusées ou suspendues si l'Institution estime que l'arrêt de travail n'est pas médicalement justifié.

Lors de l'examen médical, vous avez la faculté de vous faire assister par votre médecin traitant, ou tout autre médecin de votre choix.

À l'issue de cet examen, et en cas de désaccord entre votre médecin et le médecin délégué par l'Institution sur l'appréciation de votre état de santé, les deux médecins pourront choisir un tiers expert agissant en qualité d'arbitre, dans le cadre d'un protocole signé par l'Institution et vous-même.

Faute d'entente sur ce choix, la désignation pourra être faite à la demande de la partie la plus diligente par le Président du Tribunal judiciaire de votre domicile. Les frais et honoraires du tiers expert seront dans tous les cas supportés par moitié par les deux parties.

QUE SE PASSE-T-IL EN CAS DE SUSPENSION OU RUPTURE DE MON CONTRAT DE TRAVAIL ?

5.1 – En cas de suspension de votre contrat de travail

Maintien obligatoire des Garanties

Vos Garanties sont maintenues dans tous les cas de suspension de votre contrat de travail.

Pour cela vous devez :

- bénéficier :
 - o d'un maintien total ou partiel de salaire,
 - o d'indemnités journalières (ou d'une rente d'invalidité ou d'incapacité) versées par le Régime Obligatoire,
 - o d'indemnités journalières complémentaires (ou d'une rente d'invalidité ou d'incapacité) financées au moins en partie par votre employeur, qu'elles soient versées directement par ce dernier ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers,
 - o d'un revenu de remplacement versé par l'employeur, au titre notamment d'une mise en activité partielle ou en activité partielle de longue durée, ou encore en cas de congés rémunérés (par exemple : reclassement, mobilité...).
- vous acquitter de votre quote-part de cotisation.

Ce maintien est assuré pour la durée de la suspension de votre contrat de travail, dans les mêmes conditions que celles appliquées aux salariés en activité effective.

Dans les autres cas, les Garanties sont suspendues.

Maintien facultatif des Garanties décès- PTIA

Néanmoins, si votre contrat de travail est suspendu vous avez la possibilité de bénéficier à titre individuel, des Garanties décès-PTIA du Contrat, sous réserve du paiement de la cotisation entièrement à votre charge.

La demande ne pourra être acceptée que si elle est effectuée dans le mois suivant la date de suspension du contrat de travail.

Vous pouvez demander la résiliation de votre adhésion, le 31 décembre de l'année en cours (à minuit) qui suit votre demande de résiliation adressée au plus tard le 31 octobre qui précède, par lettre ou par un autre moyen prévu légalement, le cachet de la poste ou la date de la notification faisant foi.

La résiliation est définitive pendant toute la durée de la suspension du contrat de travail.

5.2 – En cas de rupture ou de fin de contrat de travail : dispositif de « portabilité »

Les Garanties Prévoyance en vigueur dans l'entreprise sont maintenues, conformément aux dispositions prévues par l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, au profit des anciens salariés pris en charge par le régime d'assurance chômage.

Ce dispositif est dénommé **portabilité**.

• **Prise d'effet et durée du maintien**

Le dispositif de portabilité entre en application à la date de cessation de votre contrat de travail, sous réserve que vous ayez fourni le justificatif de votre prise en charge par l'assurance chômage (attestation Pôle emploi).

Pour toute cessation de votre contrat de travail (hors licenciement pour faute lourde), les Garanties **prévoyance vous sont maintenues** et ce, tant que vous ouvrez droit à la portabilité.

Les Garanties maintenues sont celles définies par le Contrat et suivront, s'il y a lieu, l'évolution des Garanties des salariés actifs de l'entreprise.

Les Garanties du Contrat vous seront maintenues dès le lendemain de la cessation de votre contrat de travail.

Vous pouvez bénéficier du dispositif dit « de portabilité » si :

- o vos droits complémentaires ont été ouverts avant la cessation de votre contrat de travail,
- o la cessation de votre contrat de travail n'est pas consécutive à une faute lourde,
- o vous justifiez d'une prise en charge par l'assurance chômage (attestation Pôle emploi). Vous devrez mensuellement, fournir ce justificatif à l'Institution. A défaut, aucune Garantie ne sera due.

Vous bénéficiez de la portabilité pour une durée égale à celle de votre dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur.

Cette durée est appréciée en mois et le cas échéant, arrondie au nombre supérieur, **dans la limite de douze (12) mois.**

A retenir :

Votre employeur signale le maintien des Garanties dans votre certificat de travail et informe l'Institution de la cessation de votre contrat de travail.

• Pièces à fournir

Vous devez justifier auprès de l'Institution de votre droit au maintien des Garanties en fournissant :

- à l'ouverture du dispositif de portabilité : une copie de votre lettre de licenciement ou de votre contrat de travail,
- au cours de la période et à chaque demande d'indemnisation : une copie de la prise en charge de l'assurance chômage mentionnant la durée d'indemnisation ainsi que l'attestation de paiement Pôle emploi du mois antérieur à la demande de prestation,
- toute pièce complémentaire demandée par l'Institution.

• Cessation du dispositif de portabilité

Le maintien des Garanties cesse :

- à la date de cessation du versement des allocations chômage ou dès lors que nous ne justifions plus d'une indemnisation par le Pôle emploi,
- au terme de la période de portabilité (maximum de douze (12) mois),
- en cas de non renouvellement ou de résiliation du Contrat souscrit par votre ancien employeur quel qu'en soit le motif,
- le jour de votre décès.

A savoir :

La suspension temporaire de vos allocations chômage, par exemple en cas d'arrêt maladie, n'a pas d'incidence sur le calcul de la durée de maintien. En effet, celle-ci n'est pas prolongée de la durée de la suspension.

• Financement de la portabilité

Le maintien des Garanties est assuré à titre gratuit pour vous et vos éventuels Ayants droit, c'est à dire qu'aucune cotisation de votre part n'est exigée. La portabilité est financée par un mécanisme de mutualisation et est ainsi incluse dans les cotisations financées par le Souscripteur et les salariés.

• Versement des Prestations

Les Prestations sont versées dans les mêmes conditions que celles prévues pour les salariés en activité, sous réserve des règles de cumul fixées ci-après.

Le versement de toute Prestation est subordonné à la production du justificatif d'ouverture des droits au régime d'assurance chômage.

• Règle de cumul

Attention :

Le cumul des sommes versées par l'Institution, le Régime Obligatoire et de tout autre revenu (d'activité ou de remplacement), au titre des Garanties en cas d'arrêt de travail **ne peut vous conduire à percevoir plus de 100 % des sommes perçues au titre de l'allocation chômage.**

5.3 – Maintiens spécifiques de vos Garanties

5.3.1 Maintien des Garanties décès - Perte totale et irréversible d'autonomie si vous percevez une indemnité journalière ou une rente d'invalidité ou d'Incapacité permanente

Dans ce cas, les Garanties décès – Perte totale et irréversible d'autonomie vous sont maintenues y compris après la rupture de votre contrat de travail, aussi longtemps que vous justifiez de votre état d'Incapacité temporaire, d'Incapacité permanente ou d'Invalidité auprès de l'Institution.

Ainsi, vous pouvez conserver ce maintien tant que vous n'êtes pas admis au bénéfice d'une pension de vieillesse due par le Régime Obligatoire.

En cas de résiliation du Contrat, les Garanties décès – Perte totale et irréversible d'autonomie vous sont maintenues dans les mêmes conditions et la base des Prestations cesse d'être revalorisée.

5.3.2 Maintien des Prestations en cours en cas de résiliation du Contrat

La résiliation du Contrat est sans effet sur le maintien de vos Prestations en cours de service (décès – Perte totale et irréversible d'autonomie, Incapacité temporaire et Invalidité – Incapacité permanente) et tant que vous justifiez des conditions d'indemnisation telles que définies aux articles 4.1 et 6 de la présente Notice d'information, sauf accord dérogatoire entre votre entreprise et l'Institution

Dans ce cas, la base des Prestations cesse d'être revalorisée.

5.4 – Continuation de la garantie des risques indemnisés par des assureurs précédents

Conformément aux dispositions de l'article L. 912-3 du Code de la Sécurité sociale, les prestations servies du fait du décès, de l'incapacité ou de l'invalidité sous forme de rentes et dont le fait générateur est antérieur à la date d'effet du présent Contrat, bénéficient de la poursuite d'une revalorisation au titre du présent contrat.

5.3.3 Maintien individuel de la couverture prévoyance

Par principe, les Garanties prennent fin de plein droit à la date d'effet de la résiliation du Contrat.

Si le Contrat n'est pas remplacé par un autre contrat avec un assureur, vous avez la faculté de solliciter une adhésion, à titre individuel auprès de l'Institution.

Cette adhésion est possible, sous réserve d'en faire la demande avant la fin du délai de préavis prévu en cas de résiliation du Contrat (2 mois) et de l'acceptation par l'Institution.

Dans ce cas, la totalité de la cotisation sera à votre charge exclusive. Vous serez informé des nouvelles modalités tarifaires et des risques couverts.

Il est précisé que cette nouvelle adhésion s'effectue sans délai de carence.

COMMENT OBTENIR LE VERSEMENT DE MES PRESTATIONS ?

6 – Pièces à fournir à l'Institution

Le versement des Prestations est subordonné à la remise de toutes pièces justificatives comprenant notamment, pour :

Garantie décès toutes causes

- La déclaration de décès complétée par votre employeur (faisant notamment état des salaires à prendre en considération),
- L'extrait de votre acte de décès et, s'il y a lieu, de votre Conjoint ou d'une Personne à charge,
- Le certificat médical indiquant la cause du décès,
- L'extrait de votre acte de naissance et en tant que de besoin, l'extrait d'acte de naissance de votre Conjoint ou d'une Personne à charge délivré après le décès et comportant les mentions marginales,
- Une copie de tout document attestant la conclusion d'un PACS délivré par un Officier Public,
- Les pièces justificatives de la qualité des personnes susceptibles d'être prises en compte pour le calcul du capital ou le bénéfice de la rente éducation, ou la majoration pour Personne à charge et notamment :
 - la copie de la carte nationale d'identité des Bénéficiaires en cours de validité,
 - un certificat de scolarité pour chaque enfant de plus de 18 ans,
 - la copie de la carte d'invalidité ou la carte « mobilité inclusion » portant la mention « invalidité », des enfants handicapés,
 - les pièces justificatives de la qualité et des droits des Bénéficiaires du capital décès et notamment, le cas échéant, l'acte notarié,
 - le justificatif du nombre et de la qualité de Personne à charge à la date du décès et une photocopie du dernier avis d'imposition.

Garantie Perte totale et irréversible d'autonomie toutes causes

- Les certificats médicaux,
- La notification de la décision du Régime Obligatoire attribuant l'allocation pour assistance d'une tierce personne,
- Les pièces justificatives demandées pour le décès toutes causes, relatives à la qualité des personnes susceptibles d'être prises en considération pour le calcul du capital.

Garantie double effet

- Un extrait d'acte de décès du Conjoint,
- Un extrait d'acte de naissance du Conjoint délivré après le décès comportant les mentions marginales,
- Une copie de tout document attestant la conclusion d'un PACS délivré par un Officier Public,
- Une copie de la carte nationale d'identité du Bénéficiaire datée et signée.

Garantie obsèques

- La facture acquittée des frais d'obsèques,
- Une copie de l'extrait d'acte de décès,
- En cas de décès d'un de vos enfants, un document spécifiant que celui-ci était à votre charge,
- En cas de décès de votre Conjoint, un extrait d'acte de naissance de celui-ci avec toutes les mentions marginales,
- Une copie de tout document attestant la conclusion d'un PACS délivré par un Officier Public,
- Une copie de la carte d'identité de la personne qui a engagé les frais d'obsèques, datée et signée.

Garantie rente de Conjoint

- Un Relevé d'Identité Bancaire (RIB),
- Une attestation de votre organisme de retraite faisant état des droits à pension de réversion du Conjoint survivant,
- La copie du dernier avis d'imposition du Bénéficiaire.

Garantie rente éducation

En plus des justificatifs demandés pour le décès toutes causes, votre Enfant à charge doit fournir :

- Un extrait de son acte de naissance,
- Un justificatif du Pôle emploi pour les primo demandeurs d'emploi,
- un certificat de scolarité pour chaque enfant de plus de 18 ans,
- Un Relevé d'Identité Bancaire (RIB),
- Un avis d'imposition du foyer fiscal auquel est rattaché l'enfant.

Et le 1^{er} octobre de chaque année :

- un certificat de scolarité pour chaque enfant de plus de 18 ans,
- La copie de la carte d'invalidité ou la carte « mobilité inclusion » portant la mention « invalidité », des enfants handicapés,
- Un avis d'imposition du foyer fiscal auquel est rattaché l'enfant.

Garanties en cas d'arrêt de travail

- Incapacité temporaire de travail
 - La déclaration d'arrêt de travail complétée par votre employeur,
 - Les décomptes de paiement du Régime Obligatoire,
 - Votre Relevé d'Identité Bancaire (RIB) en cas de rupture de votre contrat de travail,
- Incapacité et Incapacité Permanente totale ou partielle
 - La notification de rente du Régime Obligatoire,
 - Les décomptes du Régime Obligatoire,
 - Votre Relevé d'Identité Bancaire (RIB),
 - Votre dernier avis d'imposition.

L'Institution se réserve le droit de vous soumettre à une expertise médicale et de demander toute autre pièce justificative nécessaire à la qualité et à la sécurité des règlements à effectuer.

Des pièces complémentaires pourront être réclamées pour les situations particulières.

Les justificatifs sont à adresser à :

Garanties décès – Perte totale et irréversible d'autonomie

**APGIS – Pôle Capitaux et Rentes
12 rue Massue
94684 Vincennes Cedex**

Garanties arrêt de travail

**APGIS – Pôle Incapacité - Invalidité
12 rue Massue
94684 Vincennes Cedex**

COMMENT SONT CALCULÉES ET PAYÉES MES PRESTATIONS ?

7.1 – Le salaire de référence

Les Prestations sont déterminées en fonction de l'assiette des Prestations telle que définie ci-après.

7.2 – L'assiette des Prestations

Au moment de la survenance du risque qui ouvre droit à Prestation, le Salaire de référence est calculé sur la base des rémunérations brutes déclarées à l'URSSAF, perçues au cours des douze (12) mois civils précédant la date du décès ou de l'arrêt de travail ouvrant droit à Prestation. Les Prestations sont limitées aux tranches de rémunérations telles que définies au Tableau des Garanties annexé à la présente Notice d'information.

Toutefois, l'assiette des Prestations est reconstituée proportionnellement à une durée complète d'activité lorsque :

- votre période d'assurance est inférieure à douze (12) mois,
- votre salaire a été réduit ou supprimé au cours de la période de référence en cas d'arrêt de travail pour maladie ou Accident.

Dans le cas où votre ancienneté est inférieure à un (1) mois, le salaire annuel d'embauche est retenu comme base pour l'assiette des Prestations.

Si les Garanties sont exprimées selon un pourcentage du Plafond de la Sécurité sociale, les Prestations sont calculées sur la base du Plafond de la Sécurité sociale au jour de l'événement considéré.

Si au jour du fait générateur de la mise en œuvre de la Garantie, vous avez moins d'un (1) an d'ancienneté ou que vous avez été réintégré dans l'entreprise depuis moins d'un (1) an, le Salaire de référence est reconstitué prorata temporis d'après le salaire brut soumis à cotisation, déclaré à l'administration fiscale et versé entre votre date d'embauche ou de réintégration et le fait générateur de la mise en œuvre de la Garantie.

Il en sera de même si au cours de l'année de référence vous avez été absent pour maladie ou accident et que vous avez été bénéficiaire de prestations en espèces versées par la Sécurité sociale.

Si le fait générateur de la garantie intervient après plus d'un (1) an de maladie continue, le Salaire de référence pris en compte sera celui des douze (12) mois complets précédant votre arrêt de travail et sera revalorisé dans les mêmes proportions que la valeur du point de retraite de l'AGIRC –ARRCO.

7.3 – La revalorisation des Prestations

7.3.1 Revalorisation des indemnités journalières et rente d'Invalidité ou Incapacité permanente en cours de service :

La revalorisation s'effectue sur la base de l'évolution du point de retraite AGIRC - ARRCO, **dans la limite du taux technique et financier du Contrat.**

Les Prestations versées de manière périodique (rentes et indemnités journalières) sont revalorisées le 1^{er} janvier du premier exercice suivant celui au cours duquel s'est produit le décès ou l'arrêt de travail. L'indice d'origine étant celui connu au jour du Fait générateur de la Garantie.

Lorsque le décès ou la Perte totale et irréversible d'autonomie survient après une période d'Incapacité ou d'Invalidité, l'assiette des Prestations est revalorisée en fonction de la variation du point de retraite AGIRC - ARRCO, au jour du décès ou de la Perte totale et irréversible d'autonomie.

La Prestation revalorisée est égale au produit de la Prestation d'origine et de la valeur actuelle du point de retraite, pondérée de la valeur d'origine du point de retraite.

En cas de résiliation du Contrat liant votre employeur à l'Institution ou de suppression de la Garantie dont est issue la Prestation en cours, l'assiette des Prestations n'est plus revalorisée et le niveau des revalorisations est maintenu à celui atteint à la date de résiliation ou de la suppression.

7.3.2 Revalorisation des rentes (rente de Conjoint et rente éducation) en cours de service :

Le Conseil d'Administration de l'OCIRP fixe les coefficients ainsi que la périodicité des revalorisations à appliquer aux Prestations en cours de service pendant la durée de vie du Contrat mais également en cas de résiliation de l'adhésion de l'entreprise.

7.3.3 Revalorisation spécifique aux Garanties décès (article L.132-5 du Code des assurances)

À compter de la date de votre décès et jusqu'à la date de réception par l'Institution des pièces nécessaires au paiement de la Prestation (article 6 de la présente Notice d'information), la Prestation mentionnée au Tableau des Garanties - versée sous forme de capital - est revalorisée dans les conditions prévues à l'article L.132-5 du Code des assurances (*).

Il est précisé que la date de prise de connaissance par l'Institution de votre décès, est la date à laquelle l'Institution est informée du décès, par la réception de l'acte de décès.

(*) article applicable aux institutions de prévoyance régies par le Code de la Sécurité sociale.

7.4 – Le cumul des Prestations

En cas d'arrêt de travail, le cumul des sommes versées par :

- l'Institution,
- le Régime Obligatoire (à l'exclusion de la majoration pour tierce personne ou de la Prestation complémentaire pour recours à une tierce personne),
- le Souscripteur le cas échéant, notamment au titre d'une activité professionnelle à temps partiel,
- et tout autre revenu (d'activité ou de remplacement)

ne peut vous conduire à percevoir plus de 100 % de votre Salaire de référence NET que vous auriez perçu si vous aviez été en activité. S'il en était ainsi, les Prestations versées par l'Institution seraient réduites à due concurrence.

Toutefois, si à la date d'arrêt de travail, vous bénéficiez d'un revenu de remplacement versé par votre employeur tel que visé dans la définition du Salaire de référence, ce cumul sera limité 100 % de la rémunération nette équivalente à la base des Garanties.

Le Salaire de référence NET correspond au Salaire de référence déduction faite des charges sociales appliquées selon la législation en vigueur au premier jour de l'arrêt de travail avant impôt sur le revenu.

COMMENT SONT CALCULÉES ET PAYÉES MES COTISATIONS ?

8.1 – L’assiette des cotisations

La cotisation est fixée en pourcentage de votre Salaire de référence tel que défini au chapitre DEFINITION PREALABLE de la présente Notice d’information.

8.2 – Le paiement des cotisations

Le Contrat est financé par une cotisation versée pour partie par votre employeur et pour partie par vous-même, selon l’Acte de mise en place du Régime.

Votre part de cotisation est prélevée **mensuellement** sur votre bulletin de salaire (on parle de « **précompte** »). Votre employeur reverse ensuite trimestriellement les cotisations à l’Institution, en y incluant sa part.

En cas de non-paiement des cotisations par votre employeur, une lettre de mise en demeure lui sera adressée. Il sera alors informé des conséquences que le défaut de paiement est susceptible d’entraîner sur le maintien de vos Garanties.

En cas de maintien individuel de vos Garanties, **vous réglez vos cotisations directement auprès de l’APGIS**, leur non-paiement peut entraîner l’exclusion des Bénéficiaires du Contrat.

Ainsi, à défaut de paiement des cotisations dans un délai de dix (10) jours suivant leur échéance de paiement, vous recevrez une lettre de mise en demeure **vous informant des conséquences que le défaut de paiement est susceptible d’entraîner sur la poursuite de la Garantie.**

Si dans les quarante (40) jours suivant la notification de la lettre de mise en demeure les cotisations ne sont toujours pas versées, **l’Institution peut exclure les Bénéficiaires du Contrat et poursuit le recouvrement par tout moyen.**

8.3 - Exonération du paiement des cotisations

En cas d’arrêt de travail entraînant une suspension partielle ou totale du contrat de travail et donnant lieu au paiement d’indemnités journalières ou d’une rente par le Régime Obligatoire, votre employeur est dispensé du paiement de la cotisation proportionnellement à la perte de salaire subie (part patronale et par salariale).

L’Institution constitue les provisions afin de vous maintenir les Garanties en vigueur à la date d’arrêt de travail.

Tant que votre employeur vous maintient une rémunération pleine ou réduite, les cotisations restent dues sur la part de rémunération versée.

Les cotisations ne sont pas dues sur les indemnités journalières ou rentes perçues au titre du Régime Obligatoire.

Cette exonération ne joue pas, si l’Incapacité temporaire ou l’Invalidité – Incapacité permanente ne donne pas lieu à indemnisation par le Contrat.

Cessation de l’exonération

L’exonération prend fin :

- en cas de cessation des Garanties tel que prévu à l’article 3.2 de la présente Notice d’information,
- le jour où vous ne remplissez plus les conditions prévues ci-dessus.

J'AI UNE QUESTION OU UNE RÉCLAMATION À QUI DOIS-JE M'ADRESSER ?

9 – Informations et réclamations

En cas de difficulté relative à l'application du Contrat, les parties s'engagent, avant d'avoir recours à une procédure contentieuse, à formuler par écrit leur point de vue et à se rencontrer pour tenter de résoudre le litige à l'amiable.

9.1 Informations sur le Contrat

Si vous souhaitez obtenir des précisions sur les clauses et conditions d'application du Contrat conclu entre votre employeur et l'Institution, notamment au moment de votre affiliation, vous pouvez vous adresser en priorité à votre interlocuteur habituel dans votre entreprise et, à défaut, à l'APGIS.

9.2 Réclamations

Si les réponses apportées ne vous satisfont pas, vous pouvez formuler vos observations au sujet du Contrat à :

APGIS - Service Réclamation
12 rue Massue
94684 VINCENNES CEDEX

Le service réclamation, accusera réception du courrier dans un délai de dix (10) jours à compter de la réception de la réclamation.

Le service réclamation dispose ensuite d'un délai de deux (2) mois pour vous apporter une réponse à compter de la réception du courrier.

Si les réponses apportées ne vous satisfont pas, vous disposez d'un recours auprès du médiateur dont l'adresse est indiquée à l'article 9.3 de la présente Notice d'information.

9.3 Médiation

En cas d'échec de la procédure de résolution de litige à l'amiable, les Bénéficiaires peuvent saisir, au plus tard dans un délai d'un (1) an à compter de la réclamation écrite, le médiateur de l'Institution à l'adresse suivante :

MEDIATEUR DE LA PROTECTION SOCIALE (CTIP)
10, rue Cambacérés
75008 PARIS

<https://ctip.asso.fr/saisine-mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/>
ou par e-mail : mediateur@ctip.asso.fr

Ce recours est gratuit et doit être rédigé en langue française.

L'avis du médiateur, écrit et motivé, intervient dans un délai de 90 jours à compter de la date de réception du dossier complet, notamment de la réception des éléments d'informations de votre part et de la note de synthèse de l'Institution.

En cas d'échec de ces démarches, vous conservez l'intégralité de vos droits à agir en justice.

DISPOSITIONS DIVERSES

10.1 – Fausse déclaration

Vous êtes informé de ce que la réticence ou la fausse déclaration de mauvaise foi de votre part entraîne la nullité de la Garantie issue du Contrat, lorsqu'elle change la nature du risque ou en fausse l'appréciation par l'Institution, alors même que le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur la réalisation du risque.

Dès lors, si à l'occasion d'une demande de Prestation, vous ou vos Bénéficiaires fournissez intentionnellement des documents faux ou dénaturés, ou des réponses délibérément inexacts, vous vous exposez à des poursuites pénales, à la nullité de votre affiliation ainsi qu'à la perte de tous droits à Prestations et serez tenus au remboursement des sommes indûment perçues.

10.2 – Contrôle de l'Institution

L'autorité chargée du contrôle de l'Institution est :

L'Autorité de Contrôle Prudenciel et de Résolution
(ACPR)
4 PLACE DE BUDAPEST
CS 92459
75436 PARIS CEDEX 09

10.3 – Protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel

Finalité des traitements de données

L'ensemble des traitements de données est nécessaire à l'exécution de la relation contractuelle liant le Participant avec l'Institution qui est responsable du traitement. En conséquence, sauf mention particulière,

le recueil des données présente un caractère obligatoire au titre de l'exécution de cette relation contractuelle.

L'Institution est susceptible de recevoir des données à caractère personnel relatives aux Bénéficiaires en provenance de votre employeur et des Régimes Obligatoires de Sécurité sociale.

Dans le cadre du Contrat, la collecte des données personnelles a pour finalité :

- la passation, la gestion y compris commerciale et l'exécution de la relation contractuelle,
- l'élaboration des statistiques et études actuarielles,
- l'exercice des recours, la gestion des réclamations des recouvrements et des contentieux,
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives, les déclarations obligatoires auprès des autorités et administrations publiques y compris celles relatives à la lutte contre la fraude pouvant, notamment, conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude et à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme,
- la gestion des demandes liées à l'exercice des droits des Bénéficiaires sur leurs données personnelles,
- la mise en place d'actions de prévention,
- la formation du personnel,
- la mise en œuvre d'opération de prospection commerciale,
- le suivi de la relation client (enquêtes de satisfaction),
- de réaliser des sondages, jeux concours,
- d'élaborer des statistiques commerciales,
- de répondre à des obligations de conseil, pour proposer des offres commerciales pour des contrats de l'Institution, ainsi que des offres de ses partenaires compte tenu des besoins exprimés.

L'enregistrement des appels téléphoniques a pour finalité l'amélioration du service proposé et la formation du personnel.

Destinataires des données à caractère personnel

Les données personnelles peuvent être transmises, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités : aux personnels de l'Institution ainsi que le cas échéant, aux partenaires et sous-traitants, délégués de gestion, réassureurs, intermédiaires, organismes professionnels habilités, partenaires, ainsi qu'aux personnes intéressées au Contrat.

Durée de conservation des données personnelles

Les données à caractère personnel des Bénéficiaires sont conservées selon des durées variables en fonction des finalités susvisées. En tout état de cause, ces durées de conservation respectent les obligations légales de l'Institution ainsi que les délais de prescription légale applicables.

Les droits des Bénéficiaires

Les Bénéficiaires disposent d'un droit de demander l'accès à ces données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, et de décider du sort de ces données post-mortem. Ils disposent également d'un droit de s'opposer au traitement pour motifs légitimes, de limiter le traitement dont ils font l'objet et d'un droit à la portabilité des données à caractère personnel dans les limites fixées par la loi. Ils disposent enfin de la possibilité de s'opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale.

Ils peuvent à tout moment s'opposer à l'enregistrement des échanges téléphoniques avec l'Institution en informant l'Institution au début de l'appel téléphonique.

Les Bénéficiaires peuvent exercer l'ensemble de leurs droits, en justifiant de leur identité, en contactant le délégué à la protection des données de l'APGIS à l'adresse suivante :

⇒ Par mail : dpo@apgis.com

ou

⇒ Par courrier à : APGIS – cellule Protection des données personnelles 12 rue Massue - 94684 Vincennes Cedex.

L'APGIS dispose d'un délai d'un (1) mois pour répondre. En cas de demande complexe ou d'un nombre important de demandes, ce délai pourra être porté à deux (2) mois.

Les Bénéficiaires peuvent également introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07

Ils peuvent s'inscrire gratuitement sur le registre d'opposition au démarchage téléphonique sur www.bloctel.gouv.fr. Dans ce cas, l'Institution ne procédera à aucun démarchage téléphonique, sauf si le Bénéficiaire nous a communiqué son numéro de téléphone afin d'être recontacté ou si le Participant est titulaire auprès de l'Institution d'un contrat en vigueur.

10.4 – Déclaration

Tout événement susceptible d'ouvrir droit aux Prestations doit survenir pendant la période d'effet de la Garantie concernée et être déclaré dans les délais fixés pour celle-ci.

Vous recevrez un imprimé sur lequel sont mentionnées les pièces justificatives à faire parvenir à l'Institution. L'arrêt de travail doit être porté à la connaissance de l'Institution avant l'expiration du Délai de franchise et au plus tard, dans le mois suivant l'expiration de la période de franchise.

Si l'arrêt de travail est déclaré à l'Institution après les délais exprimés ci-dessus, celui-ci sera considéré comme s'étant produit au jour de la déclaration.

Les avis de prolongation doivent être adressés à l'Institution au fur et à mesure de leur délivrance en vue de lui permettre d'exercer son droit de contrôle.

Les mises en Invalidité ou en Incapacité permanente doivent être déclarées à l'Institution dès la délivrance de la notification de la rente par le Régime Obligatoire.

10.5 – Déchéance / Prescription

Conformément à la réglementation, les dispositions suivantes s'appliquent au présent Contrat.

Toutes les actions dérivant des opérations régies par le présent Contrat sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, la prescription des actions est de cinq (5) ans en ce qui concerne l'Incapacité de travail.

Toutefois, ce délai ne court :

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

Quand l'action du Participant ou du Bénéficiaire 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 le Participant ou le Bénéficiaire, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à dix (10) ans lorsque, pour les Garanties en cas de décès, le Bénéficiaire n'est pas le salarié et, dans les opérations relatives à la couverture d'un risque Accident, lorsque les Bénéficiaires sont les ayants droit du Participant décédé. En tout état de cause, les actions du Bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente (30) ans à compter du décès du Participant.

Passé ce délai, il y a prescription : toute action dérivant du Contrat d'assurance est éteinte.

Le délai de prescription est interrompu :

- soit par l'envoi d'une lettre recommandée, adressée par l'Institution au dernier lieu de domiciliation connu du Souscripteur ou du Participant en ce qui concerne le paiement de la cotisation, ou d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée, par le Souscripteur ou le Participant à l'Institution en ce qui concerne le règlement d'une indemnité,
- soit par la désignation de l'expert à la suite d'un sinistre,

- soit par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- o la reconnaissance par l'Institution du droit des Bénéficiaires à bénéficier de la Garantie contestée,
- o une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution (exemple : saisie conservatoire),
- o un acte d'exécution forcée (exemples : commandement de payer, saisie),
- o l'exercice d'une action en justice y compris en référé, devant une juridiction incompétente ou en cas d'annulation de l'acte de saisine pour vice de procédure.

L'interruption dure alors jusqu'au terme de cette procédure, sauf carence des parties pendant deux (2) ans, désistement ou rejet définitif de la demande de celui qui agissait en justice.

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

10.6 – Dispositif de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme

Les opérations de l'Institution sont réalisées conformément à la réglementation en vigueur et selon des procédures internes décrites.

L'Institution se réserve le droit de demander tout justificatif sur l'origine des versements conformément aux articles L.561-1 et suivant du Code monétaire et financier.

QUE SE PASSE-T-IL SI LES PRESTATIONS DONT J'AI BÉNÉFICIÉ ONT ÉTÉ RENDUES NÉCESSAIRES PAR LE FAIT D'UN TIERS ?

11 – Subrogation

L'Institution est subrogée dans les droits et actions de votre part contre les tiers responsables à concurrence de toute Prestation indemnitaire versée en application du Contrat.

Si vous êtes victime d'un dommage causé par un tiers responsable, le Bénéficiaire ou les Ayants-droit doivent en informer l'Institution lors de la demande de Prestation.

LISTE DES ENTREPRISES BÉNÉFICIAIRE DES DISPOSITIONS DU CONTRAT

Le Souscripteur agit en son nom, tant pour son compte que pour celui des entreprises mentionnées ci-dessous.

Géré sous le n°	Raison sociale
JD/00001 AC / PREV	JCDECAUX SA
JD/00002 AC / PREV	JCDECAUX FRANCE
JD/00003 AC / PREV	JCDECAUX HOLDING
JD/00004 AC / PREV	MEDIA AEROPORTS DE PARIS
JD/00005 AC / PREV	SOPACT
JD/00012 AC / PREV	SOCIETE INFORMATION COMMUNICATION MOBILITE
JD/00013 AC / PREV	JCDECAUX HOLDING IMMOBILIER
JD/00014 AC / PREV	JCDECAUX HOLDING CORPORATE
JD/00015 AC / PREV	SEMMU

ANNEXE – TABLEAU DES GARANTIES

GARANTIE DÉCÈS – PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (P.T.I.A.) TOUTES CAUSES

Versement d'un capital égal à :

	<u>SALAIRE DE REFERENCE</u> (TRANCHES A, B ET C)
■ Célibataire, veuf, divorcé, séparé de corps judiciairement sans Personne à charge	200 %
■ Marié, Pacsé sans Personne à charge	275 %
■ Participant avec une Personne à charge	325 %
■ Majoration par Personne à charge supplémentaire (à compter de la 2 ^{ème} Personne à charge)	50 %

GARANTIE DOUBLE EFFET

Versement d'un capital égal à **100 % de celui défini à la Garantie décès toutes causes.**

GARANTIE OBSÈQUES

Prise en charge des frais d'obsèques dans la **limite de :**

	<u>PLAFOND MENSUEL DE LA SECURITE SOCIALE</u>
■ Conjoint :	200 %
■ Enfant à charge :	200 %

En tout état de cause la prise en charge de l'Institution est limitée aux frais réellement engagés.

GARANTIE RENTE DE CONJOINT SURVIVANT

RENTE VIAGERE

Versement, au Conjoint survivant, d'une rente viagère annuelle égale à :

<u>SALAIRE DE REFERENCE</u> (TRANCHES A, B, C ET D)
12 %

RENTE TEMPORAIRE

Versement, au Conjoint survivant, d'une rente temporaire annuelle égale à :

<u>SALAIRE DE REFERENCE</u> (TRANCHES A, B, C ET D)
6 %

GARANTIE RENTE ÉDUCATION

Versement, à chaque Enfant à charge, d'une rente temporaire d'éducation annuelle égale à :

	<u>SALAIRE DE REFERENCE</u> (TRANCHES A, B ET C)
■ Jusqu'à son 18 ^{ème} anniversaire	15 %
■ de son 18 ^{ème} anniversaire, tant qu'il a la qualité d'Enfant à charge au sens du Contrat et jusqu'à son 26 ^{ème} anniversaire au plus tard (sous conditions)	20 %

Le montant de la rente est doublé si l'Enfant à charge est ou devient orphelin de père et de mère.

GARANTIE EN CAS D'ARRÊT DE TRAVAIL

⇒ INCAPACITE TEMPORAIRE

Versement d'une indemnité journalière, y compris celle servie par le Régime Obligatoire, égale à :

<u>SALAIRE DE REFERENCE NET</u> (TRANCHES A, B ET C)
100 %

DELAI DE FRANCHISE

L'indemnité journalière est versée après une période d'arrêt de travail continue de **30 jours**.

⇒ INVALIDITE – INCAPACITE PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE

Versement d'une rente, y compris celle servie par le Régime Obligatoire, égale à :

■ INVALIDITE TOTALE OU PARTIELLE

	<u>SALAIRE DE REFERENCE NET</u> (TRANCHES A, B ET C)
■ 3EME CATEGORIE	100 %
■ 2EME CATEGORIE	100 %
■ 1ERE CATEGORIE	100 %

■ INCAPACITE PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE

	<u>SALAIRE DE REFERENCE NET</u> (TRANCHES A, B ET C)
■ TAUX D'INCAPACITE PERMANENTE > OU = 66%	100 %
■ TAUX D'INCAPACITE PERMANENTE > OU = 33% ET < 66%	(N/66) x 100 %
■ TAUX D'INCAPACITE PERMANENTE < 33%	Aucune Prestation

« N » étant le taux d'Incapacité permanente retenue par le Régime Obligatoire.

IL EST RAPPELE QUE LES PRESTATIONS EN CAS D'ARRET DE TRAVAIL SONT VERSEES DANS LES LIMITES PREVUES A L'ARTICLE 7.4 DE LA NOTICE D'INFORMATION.

Contrat (hors Garanties rente éducation et rente de Conjoint) assuré et géré par :

apgis

APGIS

Institution de Prévoyance agréée par le Ministère chargé de la Sécurité sociale sous le N° 930, régie par les articles L.931-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale. SIREN n°304-217-904.

Siège social : 12, rue Massue - 94684 Vincennes cedex.

Par internet : www.apgis.com

Garanties rente éducation et rente de Conjoint assurées par :

OCIRP
protéger. agir. soutenir

OCIRP

(Organisme Commun des Institutions de Rente et de Prévoyance)

Union d'institutions de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale.

Siège social : 17, rue de Marignan - 75008 Paris

Téléphone : 01 44 56 22 56 - Fax : 01 49 24 06 27 - N° Siret : 788 334 720 00067 - Code APE : 8430 B

JE
MA
FR
TR

IMPORTANT**Document à signer et à remettre à votre employeur****PARTIE A RENSEIGNER PAR LE PARTICIPANT :**

Je soussigné(e)

reconnais avoir reçu la Notice d'information décrivant les Garanties décès — Perte totale et irréversible d'autonomie et arrêt de travail souscrites par mon entreprise auprès de l'APGIS et de l'OCIRP dans le cadre du contrat collectif prévoyance à adhésion obligatoire.

Je reconnais également avoir pris connaissance des conditions de couvertures qui me sont applicables.

A le

Signature :



JCDecaux

**Notice d'information de votre contrat collectif
prévoyance à adhésion obligatoire**



**Catégorie assurée :
Ensemble des salariés non affiliés à l'AGIRC**

Votre employeur a souscrit auprès de l'APGIS et de l'OCIRP (ci-après dénommée « l'Institution ») un Contrat prévoyance collectif à adhésion obligatoire destiné à vous garantir contre les risques décès — Perte totale et irréversible d'autonomie et Incapacité temporaire et Invalidité — Incapacité permanente, en complément des éventuelles Prestations du Régime Obligatoire.

L'APGIS est chargée de la mise en œuvre au quotidien de cette assurance qui, désormais, vous protège.

Cette Notice d'information a pour objet de vous informer sur vos droits et sur les modalités de versement des Prestations prévues. Elle sera rectifiée à l'occasion de toute modification des Garanties du Contrat.

Pour toute question, vous pouvez nous contacter ou vous adresser au service du personnel de votre entreprise.

Ce document qui vous est remis par votre employeur, définit les dispositions réglementaires et contractuelles organisant les rapports entre votre entreprise, vous-même et l'Institution.

Cette Notice d'information satisfait aux obligations d'information des assurés.

OU TROUVER CE QUE VOUS CHERCHEZ ?

DÉFINITIONS PRÉALABLES	4
QU'EST-CE QU'UN CONTRAT PREVOYANCE À ADHÉSION OBLIGATOIRE ?	7
QUI EST CONCERNÉ ?.....	7
1.1 – Vous : le salarié	7
1.2 – L'ancien salarié	7
1.3 – Les personnes prises en compte pour le calcul des prestations : les membres de votre famille	7
COMMENT S’AFFILIER ?	9
2.1 – Bulletin individuel d’affiliation	9
2.2 – Comment remplir votre clause Bénéficiaire(s) en cas de décès ?	9
COMMENT FONCTIONNE LE CONTRAT ?.....	11
3.1 – Quelles sont les Garanties ?	11
3.2 – Quand débutent et cessent les Garanties ?	11
COMMENT S’APPLIQUENT LES GARANTIES ?	12
4.1 – Vos Garanties ?	12
4.2 - Contrôle médical	15
QUE SE PASSE-T-IL EN CAS DE SUSPENSION OU RUPTURE DE MON CONTRAT DE TRAVAIL ?	16
5.1 – En cas de suspension de votre contrat de travail	16
5.2 – En cas de rupture ou de fin de contrat de travail : dispositif de « portabilité »	16
5.3 – Maintiens spécifiques de vos Garanties	17
5.4 – Continuation de la garantie des risques indemnisés par des assureurs précédents	18
COMMENT OBTENIR LE VERSEMENT DE MES PRESTATIONS ?	19
6 – Pièces à fournir à l’Institution	19
COMMENT SONT CALCULÉES ET PAYÉES MES PRESTATIONS ?	20
7.1 – Le salaire de référence	20
7.2 – L’assiette des Prestations	20
7.3 – La revalorisation des Prestations	20
7.4 – Le cumul des Prestations	21
COMMENT SONT CALCULÉES ET PAYÉES MES COTISATIONS ?	22
8.1 – L’assiette des cotisations	22
8.2 – Le paiement des cotisations	22
8.3 - Exonération du paiement des cotisations	22
J’AI UNE QUESTION OU UNE RÉCLAMATION À QUI DOIS-JE M’ADRESSER ?	23
9 – Informations et réclamations	23
DISPOSITIONS DIVERSES	23
10.1 – Fausse déclaration	23
10.2 – Contrôle de l’Institution	23
10.3 – Protection des personnes physiques à l’égard du traitement des données à caractère personnel	23
10.4 – Déclaration	24
10.5 – Déchéance / Prescription	25
10.6 – Dispositif de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme	25
QUE SE PASSE-T-IL SI LES PRESTATIONS DONT J’AI BÉNÉFICIÉ ONT ÉTÉ RENDUES NÉCESSAIRES PAR LE FAIT D’UN TIERS ?	26
11 – Subrogation	26
LISTE DES ENTREPRISES BÉNÉFICIAIRE DES DISPOSITIONS DU CONTRAT	26
ANNEXE – TABLEAU DES GARANTIES	27

DÉFINITIONS PRÉALABLES

Pour faciliter la lecture, certains termes sont définis ci-après. Ils sont signalés par une majuscule dans les différents articles de ce document.

Sauf disposition spécifique prévue à chaque garantie, les définitions ci-après s'entendent au jour de l'évènement considéré.

Accident :

Toute atteinte à l'intégrité physique, non intentionnelle et provenant de l'action fortuite, soudaine, violente et imprévisible d'une cause qui vous est extérieure.

Accident du travail :

Accident survenu, à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit, quelle qu'en soit la cause, par le fait ou à l'occasion du travail et reconnu en tant que tel par le Régime Obligatoire.

Acte authentique :

Acte rédigé et reçu par un officier public ayant le droit d'instrumenter dans le lieu où l'acte a été rédigé et avec les solennités requises.

Acte de mise en place (article L.911.1 du Code de la Sécurité sociale) :

Convention ou accord collectif, projet d'accord soumis au vote de la majorité du personnel ou décision unilatérale de l'employeur à l'origine de la mise en place du Régime.

Acte sous seing privé :

Acte juridique rédigé et signé par des particuliers, sans la présence d'un notaire ou officier public (par exemple, un contrat).

Capacité juridique :

Aptitude à avoir des droits et des obligations et à les exercer soi-même (exemple : capacité d'agir en justice, de conclure un contrat...). Les mineurs (hors mineurs émancipés) ne disposent pas de la capacité juridique. Il en est de même pour les majeurs qui bénéficient d'un régime de protection juridique.

Consolidation :

Moment où les lésions se fixent et prennent un caractère permanent, sinon définitif, tel qu'un traitement n'est plus en principe nécessaire, et avec des séquelles entraînant une Incapacité permanente.

Contrat :

Contrat collectif à adhésion obligatoire souscrit par votre employeur auprès de l'Institution.

Décès accidentel :

Tout décès survenant à la suite d'un Accident tel que défini ci-avant.

Délai de franchise :

Délai indiqué au Tableau des Garanties annexé à la présente Notice d'information et est exprimé en nombre de jours continus d'arrêt de travail au terme duquel prend effet le droit au versement des Prestations.

En cas de rechute, telle que prévu dans la présente Notice d'information, le Délai de franchise ne s'applique pas.

Délai de déclaration du sinistre :

Délai exprimé en nombre de jours continus durant lequel vous ou le Souscripteur devez déclarer le sinistre pour obtenir une éventuelle prise en charge.

Désignation Expresse de Bénéficiaire(s) :

Suite à votre décès, le capital décès (hors clause de réservation) est versé au(x) Bénéficiaire(s), que vous avez désigné(s).

Désignation contractuelle :

Suite à votre décès, le capital décès (hors clause de réservation) est attribué selon l'ordre de préférence défini à l'article 2.2 de la présente Notice d'information.

Fait générateur :

Évènement qui fait naître le droit à une Prestation à votre profit ou à celui du Bénéficiaire.

Garantie :

Engagement de l'Institution, en contrepartie d'une cotisation convenue d'avance, à verser une Prestation à l'occasion d'évènements faisant jouer les clauses du Contrat, intervenant au cours de la période d'assurance.

Incapacité permanente partielle ou totale d'origine professionnelle lorsque le Régime Obligatoire attribue un taux d'Incapacité supérieur ou égal à 33% selon la législation sur les Accidents du travail et maladies professionnelles :

Vous êtes reconnu comme étant en « Incapacité permanente » si, à la suite d'une maladie professionnelle ou d'un Accident d'origine professionnelle, vous vous trouvez dans l'impossibilité physique, totale ou partielle constatée médicalement et reconnue par le Régime Obligatoire, de vous livrer à l'exercice normal de votre profession ou d'une profession similaire vous procurant une rémunération équivalente.

- Vous êtes considéré comme étant en Incapacité permanente **partielle**, si vous bénéficiez, à la suite d'un Accident de travail ou d'une maladie professionnelle d'un taux d'Incapacité supérieur ou égal à 33 % et inférieur à 66 %, vous permettant toutefois d'exercer une activité professionnelle.
- Vous êtes considéré comme étant en Incapacité permanente **totale**, si après Consolidation de votre état, vous êtes reconnu inapte à tout travail à la suite d'un Accident du travail ou d'une maladie professionnelle et définitivement incapable de vous livrer à une activité. Vous êtes bénéficiaire d'un taux d'Incapacité supérieur ou égal à 66% au titre d'un Accident de travail ou d'une maladie professionnelle.

Incapacité temporaire totale de travail (ITT) :

Vous êtes considéré en état d'Incapacité temporaire totale de travail, si à la suite d'une maladie ou d'un Accident, vous êtes temporairement inapte à l'exercice de votre activité professionnelle et vous percevez des indemnités journalières du Régime Obligatoire -soit au titre de l'Assurance Maladie - soit au titre de l'Assurance des Accidents de Travail ou des Maladies Professionnelles.

Incapacité temporaire partielle de travail (ITP) :

Vous êtes considéré en état d'Incapacité temporaire partielle de travail, si vous exercez une activité partielle et que vous percevez des indemnités journalières du Régime Obligatoire - soit au titre de l'Assurance Maladie - soit au titre de l'Assurance des Accidents de Travail ou des Maladies Professionnelles.

Incapacité 1^{ère}, 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie :

Incapacité d'origine non professionnelle répondant aux critères d'attribution d'une pension d'Incapacité fixés par le Code de la Sécurité sociale. Les Invalides sont classés comme suit par le Régime Obligatoire :

- **1^{ère} catégorie** : Invalides capables d'exercer une activité rémunérée,
- **2^{ème} catégorie** : Invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque.
- **3^{ème} catégorie** : Invalides, qui étant absolument incapables d'exercer une profession, sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

Participant

Membre du personnel et ancien salarié du Souscripteur relevant de la catégorie de personnel assuré, affilié au Contrat et sur la tête duquel repose le risque.

Perte totale et irréversible d'autonomie :

Vous êtes considéré comme étant en Perte totale et irréversible d'autonomie dès lors qu'il est prouvé que vous êtes, de façon irréversible, dans l'impossibilité totale d'exercer une profession quelconque et en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la

vie soit au moins deux des quatre opérations suivantes : se laver, s'habiller, s'alimenter ou se déplacer.

Il y a Perte totale et irréversible d'autonomie :

- si vous êtes classé en 3^{ème} catégorie d'Invalidité par le Régime Obligatoire (invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne),
- en cas d'Accident du travail ou de maladie professionnelle, si vous êtes reconnu par le Régime Obligatoire atteint d'un taux d'Incapacité permanente égal à 100% avec majoration pour assistance d'une tierce personne.

Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (PMSS) :

Plafond calculé mensuellement à partir du plafond de la Sécurité sociale de référence fixé annuellement par arrêté publié au journal officiel qui sert au calcul des tranches de cotisations sociales.

Son évolution est consultable sur www.securite-sociale.fr.

Prestation :

Montant versé par l'Institution en application des Garanties et des conditions prévues au Contrat.

Prorata temporis :

Expression latine signifiant « en proportion du temps écoulé » pour le calcul des sommes dues.

Régime :

Ensemble des dispositions relatives à votre Contrat prévoyance.

Régime Obligatoire (RO) :

Régime français d'Assurance Maladie dont dépend le Bénéficiaire à travers la reconnaissance par un organisme dit de Sécurité sociale, y compris le régime local.

Salaire de référence :

Salaire retenu pour le calcul des Prestations et des cotisations correspondant à votre rémunération brute annuelle, déclarée à l'URSSAF par votre employeur (selon l'article L.242-1 du Code de la Sécurité Sociale) et sous déduction des indemnités de toute nature versées à l'occasion ou au titre de la fin de votre contrat de travail.

Le Salaire de référence est ventilé en tranches A et B. Elles sont définies comme suit :

- **Tranche A** : fraction du salaire limitée au Plafond annuel de la Sécurité sociale.
- **Tranche B** : fraction du salaire comprise entre une (1) et quatre (4) fois le Plafond annuel de la Sécurité sociale.

Les cotisations ne sont pas dues sur les indemnités journalières ou rentes perçues au titre du Régime Obligatoire ou au titre du présent Contrat.

Il est précisé que si vous percevez un revenu de remplacement versé par votre employeur, l'indemnisation versée dans ce cadre est intégrée dans la définition du Salaire de référence.

Sinistre :

Risque qui peut donner lieu à la mise en jeu du Contrat

Souscripteur (employeur ou entreprise) :

Entreprise qui vous emploie et qui a conclu avec l'Institution un Contrat pour le compte de son personnel.

Terme échu :

Délai au terme duquel le règlement est effectué.

QU'EST-CE QU'UN CONTRAT PREVOYANCE À ADHÉSION OBLIGATOIRE ?

Il s'agit du Contrat collectif à adhésion obligatoire conclu entre votre employeur et l'Institution, destiné à vous couvrir, selon les Garanties souscrites, contre les risques décès — Perte totale et irréversible d'autonomie et Incapacité temporaire et Invalidité — Incapacité permanente.

Ce Contrat garantit les membres du personnel de l'entreprise appartenant à la catégorie assurée, et, dans certains cas et à certaines conditions énumérées au sein de la présente Notice d'information, les anciens salariés de l'entreprise.

QUI EST CONCERNÉ ?

1.1 – Vous : le salarié

Sous réserve de répondre à la définition du personnel assuré indiquée dans l'Acte de mise en place du Régime, le Contrat prévoyance vous garantit :

- Si vous êtes un salarié **sous contrat de travail en cours, et que vous êtes affilié à un Régime Obligatoire français**,
- Si vous êtes un salarié dont **le contrat de travail est suspendu**, quelle que soit la cause de cette suspension. Cette possibilité s'applique à condition de bénéficier pendant cette période :
 - d'un maintien total ou partiel de salaire,
 - d'indemnités journalières (ou d'une rente d'invalidité ou d'incapacité) versées par le Régime Obligatoire,
 - d'indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par votre employeur qu'elles soient versées directement par ce dernier ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers,
 - d'un revenu de remplacement versé par votre employeur, au titre notamment d'une mise en activité partielle ou en activité partielle de longue durée, ou encore en cas de congés rémunérés (par exemple : reclassement, mobilité...).

Le Contrat prévoyance est à adhésion obligatoire pour tous les salariés relevant de la catégorie assurée sous réserve de remplir les conditions ci-dessus.

Votre affiliation au Contrat vous confère la qualité de « membre participant » de l'Institution et vous donne le droit de participer au fonctionnement institutionnel de cette dernière. Vous êtes tenu par les dispositions des statuts de l'Institution.

Contrats de travail suspendus

Si votre contrat de travail est suspendu sans maintien total ou partiel de votre rémunération ou versement d'indemnités journalières financées en tout ou partie par votre employeur (notamment congé sabbatique, congé pour création d'entreprise, congé parental d'éducation, congé sans solde) vous pouvez vous affilier au Contrat sous réserve d'en faire la demande dans **le mois suivant la date de suspension** de votre contrat de travail. Le maintien des Garanties décès — Perte totale et irréversible d'autonomie est accordé par l'Institution, sous réserve des dispositions prévues à l'article 5.1 de la présente notice d'information et du paiement de l'intégralité de la cotisation correspondante (sans participation financière de votre employeur).

1.2 – L'ancien salarié

Les Garanties vous sont maintenues sous réserve que vous continuez à remplir les conditions définies à l'article 5.2 de la présente Notice d'information.

1.3 – Les personnes prises en compte pour le calcul des prestations : les membres de votre famille

La situation de votre famille est prise en compte pour le calcul de certaines Garanties et est appréciée à la date de l'évènement qui ouvre droit aux Prestations.

Les membres de votre famille pris en compte sont :

- Votre Conjoint qui peut être :
 - Votre époux ou votre épouse légitime, non divorcé(e) ni séparé(e) de corps judiciairement,
 - A défaut, votre partenaire lié par un pacte civil de solidarité « PACS » (PACS ; contrat conclu par deux personnes physiques majeures pour organiser leur vie commune au sens des articles 515-1 et suivants du Code civil).

Attention :

Au titre du présent Contrat, **vos concubin(e) n'est pas considéré(e) comme « Conjoint »**, pour le calcul des Prestations.

- Vos **Enfants à charge** qui peuvent être vos enfants ou ceux de votre conjoint ou partenaire de PACS qu'ils soient légitimes, reconnus, naturels, adoptés ou recueillis, sont considérés comme Enfants à charge au moment de votre décès.

Dès lors que la situation correspond aux cas énumérés ci-dessus, les enfants sont définis comme étant à charge, à condition :

- d'être âgés, au jour de l'événement donnant lieu à versement des prestations, **de moins de 18 ans**,
- que vous ou votre conjoint ou partenaire de PACS, en cas de divorce, de séparation de corps judiciairement constatée ou de rupture de PACS, en ait la garde ou s'agissant de votre / vos enfant(s), que vous participiez à son/leur entretien par le versement d'une pension alimentaire,
- **qu'ils soient âgés de plus de 18 ans et de moins de 26 ans** et qu'ils poursuivent des études secondaires ou supérieures en France ou à l'étranger et à condition :
 - qu'ils poursuivent leurs études secondaires ou supérieures dans un établissement ou organisme reconnu par l'Education Nationale et le Ministère du Travail, (pour les enfants de plus de 20 ans),
 - qu'ils bénéficient d'un contrat d'apprentissage ou en contrat de professionnalisation,
 - qu'ils n'exercent simultanément aucune activité rémunératrice habituelle et durable,
- **quel que soit leur âge** s'ils sont titulaires de la carte d'invalidé civil ou la carte « mobilité inclusion » portant la mention « invalidité », prévue à l'article L.241-3 du Code de l'Action sociale et des Familles et :
 - qu'ils soient âgés de moins de 26 ans lors de la survenance de l'infirmité,
 - et qu'ils soient non salariés et qu'ils ne puissent bénéficier d'aucune ressource du fait d'une activité professionnelle exercée en propre,
- d'être nés viables moins de 300 jours après votre décès ou celui de votre conjoint ou partenaire de PACS.

- vos ascendants ou ceux de votre conjoint ou partenaire de PACS, (dans la limite de deux ascendants), sous réserve qu'ils ne soient pas assujettis à l'impôt sur le revenu du fait de leurs ressources personnelles et qu'ils soient fiscalement à votre charge.

Votre avis d'imposition, une copie de la carte d'identité du ou des ascendants concernés ainsi que toute pièce que l'Institution jugerait nécessaire, sont à produire en cas de survenance d'un événement ouvrant droit à prestation.

Notez également que la qualité :

- de conjoint marié se perd par divorce ou séparation de corps sur présentation du jugement,
- de partenaire lié par un PACS se perd sur présentation de tout document attestant la dissolution d'un PACS délivré par un Officier Public,
- d'Enfant à charge ou de Personne à charge se perd dès lors que ces derniers ne répondent plus à la définition prévue ci-dessus.

Attention :

En cas de modification de votre situation de famille, vous devez faire parvenir à l'Institution, les justificatifs nécessaires au suivi de votre affiliation à l'aide d'un bulletin individuel d'affiliation tel que défini à l'article 2.1 de la présente Notice d'information.

COMMENT S’AFFILIER ?

2.1 – Bulletin individuel d’affiliation

Lors de la mise en place du Contrat ou au moment de votre embauche, il est indispensable de remplir le **bulletin individuel d’affiliation** qui vous est remis par votre entreprise.

Les renseignements qui y figurent sont nécessaires à la gestion de vos droits à Prestations.

En remplissant ce bulletin, vous devez notamment indiquer les Bénéficiaires que vous avez choisis pour le capital décès, soit par la Désignation contractuelle, soit par la Désignation Expresse de Bénéficiaire(s).

Si la Désignation contractuelle de Bénéficiaires prévue sur le bulletin individuel d’affiliation ne vous convient pas, vous devez remplir un second document afin de préciser votre « **Désignation Expresse de Bénéficiaire(s) en cas de décès** ». **Vous devez ensuite envoyer ce document directement à l’Institution.**

A retenir :

2 documents importants pour votre affiliation :

1. Le bulletin individuel d’affiliation
2. Le cas échéant, le bulletin de Désignation Expresse de Bénéficiaire(s) si la Désignation contractuelle ne vous convient pas. Dans ce cas, la Désignation Expresse est à envoyer par vos soins à l’APGIS, à l’adresse suivante :

APGIS – Pôle Capitaux et Rentes
12 rue Massue
94684 Vincennes Cedex

2.2 – Comment remplir votre clause Bénéficiaire(s) en cas de décès ?

Lorsque vous remplissez votre bulletin individuel d’affiliation, vous devez indiquer les Bénéficiaires du capital décès.

Vous avez alors deux possibilités, à savoir :

1. Une Désignation contractuelle : suite à votre décès, les capitaux seront versés par ordre de préférence :

- à votre conjoint(e) non divorcé(e) ni séparé(e) de corps judiciairement,
- à défaut à votre partenaire lié(e) avec vous par un Pacte Civil de Solidarité, sous réserve de la présentation de tout document attestant la conclusion d’un PACS délivré par un Officier Public,
- à défaut, par parts égales à vos enfants, légitimes, adoptés ou recueillis, nés ou à naître, vivants ou représentés,
- à défaut, par parts égales à vos ascendants ou au survivant de l’un d’entre eux,
- à défaut, à vos héritiers en proportion de leurs parts héréditaires et indépendamment de toute renonciation à la succession.

Par exemple, la première personne de la liste est votre Conjoint. Si au jour de votre décès, vous êtes marié, la totalité du capital décès (hors majorations du capital prenant en compte des statuts particuliers) sera versée à votre Conjoint. A l’inverse, si au jour de votre décès, vous êtes célibataire, la totalité du capital décès sera versée par l’Institution à vos enfants, si vous en avez.

A retenir :

Pour être Bénéficiaire du capital décès, votre concubin doit faire l’objet d’une Désignation Expresse de Bénéficiaire(s).

2. Une Désignation Expresse de Bénéficiaire(s) : le capital sera versé à la ou les personne(s) que vous aurez vous-même désignée(s).

Par exemple, si vous souhaitez que toute autre personne soit Bénéficiaire, vous pouvez désigner expressément le(s) Bénéficiaire(s) de votre choix par envoi à l’Institution du bulletin de Désignation Expresse de Bénéficiaire(s).

Afin de faciliter l’exécution de vos volontés, en cas de survenance de votre décès, n’hésitez pas à informer les proches concernés de vos souhaits.

A tout moment, hors présence d’un Bénéficiaire acceptant, vous avez la faculté de faire une désignation différente de l’ordre ci-dessus au moyen de l’imprimé prévu à cet effet, disponible auprès de l’Institution ou de votre employeur. Ce choix peut prendre la forme d’un Acte sous seing privé ou d’un Acte authentique.

Attention :

Dès lors qu’un Bénéficiaire accepte le bénéfice de l’assurance, sa désignation devient irrévocable. Il devient « bénéficiaire acceptant ».

Pour être valable, l’acceptation doit obligatoirement être faite soit par un avenant signé par vous-même, l’Institution et le Bénéficiaire, soit par un Acte authentique ou sous seing privé signé du stipulant et du Bénéficiaire. Dans ce dernier cas, elle n’a d’effet à l’égard de l’Institution que lorsqu’elle lui a été notifiée par écrit.

Lorsque vous avez désigné plusieurs Bénéficiaires et que l’un d’eux décède, le capital est versé aux autres Bénéficiaires au prorata de leurs parts respectives.

Toutefois, la Désignation Expresse de Bénéficiaire(s) n’est pas appliquée (en conséquence de quoi la Désignation contractuelle s’applique) dans les cas ci-après :

- prédécès du Bénéficiaire ou de la totalité des Bénéficiaires que vous avez désignés,
- décès, au cours d'un même événement et sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre de votre décès et de celui du Bénéficiaire ou de la totalité des Bénéficiaires que vous avez désignés,
- révocations de plein droit prévues par le Code civil,
- refus du capital par le(s) Bénéficiaire(s) désigné(s).

Dans ce dernier cas, le Bénéficiaire devra signifier son refus par lettre recommandée ou par lettre recommandée électronique avec accusé de réception, à l'adresse suivante :

APGIS — Pôle Capitaux et Rentes
12, rue Massue
94684 Vincennes Cedex.

A savoir :

Les désignations de Bénéficiaires précédentes établies auprès de l'ancien assureur sont caduques à compter de votre affiliation au Contrat. Si vous souhaitez déroger à la Désignation contractuelle, prévue ci-dessus, vous devez remplir, dater et envoyer le document prévoyant la Désignation Expresse de Bénéficiaire(s). La nouvelle désignation ne prend effet qu'à la date à laquelle l'Institution en a reçu notification.

Clause de réserve :

Par dérogation à ce qui précède, en cas de majoration du capital prenant en compte des statuts particuliers, la majoration de capital correspondante ne saurait profiter qu'aux personnes prises en considération pour le calcul de ces majorations.

Si le Bénéficiaire que vous avez désigné, assume effectivement la charge des personnes prises en considération pour le calcul des majorations, le capital est globalement attribué à la personne ainsi désignée à titre de Bénéficiaire unique.

Si le Bénéficiaire désigné n'assume pas effectivement la charge desdites personnes, l'Institution verse au Bénéficiaire désigné un capital dont le montant est limité au seul capital décès, hors majorations.

Les sommes sont réparties entre les personnes prises en compte pour le calcul des majorations par parts égales entre elles et versées à leur représentant si elles ne jouissent pas de la capacité juridique.

En cas de décès ainsi qu'un ou plusieurs Bénéficiaires désignés au cours d'un même événement sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès, vous êtes présumé être décédé le premier pour la détermination des Bénéficiaires du capital.

La majoration de capital liée à la présence de personne(s) à charge est égale à la différence entre le montant du capital déterminé en tenant compte des personnes à charge et le montant du capital déterminé pour une personne mariée ou pacsée sans personne à charge.

A retenir :

En cas de changement de votre situation familiale (notamment mariage, Pacs, divorce, naissance, décès d'un Bénéficiaire), **il convient de vous assurer que votre désignation de Bénéficiaire en cas de décès demeure en conformité avec votre nouvelle situation.**

COMMENT FONCTIONNE LE CONTRAT ?

3.1 – Quelles sont les Garanties ?

Les Garanties dont vous bénéficiez au sein de votre entreprise sont précisées dans le Tableau des Garanties annexé à la présente Notice d'information.

3.2 – Quand débutent et cessent les Garanties ?

Les Garanties prennent effet, sous réserve de satisfaire aux formalités d'affiliation à la date d'effet du Contrat liant votre employeur à l'Institution, si vous faites partie des effectifs de l'entreprise à cette date et que vous appartenez à la catégorie de personnel assuré (hors cas particulier précisé ci-dessous).

Si votre entrée dans l'entreprise est postérieure à la date d'effet du Contrat, vous êtes affilié au Régime de Prévoyance à la date à laquelle débute votre contrat de travail.

Les Garanties cessent (sauf maintien des Garanties prévu à la présente Notice d'information) :

- à la date à laquelle vous cessez d'appartenir à la catégorie de personnel assuré,
- en cas de suspension de votre Contrat de travail (sans maintien total ou partiel de salaire ou d'indemnités journalières) et uniquement pendant cette période, sauf en cas de maintien prévu à l'article 5.1 de la présente Notice d'information,
- le jour de la liquidation normale ou anticipée de votre pension de vieillesse due par le Régime Obligatoire sauf si vous êtes en cumul emploi retraite, tel que défini à l'article L.161-22 du Code de la Sécurité sociale,
- au plus tard, à la date d'effet de la résiliation du Contrat.

A retenir :

En cas de modification de vos Garanties, votre employeur vous informera des nouvelles dispositions par écrit.

COMMENT S'APPLIQUENT LES GARANTIES ?

4.1 – Vos Garanties ?

GARANTIE DECES – PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE

En cas de décès du salarié de l'entreprise JCDecaux, l'Institution sera amenée à verser les Prestations prévues par le Contrat.

Celles-ci sont cumulatives mais dépendent de la situation familiale du salarié au jour de son décès.

Elles sont calculées en pourcentage du Salaire de référence.

Il s'agit d'un capital versé en une fois à la suite du décès du salarié, mais également des rentes versées au conjoint / partenaire de PACS et à vos enfants dès lors qu'ils se trouvent dans l'une des situations prévues par l'article 1.3.

Dans certains cas, les Prestations couvrent également votre conjoint / votre partenaire de PACS (garantie « double effet » et garantie « obsèques », cette dernière Garantie couvrant également vos enfants tels qu'ils sont définis à l'article 1.3).

GARANTIE DECES TOUTES CAUSES

En cas de décès, un capital est versé aux Bénéficiaires que vous avez désignés en remplissant votre bulletin individuel d'affiliation ou à défaut la Désignation Expresse de Bénéficiaire(s).

La part du capital correspondant aux majorations pour Enfants à charge est versée, quel que soit le bénéficiaire désigné, par parts égales entre les Enfants à charge, directement à ceux-ci s'ils jouissent de la capacité juridique, ou dans le cas contraire, à leurs représentants légaux durant leur minorité.

La majoration de capital liée à la présence de personne(s) à charge est égale à la différence entre le montant du capital déterminé en tenant compte des personnes à charge et le montant du capital déterminé pour une personne mariée ou pacsée sans personne à charge. La différence est répartie par parts égales entre chaque personne à charge.

GARANTIE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE TOUTES CAUSES

Cette garantie a pour objet le paiement anticipé du capital décès dans le cas où vous seriez classé par la Sécurité sociale en 3^{ème} catégorie d'invalidité.

Est classée en 3^{ème} catégorie d'invalidité, toute personne qui étant absolument incapable d'exercer une profession doit, en outre, avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes de la vie courante.

Est assimilé au classement en 3^{ème} catégorie, en cas d'accident du travail, l'incapacité permanente à 100% avec majoration pour assistance d'une tierce personne.

Dans ce cas, le décès ultérieur n'ouvre pas droit au versement de nouveaux capitaux sauf en cas de décès postérieur du conjoint (garantie double effet).

GARANTIE DOUBLE EFFET

En cas de décès, si vous laissez à la charge de votre conjoint ou de votre partenaire de PACS, un ou plusieurs enfants tels que définis à l'article 1.3, un capital est garanti sur la tête de votre conjoint ou partenaire de PACS.

Cette assurance temporaire conserve ses effets aussi longtemps que les enfants qui étaient à votre charge au sens de l'article 1.3 demeurent à la charge de votre conjoint / partenaire de PACS.

Cette assurance est versée au plus tard jusqu'à la date d'attribution de la pension de vieillesse de votre conjoint ou partenaire de PACS.

Elle cesse en cas de remariage de votre conjoint ou partenaire de PACS et en cas de résiliation du Contrat.

Si votre conjoint / partenaire de PACS décède pendant la durée de cette assurance temporaire, le capital est versé aux enfants restés à charge par parts égales entre eux.

Dans le cas où votre décès et celui de votre conjoint / partenaire de PACS, surviennent au cours d'un même évènement, sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès, votre conjoint / partenaire de PACS est présumé avoir survécu postérieurement à votre décès.

Le salaire de référence pris en considération pour le calcul de ce capital est celui déterminé à la date de votre décès.

Le montant du capital versé est précisé au tableau des Garanties.

GARANTIE OBSEQUES

En cas de décès de votre conjoint ou partenaire de PACS ou d'un Enfant à charge tel que définis à l'article 1.3, il est versé une allocation indiquée dans le Tableau des Garanties.

Conformément aux dispositions légales, le montant de l'allocation est limité aux frais réellement engagés en cas de décès d'un enfant de moins de 12 ans.

Cette allocation sera versée à celui qui a engagé et réglé les dépenses sur production d'un justificatif.

GARANTIE RENTE EDUCATION assurée par l'OCIRP

Cette Garantie est assurée par l'Organisme Commun des Institutions de Rente et de Prévoyance (OCIRP) et gérée dans le cadre des dispositions réglementaires de cet organisme.

Les versements d'arrérages de rentes ainsi que les traitements sont effectués par l'APGIS dans le cadre d'une délégation reçue de l'OCIRP.

En cas de décès ou de Perte totale et irréversible d'autonomie, chacun de vos Enfants à charge, percevra une rente temporaire à effet immédiat, telle que précisée au Tableau des Garanties annexé à la présente Notice d'information.

Bénéficiaire :

Par extension aux dispositions de l'article 1.3, la Garantie est également accordée aux enfants de moins de 26 ans, sous réserve qu'ils soient inscrits auprès de Pôle emploi comme demandeur de premier emploi, ou stagiaires de la formation professionnelle.

Par ailleurs, la rente éducation est accordée sans limitation de durée sous réserve des conditions cumulatives suivantes :

- que l'enfant soit reconnu en situation d'invalidité avant son 26^{ème} anniversaire,
- qu'il bénéficie d'une allocation prévue par la législation sociale en faveur des personnes handicapées ou qu'il remplisse les conditions pour en bénéficier lorsque l'allocation ne lui est pas versée en raison de son niveau de ressource,
- qu'il soit âgé de moins de 26 ans à la date du décès du parent assuré.

Lorsque les prestations sont inférieures à un montant fixé par le Conseil d'administration de l'OCIRP, l'APGIS peut en effectuer un versement annuel d'avance, le 1^{er} janvier de chaque année.

Par ailleurs, l'OCIRP peut procéder, sur demande des bénéficiaires, à l'ouverture de ses droits au paiement d'un capital en remplacement de la rente à laquelle il peut prétendre. Il est égal au capital constitutif de la rente à la date d'effet des droits.

L'OCIRP peut également accepter d'effectuer des avances sur Prestations.

GARANTIES EN CAS D'ARRET DE TRAVAIL

Vous vous engagez, lors de l'ouverture de vos droits à Prestations, à rembourser toutes Prestations indûment perçues, notamment en cas de rétablissement par votre employeur du plein traitement avec effet rétroactif suite à la requalification du congé maladie.

INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL

En cas d'Incapacité temporaire de travail, des indemnités journalières sont versées par l'Institution. Vous êtes en situation d'Incapacité temporaire de travail :

- suite à une maladie / Accident ou maternité constaté médicalement,
- qui vous rend inapte à l'exercice de votre activité professionnelle,
- et que vous percevez des indemnités journalières du Régime Obligatoire :
 - soit au titre de l'Assurance Maladie,
 - soit au titre de l'Assurance des Accidents de Travail ou des Maladies Professionnelles.

Comment sont calculées vos indemnités journalières ?

En cas d'arrêt de travail, il vous est versé une indemnité journalière destinée à compléter les prestations nettes de la Sécurité sociale afin de garantir le maintien de du salaire net de référence.

Le salaire net de référence correspondant au Salaire de référence déduction faite des charges salariales appliquées selon la législation en vigueur au premier jour de l'arrêt de travail.

Le Salaire de référence et les charges sociales salariales pris en considération pour le calcul des indemnités journalières sont déterminés à la date d'arrêt de travail et ce pour la totalité de l'indemnisation dudit arrêt de travail.

Cas de l'Incapacité Temporaire Partielle

Si à la suite d'une Incapacité temporaire indemnisée par l'Institution, vous reprenez une activité partielle autorisée médicalement et donnant lieu à l'attribution par le Régime Obligatoire d'indemnités journalières ainsi qu'à une rémunération réduite, il vous est versé des indemnités journalières.

Lorsque vous reprenez votre travail dans le cadre d'un « mi-temps » thérapeutique, le montant de l'indemnité journalière est limité à la différence entre :

- d'une part, 100 % Salaire de référence éventuellement revalorisée conformément aux dispositions prévues à la présente Notice d'information,
- d'autre part, le cumul des deux éléments suivants :
 - l'indemnité journalière maintenue par le Régime Obligatoire,
 - le Salaire de référence éventuellement revalorisée conformément aux dispositions prévues à la présente Notice d'information multipliée par le taux de travail à temps partiel.

Les éventuelles augmentations de salaire associées à l'emploi occupé lors de la reprise de travail ne sont pas prises en compte dans la limitation des Prestations servies par le Contrat.

Quand vous seront versées vos indemnités ?

En cas d'arrêt de travail, les indemnités journalières sont versées à l'issue d'une période appelée Délai de franchise tel que précisé au Tableau des Garanties annexé à la présente Notice d'information.

Le Délai de franchise s'applique de nouveau en cas de nouvel arrêt de travail.

Seule la période d'Incapacité temporaire postérieure à la date d'effet de votre affiliation au Contrat est susceptible de donner lieu au versement des Prestations après application du Délai de franchise.

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

Rechute

Le délai de carence de 30 jours n'est pas appliqué en cas de rechute au sens de la Sécurité sociale si l'arrêt de travail :

- est dû à la réapparition de l'affection ayant donné lieu à l'indemnisation par l'Institution,
- intervient moins de 60 jours après la reprise du travail.

Dans ce cas, les prestations sont versées dès le 1er jour d'arrêt de travail ouvrant droit aux indemnités journalières de la Sécurité sociale.

Si la rechute, à l'origine de ce nouvel arrêt de travail, survient après la résiliation du Contrat à l'Institution, elle ne donne pas lieu à indemnisation par l'Institution.

Les indemnités journalières cessent de vous être versées :

- en cas de reprise du travail à temps complet,
- si le Régime Obligatoire interrompt le versement des indemnités journalières,
- à la date d'attribution par le Régime Obligatoire d'une rente d'Invalidité ou d'Incapacité permanente,
- au jour de votre décès.

Comment sont versées vos indemnités journalières ?

Pendant toute la durée du contrat de travail vous liant à l'entreprise, l'indemnité journalière est versée à votre entreprise.

Après rupture du contrat de travail, l'indemnité journalière vous est versée directement.

Les indemnités journalières sont servies aussi longtemps que la Sécurité sociale verse des prestations, même après la rupture du contrat de travail.

Dans tous les cas, si le Régime Obligatoire suspend le versement de vos Prestations, l'Institution suspend également le versement des indemnités journalières.

Délai de déclaration

L'arrêt de travail doit être porté à la connaissance de l'Institution avant l'expiration du délai de franchise et, au plus tard, dans le mois suivant la date d'expiration de la franchise.

Il est considéré comme s'étant produit au jour de la déclaration si celle-ci intervient après ce délai.

INVALIDITE ET INCAPACITE PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE

Quelque soit la catégorie d'invalidité dans laquelle vous êtes classé ou si vous êtes bénéficiaire d'une rente d'incapacité supérieure à 33% au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, vous pouvez bénéficier du versement d'une rente.

Montant de la rente

En cas d'invalidité, il vous est versé une rente destinée à compléter celle versée par la Sécurité sociale (Hors allocation de tierce personne et nette de CSG CRDS) afin de garantir le maintien des tranches A et B du Salaire de référence net des charges sociales salariales.

Elle est versée dès lors que vous êtes classé en 1^{ère}, 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie d'invalidité ou lorsque vous êtes bénéficiaire d'une rente d'incapacité au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle correspondant à un taux d'incapacité Sécurité sociale au moins égal à 66%.

Elle est fixée à N/66% de la prestation prévue lorsque vous êtes bénéficiaire d'une rente d'incapacité au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle correspondant à un taux d'incapacité Sécurité sociale (N) compris entre 33% et 66%.

Aucune prestation n'est due, si vous êtes bénéficiaire d'une rente d'incapacité au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle correspondant à un taux d'incapacité Sécurité sociale inférieur à 33%.

Modalités de paiement de la rente :

La rente d'invalidité vous est réglée par quart, directement chaque trimestre civil à terme échu.

Elle est servie aussi longtemps que la Sécurité sociale verse des prestations d'invalidité.

Cette rente cesse d'être due :

- si le Régime Obligatoire cesse de verser la rente d'Invalidité ou d'Incapacité permanente,
- le jour où vous ne remplissez plus les conditions requises pour bénéficier de la rente du Régime Obligatoire,
- au jour de votre décès.

En cas décès, la dernière période de règlement effectuée est le trimestre civil précédant votre décès.

Dans tous les cas, les Prestations imposables qui vous sont versées directement ou aux Bénéficiaires feront l'objet du prélèvement à la source de l'impôt sur le revenu dans les conditions de droit commun.

4.2 - Contrôle médical

Afin de lutter contre la fraude, sous peine de déchéance de Garantie et/ou d'interruption du paiement des Prestations en cours de service en votre faveur, l'Institution se réserve le droit de vous demander à tout moment :

- tous justificatifs qui lui paraîtraient nécessaires afin de contrôler les déclarations qui lui sont faites,
- de vous soumettre à un examen médical ayant pour objet de contrôler votre état de santé ainsi que les avis médicaux et pièces justificatives que vous auriez transmis et ce, indépendamment des décisions prises par le Régime Obligatoire.

L'Institution se réserve le droit de refuser ou de suspendre vos Prestations, si vous refusez de vous soumettre au contrôle médical ou de fournir les pièces justificatives nécessaires au contrôle.

Votre situation médicale peut conduire l'Institution à adopter une position différente de celle du Régime Obligatoire par rapport au service des Prestations d'Incapacité de travail et d'Invalidité-Incapacité permanente du présent Contrat. Par conséquent, les Prestations peuvent être refusées ou suspendues si l'Institution estime que l'arrêt de travail n'est pas médicalement justifié.

Lors de l'examen médical, vous avez la faculté de vous faire assister par votre médecin traitant, ou tout autre médecin de votre choix.

À l'issue de cet examen, et en cas de désaccord entre votre médecin et le médecin délégué par l'Institution sur l'appréciation de votre état de santé, les deux médecins pourront choisir un tiers expert agissant en qualité d'arbitre, dans le cadre d'un protocole signé par l'Institution et vous-même.

Faute d'entente sur ce choix, la désignation pourra être faite à la demande de la partie la plus diligente par le Président du Tribunal judiciaire de votre domicile. Les frais et honoraires du tiers expert seront dans tous les cas supportés par moitié par les deux parties.

QUE SE PASSE-T-IL EN CAS DE SUSPENSION OU RUPTURE DE MON CONTRAT DE TRAVAIL ?

5.1 – En cas de suspension de votre contrat de travail

Maintien obligatoire des Garanties

Vos Garanties sont maintenues dans tous les cas de suspension de votre contrat de travail.

Pour cela vous devez :

- bénéficier :
 - o d'un maintien total ou partiel de salaire,
 - o d'indemnités journalières (ou d'une rente d'invalidité ou d'incapacité) versées par le Régime Obligatoire,
 - o d'indemnités journalières complémentaires (ou d'une rente d'invalidité ou d'incapacité) financées au moins en partie par votre employeur, qu'elles soient versées directement par ce dernier ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers,
 - o d'un revenu de remplacement versé par l'employeur, au titre notamment d'une mise en activité partielle ou en activité partielle de longue durée, ou encore en cas de congés rémunérés (par exemple : reclassement, mobilité...).
- vous acquitter de votre quote-part de cotisation.

Ce maintien est assuré pour la durée de la suspension de votre contrat de travail, dans les mêmes conditions que celles appliquées aux salariés en activité effective.

Dans les autres cas, les Garanties sont suspendues.

Maintien facultatif des Garanties décès- PTIA

Néanmoins, si votre contrat de travail est suspendu vous avez la possibilité de bénéficier à titre individuel, des Garanties décès-PTIA du Contrat, sous réserve du paiement de la cotisation entièrement à votre charge.

La demande ne pourra être acceptée que si elle est effectuée dans le mois suivant la date de suspension du contrat de travail.

Vous pouvez demander la résiliation de votre adhésion, le 31 décembre de l'année en cours (à minuit) qui suit votre demande de résiliation adressée au plus tard le 31 octobre qui précède, par lettre ou par un autre moyen prévu légalement, le cachet de la poste ou la date de la notification faisant foi.

La résiliation est définitive pendant toute la durée de la suspension du contrat de travail.

5.2 – En cas de rupture ou de fin de contrat de travail : dispositif de « portabilité »

Les Garanties Prévoyance en vigueur dans l'entreprise sont maintenues, conformément aux dispositions prévues par l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, au profit des anciens salariés pris en charge par le régime d'assurance chômage.

Ce dispositif est dénommé **portabilité**.

• **Prise d'effet et durée du maintien**

Le dispositif de portabilité entre en application à la date de cessation de votre contrat de travail, sous réserve que vous ayez fourni le justificatif de votre prise en charge par l'assurance chômage (attestation Pôle emploi).

Pour toute cessation de votre contrat de travail (hors licenciement pour faute lourde), les Garanties **prévoyance vous sont maintenues** et ce, tant que vous ouvrez droit à la portabilité.

Les Garanties maintenues sont celles définies par le Contrat et suivront, s'il y a lieu, l'évolution des Garanties des salariés actifs de l'entreprise.

Les Garanties du Contrat vous seront maintenues dès le lendemain de la cessation de votre contrat de travail.

Vous pouvez bénéficier du dispositif dit « de portabilité » si :

- o vos droits complémentaires ont été ouverts avant la cessation de votre contrat de travail,
- o la cessation de votre contrat de travail n'est pas consécutive à une faute lourde,
- o vous justifiez d'une prise en charge par l'assurance chômage (attestation Pôle emploi). Vous devrez mensuellement, fournir ce justificatif à l'Institution. A défaut, aucune Garantie ne sera due.

Vous bénéficiez de la portabilité pour une durée égale à celle de votre dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur.

Cette durée est appréciée en mois et le cas échéant, arrondie au nombre supérieur, **dans la limite de douze (12) mois.**

A retenir :

Votre employeur signale le maintien des Garanties dans votre certificat de travail et informe l'Institution de la cessation de votre contrat de travail.

• Pièces à fournir

Vous devez justifier auprès de l'Institution de votre droit au maintien des Garanties en fournissant :

- à l'ouverture du dispositif de portabilité : une copie de votre lettre de licenciement ou de votre contrat de travail,
- au cours de la période et à chaque demande d'indemnisation : une copie de la prise en charge de l'assurance chômage mentionnant la durée d'indemnisation ainsi que l'attestation de paiement Pôle emploi du mois antérieur à la demande de prestation,
- toute pièce complémentaire demandée par l'Institution.

• Cessation du dispositif de portabilité

Le maintien des Garanties cesse :

- à la date de cessation du versement des allocations chômage ou dès lors que nous ne justifions plus d'une indemnisation par le Pôle emploi,
- au terme de la période de portabilité (maximum de douze (12) mois),
- en cas de non renouvellement ou de résiliation du Contrat souscrit par votre ancien employeur quel qu'en soit le motif,
- le jour de votre décès.

A savoir :

La suspension temporaire de vos allocations chômage, par exemple en cas d'arrêt maladie, n'a pas d'incidence sur le calcul de la durée de maintien. En effet, celle-ci n'est pas prolongée de la durée de la suspension.

• Financement de la portabilité

Le maintien des Garanties est assuré à titre gratuit pour vous et vos éventuels Ayants droit, c'est à dire qu'aucune cotisation de votre part n'est exigée. La portabilité est financée par un mécanisme de mutualisation et est ainsi incluse dans les cotisations financées par le Souscripteur et les salariés.

• Versement des Prestations

Les Prestations sont versées dans les mêmes conditions que celles prévues pour les salariés en activité, sous réserve des règles de cumul fixées ci-après.

Le versement de toute Prestation est subordonné à la production du justificatif d'ouverture des droits au régime d'assurance chômage.

• Règle de cumul

Attention :

Le cumul des sommes versées par l'Institution, le Régime Obligatoire et de tout autre revenu (d'activité ou de remplacement), au titre des Garanties en cas d'arrêt de travail **ne peut vous conduire à percevoir plus de 100 % des sommes perçues au titre de l'allocation chômage.**

5.3 – Maintiens spécifiques de vos Garanties

5.3.1 Maintien des Garanties décès - Perte totale et irréversible d'autonomie si vous percevez une indemnité journalière ou une rente d'Invalidité ou d'Incapacité permanente

Dans ce cas, les Garanties décès – Perte totale et irréversible d'autonomie vous sont maintenues y compris après la rupture de votre contrat de travail, aussi longtemps que vous justifiez de votre état d'Incapacité temporaire, d'Incapacité permanente ou d'Invalidité auprès de l'Institution.

Ainsi, vous pouvez conserver ce maintien tant que vous n'êtes pas admis au bénéfice d'une pension de vieillesse due par le Régime Obligatoire.

En cas de résiliation du Contrat, les Garanties décès – Perte totale et irréversible d'autonomie vous sont maintenues dans les mêmes conditions et la base des Prestations cesse d'être revalorisée.

5.3.2 Maintien des Prestations en cours en cas de résiliation du Contrat

La résiliation du Contrat est sans effet sur le maintien de vos Prestations en cours de service (décès – Perte totale et irréversible d'autonomie, Incapacité temporaire et Invalidité – Incapacité permanente) et tant que vous justifiez des conditions d'indemnisation telles que définies aux articles 4.1 et 6 de la présente Notice d'information, sauf accord dérogatoire entre votre entreprise et l'Institution

Dans ce cas, la base des Prestations cesse d'être revalorisée.

5.3.3 Maintien individuel de la couverture prévoyance

Par principe, les Garanties prennent fin de plein droit à la date d'effet de la résiliation du Contrat.

Si le Contrat n'est pas remplacé par un autre contrat avec un assureur, vous avez la faculté de solliciter une adhésion, à titre individuel auprès de l'Institution.

Cette adhésion est possible, sous réserve d'en faire la demande avant la fin du délai de préavis prévu en cas de résiliation du Contrat (2 mois) et de l'acceptation par l'Institution.

Dans ce cas, la totalité de la cotisation sera à votre charge exclusive. Vous serez informé des nouvelles modalités tarifaires et des risques couverts.

Il est précisé que cette nouvelle adhésion s'effectue sans délai de carence.

5.4 – Continuation de la garantie des risques indemnisés par des assureurs précédents

Conformément aux dispositions de l'article L. 912-3 du Code de la Sécurité sociale, les prestations servies du fait du décès, de l'incapacité ou de l'invalidité sous forme de rentes et dont le fait générateur est antérieur à la date d'effet du présent Contrat, bénéficient de la poursuite d'une revalorisation au titre du présent contrat.

COMMENT OBTENIR LE VERSEMENT DE MES PRESTATIONS ?

6 – Pièces à fournir à l'Institution

Le versement des Prestations est subordonné à la remise de toutes pièces justificatives comprenant notamment, pour :

Garantie décès toutes causes

- La déclaration de décès complétée par votre employeur (faisant notamment état des salaires à prendre en considération),
- L'extrait de votre acte de décès et, s'il y a lieu, de votre Conjoint ou d'une Personne à charge,
- Le certificat médical indiquant la cause du décès,
- L'extrait de votre acte de naissance et en tant que de besoin, l'extrait d'acte de naissance de votre Conjoint ou d'une Personne à charge délivré après le décès et comportant les mentions marginales,
- Une copie de tout document attestant la conclusion d'un PACS délivré par un Officier Public,
- Les pièces justificatives de la qualité des personnes susceptibles d'être prises en compte pour le calcul du capital ou le bénéfice de la rente éducation, ou la majoration pour Personne à charge et notamment :
 - la copie de la carte nationale d'identité des Bénéficiaires en cours de validité,
 - un certificat de scolarité pour chaque enfant de plus de 18 ans,
 - la copie de la carte d'invalidité ou la carte « mobilité inclusion » portant la mention « invalidité », des enfants handicapés,
 - les pièces justificatives de la qualité et des droits des Bénéficiaires du capital décès et notamment, le cas échéant, l'acte notarié,
 - le justificatif du nombre et de la qualité de Personne à charge à la date du décès et une photocopie du dernier avis d'imposition.

Garantie Perte totale et irréversible d'autonomie toutes causes

- Les certificats médicaux,
- La notification de la décision du Régime Obligatoire attribuant l'allocation pour assistance d'une tierce personne,
- Les pièces justificatives demandées pour le décès toutes causes, relatives à la qualité des personnes susceptibles d'être prises en considération pour le calcul du capital.

Garantie double effet

- Un extrait d'acte de décès du Conjoint,
- Un extrait d'acte de naissance du Conjoint délivré après le décès comportant les mentions marginales,
- Une copie de tout document attestant la conclusion d'un PACS délivré par un Officier Public,
- Une copie de la carte nationale d'identité du Bénéficiaire datée et signée.

Garantie obsèques

- La facture acquittée des frais d'obsèques,
- Une copie de l'extrait d'acte de décès,
- En cas de décès d'un de vos enfants, un document spécifiant que celui-ci était à votre charge,
- En cas de décès de votre Conjoint, un extrait d'acte de naissance de celui-ci avec toutes les mentions marginales,
- Une copie de tout document attestant la conclusion d'un PACS délivré par un Officier Public,
- Une copie de la carte d'identité de la personne qui a engagé les frais d'obsèques, datée et signée.

Garantie rente éducation

En plus des justificatifs demandés pour le décès toutes causes, votre Enfant à charge doit fournir :

- Un extrait de son acte de naissance,
- Un justificatif du Pôle emploi pour les primo demandeurs d'emploi,
- un certificat de scolarité pour chaque enfant de plus de 18 ans,
- Un Relevé d'Identité Bancaire (RIB),
- Un avis d'imposition du foyer fiscal auquel est rattaché l'enfant.

Et le 1^{er} octobre de chaque année :

- un certificat de scolarité pour chaque enfant de plus de 18 ans,
- La copie de la carte d'invalidité ou la carte « mobilité inclusion » portant la mention « invalidité », des enfants handicapés,
- Un avis d'imposition du foyer fiscal auquel est rattaché l'enfant.

Garanties en cas d'arrêt de travail

- Incapacité temporaire de travail
 - La déclaration d'arrêt de travail complétée par votre employeur,
 - Les décomptes de paiement du Régime Obligatoire,
 - Votre Relevé d'Identité Bancaire (RIB) en cas de rupture de votre contrat de travail,
- Incapacité et Incapacité Permanente totale ou partielle
 - La notification de rente du Régime Obligatoire,
 - Les décomptes du Régime Obligatoire,
 - Votre Relevé d'Identité Bancaire (RIB),
 - Votre dernier avis d'imposition.

L'Institution se réserve le droit de vous soumettre à une expertise médicale et de demander toute autre pièce justificative nécessaire à la qualité et à la sécurité des règlements à effectuer.

Des pièces complémentaires pourront être réclamées pour les situations particulières.

Les justificatifs sont à adresser à :

**Garanties décès – Perte totale et irréversible
d'autonomie**
APGIS – Pôle Capitaux et Rentes
12 rue Massue
94684 Vincennes Cedex

Garanties arrêt de travail
APGIS – Pôle Incapacité - Invalidité
12 rue Massue
94684 Vincennes Cedex

COMMENT SONT CALCULÉES ET PAYÉES MES PRESTATIONS ?

7.1 – Le salaire de référence

Les Prestations sont déterminées en fonction de l'assiette des Prestations telle que définie ci-après.

7.2 – L'assiette des Prestations

Au moment de la survenance du risque qui ouvre droit à Prestation, le Salaire de référence est calculé sur la base des rémunérations brutes déclarées à l'URSSAF, perçues au cours des douze (12) mois civils précédant la date du décès ou de l'arrêt de travail ouvrant droit à Prestation. Les Prestations sont limitées aux tranches de rémunérations telles que définies au Tableau des Garanties annexé à la présente Notice d'information.

Toutefois, l'assiette des Prestations est reconstituée proportionnellement à une durée complète d'activité lorsque :

- votre période d'assurance est inférieure à douze (12) mois,
- votre salaire a été réduit ou supprimé au cours de la période de référence en cas d'arrêt de travail pour maladie ou Accident.

Dans le cas où votre ancienneté est inférieure à un (1) mois, le salaire annuel d'embauche est retenu comme base pour l'assiette des Prestations.

Si les Garanties sont exprimées selon un pourcentage du Plafond de la Sécurité sociale, les Prestations sont calculées sur la base du Plafond de la Sécurité sociale au jour de l'événement considéré.

Si au jour du fait générateur de la mise en œuvre de la Garantie, vous avez moins d'un (1) an d'ancienneté ou que vous avez été réintégré dans l'entreprise depuis moins d'un (1) an, le Salaire de référence est reconstitué prorata temporis d'après le salaire brut soumis à cotisation, déclaré à l'administration fiscale et versé entre votre date d'embauche ou de réintégration et le fait générateur de la mise en œuvre de la Garantie.

Il en sera de même si au cours de l'année de référence vous avez été absent pour maladie ou accident et que vous avez été bénéficiaire de prestations en espèces versées par la Sécurité sociale.

Si le fait générateur de la garantie intervient après plus d'un (1) an de maladie continue, le Salaire de référence pris en compte sera celui des douze (12) mois complets précédant votre arrêt de travail et sera revalorisé dans les mêmes proportions que la valeur du point de retraite de l'AGIRC –ARRCO.

7.3 – La revalorisation des Prestations

7.3.1 Revalorisation des indemnités journalières et rente d'invalidité ou Incapacité permanente en cours de service :

La revalorisation s'effectue sur la base de l'évolution du point de retraite AGIRC - ARRCO, dans la limite du **taux technique et financier du Contrat**.

Les Prestations versées de manière périodique (rentes et indemnités journalières) sont revalorisées le 1^{er} janvier du premier exercice suivant celui au cours duquel s'est produit le décès ou l'arrêt de travail. L'indice d'origine étant celui connu au jour du Fait générateur de la Garantie.

Lorsque le décès ou la Perte totale et irréversible d'autonomie survient après une période d'Incapacité ou d'Invalidité, l'assiette des Prestations est revalorisée en fonction de la variation du point de retraite AGIRC - ARRCO, au jour du décès ou de la Perte totale et irréversible d'autonomie.

La Prestation revalorisée est égale au produit de la Prestation d'origine et de la valeur actuelle du point de retraite, pondérée de la valeur d'origine du point de retraite.

En cas de résiliation du Contrat liant votre employeur à l'Institution ou de suppression de la Garantie dont est issue la Prestation en cours, l'assiette des Prestations n'est plus revalorisée et le niveau des revalorisations est maintenu à celui atteint à la date de résiliation ou de la suppression.

7.3.2 Revalorisation des rentes (rente de Conjoint et rente éducation) en cours de service :

Le Conseil d'Administration de l'OCIRP fixe les coefficients ainsi que la périodicité des revalorisations à appliquer aux Prestations en cours de service pendant la durée de vie du Contrat mais également en cas de résiliation de l'adhésion de l'entreprise.

7.3.3 Revalorisation spécifique aux Garanties décès (article L.132-5 du Code des assurances)

À compter de la date de votre décès et jusqu'à la date de réception par l'Institution des pièces nécessaires au paiement de la Prestation (article 6 de la présente Notice d'information), la Prestation mentionnée au Tableau des Garanties - versée sous forme de capital - est revalorisée dans les conditions prévues à l'article L.132-5 du Code des assurances (*).

Il est précisé que la date de prise de connaissance par l'Institution de votre décès, est la date à laquelle l'Institution est informée du décès, par la réception de l'acte de décès.

(*) article applicable aux institutions de prévoyance régies par le Code de la Sécurité sociale.

7.4 – Le cumul des Prestations

En cas d'arrêt de travail, le cumul des sommes versées par :

- l'Institution,
- le Régime Obligatoire (à l'exclusion de la majoration pour tierce personne ou de la Prestation complémentaire pour recours à une tierce personne),
- le Souscripteur le cas échéant, notamment au titre d'une activité professionnelle à temps partiel,
- et tout autre revenu (d'activité ou de remplacement)

ne peut vous conduire à percevoir plus de 100 % de votre Salaire de référence NET que vous auriez perçu si vous aviez été en activité. S'il en était ainsi, les Prestations versées par l'Institution seraient réduites à due concurrence.

Toutefois, si à la date d'arrêt de travail, vous bénéficiez d'un revenu de remplacement versé par votre employeur tel que visé dans la définition du Salaire de référence, ce cumul sera limité 100 % de la rémunération nette équivalente à la base des Garanties.

Le Salaire de référence NET correspond au Salaire de référence déduction faite des charges sociales appliquées selon la législation en vigueur au premier jour de l'arrêt de travail avant impôt sur le revenu.

COMMENT SONT CALCULÉES ET PAYÉES MES COTISATIONS ?

8.1 – L’assiette des cotisations

La cotisation est fixée en pourcentage de votre Salaire de référence tel que défini au chapitre DEFINITION PREALABLE de la présente Notice d’information.

8.2 – Le paiement des cotisations

Le Contrat est financé par une cotisation versée pour partie par votre employeur et pour partie par vous-même, selon l’Acte de mise en place du Régime.

Votre part de cotisation est prélevée **mensuellement** sur votre bulletin de salaire (on parle de « **précompte** »). Votre employeur reverse ensuite trimestriellement les cotisations à l’Institution, en y incluant sa part.

En cas de non-paiement des cotisations par votre employeur, une lettre de mise en demeure lui sera adressée. Il sera alors informé des conséquences que le défaut de paiement est susceptible d’entraîner sur le maintien de vos Garanties.

En cas de maintien individuel de vos Garanties, **vous réglez vos cotisations directement auprès de l’APGIS**, leur non-paiement peut entraîner l’exclusion des Bénéficiaires du Contrat.

Ainsi, à défaut de paiement des cotisations dans un délai de dix (10) jours suivant leur échéance de paiement, vous recevrez une lettre de mise en demeure **vous informant des conséquences que le défaut de paiement est susceptible d’entraîner sur la poursuite de la Garantie.**

Si dans les quarante (40) jours suivant la notification de la lettre de mise en demeure les cotisations ne sont toujours pas versées, **l’Institution peut exclure les Bénéficiaires du Contrat et poursuit le recouvrement par tout moyen.**

8.3 - Exonération du paiement des cotisations

En cas d’arrêt de travail entraînant une suspension partielle ou totale du contrat de travail et donnant lieu au paiement d’indemnités journalières ou d’une rente par le Régime Obligatoire, votre employeur est dispensé du paiement de la cotisation proportionnellement à la perte de salaire subie (part patronale et par salariale).

L’Institution constitue les provisions afin de vous maintenir les Garanties en vigueur à la date d’arrêt de travail.

Tant que votre employeur vous maintient une rémunération pleine ou réduite, les cotisations restent dues sur la part de rémunération versée.

Les cotisations ne sont pas dues sur les indemnités journalières ou rentes perçues au titre du Régime Obligatoire.

Cette exonération ne joue pas, si l’Incapacité temporaire ou l’Invalidité – Incapacité permanente ne donne pas lieu à indemnisation par le Contrat.

Cessation de l’exonération

L’exonération prend fin :

- en cas de cessation des Garanties tel que prévu à l’article 3.2 de la présente Notice d’information,
- le jour où vous ne remplissez plus les conditions prévues ci-dessus.

J'AI UNE QUESTION OU UNE RÉCLAMATION À QUI DOIS-JE M'ADRESSER ?

9 – Informations et réclamations

En cas de difficulté relative à l'application du Contrat, les parties s'engagent, avant d'avoir recours à une procédure contentieuse, à formuler par écrit leur point de vue et à se rencontrer pour tenter de résoudre le litige à l'amiable.

9.1 Informations sur le Contrat

Si vous souhaitez obtenir des précisions sur les clauses et conditions d'application du Contrat conclu entre votre employeur et l'Institution, notamment au moment de votre affiliation, vous pouvez vous adresser en priorité à votre interlocuteur habituel dans votre entreprise et, à défaut, à l'APGIS.

9.2 Réclamations

Si les réponses apportées ne vous satisfont pas, vous pouvez formuler vos observations au sujet du Contrat à :

APGIS - Service Réclamation
12 rue Massue
94684 VINCENNES CEDEX

Le service réclamation, accusera réception du courrier dans un délai de dix (10) jours à compter de la réception de la réclamation.

Le service réclamation dispose ensuite d'un délai de deux (2) mois pour vous apporter une réponse à compter de la réception du courrier.

Si les réponses apportées ne vous satisfont pas, vous disposez d'un recours auprès du médiateur dont l'adresse est indiquée à l'article 9.3 de la présente Notice d'information.

9.3 Médiation

En cas d'échec de la procédure de résolution de litige à l'amiable, les Bénéficiaires peuvent saisir, au plus tard dans un délai d'un (1) an à compter de la réclamation écrite, le médiateur de l'Institution à l'adresse suivante :

MEDIATEUR DE LA PROTECTION SOCIALE (CTIP)
10, rue Cambacérés
75008 PARIS

<https://ctip.asso.fr/saisine-mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/>
ou par e-mail : mediateur@ctip.asso.fr

Ce recours est gratuit et doit être rédigé en langue française.

L'avis du médiateur, écrit et motivé, intervient dans un délai de 90 jours à compter de la date de réception du dossier complet, notamment de la réception des éléments d'informations de votre part et de la note de synthèse de l'Institution.

En cas d'échec de ces démarches, vous conservez l'intégralité de vos droits à agir en justice.

DISPOSITIONS DIVERSES

10.1 – Fausse déclaration

Vous êtes informé de ce que la réticence ou la fausse déclaration de mauvaise foi de votre part entraîne la nullité de la Garantie issue du Contrat, lorsqu'elle change la nature du risque ou en fausse l'appréciation par l'Institution, alors même que le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur la réalisation du risque.

Dès lors, si à l'occasion d'une demande de Prestation, vous ou vos Bénéficiaires fournissez intentionnellement des documents faux ou dénaturés, ou des réponses délibérément inexacts, vous vous exposez à des poursuites pénales, à la nullité de votre affiliation ainsi qu'à la perte de tous droits à Prestations et serez tenus au remboursement des sommes indûment perçues.

10.2 – Contrôle de l'Institution

L'autorité chargée du contrôle de l'Institution est :

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution
(ACPR)
4 PLACE DE BUDAPEST
CS 92459
75436 PARIS CEDEX 09

10.3 – Protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel

Finalité des traitements de données

L'ensemble des traitements de données est nécessaire à l'exécution de la relation contractuelle liant le Participant avec l'Institution qui est responsable du traitement. En conséquence, sauf mention particulière,

le recueil des données présente un caractère obligatoire au titre de l'exécution de cette relation contractuelle.

L'Institution est susceptible de recevoir des données à caractère personnel relatives aux Bénéficiaires en provenance de votre employeur et des Régimes Obligatoires de Sécurité sociale.

Dans le cadre du Contrat, la collecte des données personnelles a pour finalité :

- la passation, la gestion y compris commerciale et l'exécution de la relation contractuelle,
- l'élaboration des statistiques et études actuarielles,
- l'exercice des recours, la gestion des réclamations des recouvrements et des contentieux,
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives, les déclarations obligatoires auprès des autorités et administrations publiques y compris celles relatives à la lutte contre la fraude pouvant, notamment, conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude et à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme,
- la gestion des demandes liées à l'exercice des droits des Bénéficiaires sur leurs données personnelles,
- la mise en place d'actions de prévention,
- la formation du personnel,
- la mise en œuvre d'opération de prospection commerciale,
- le suivi de la relation client (enquêtes de satisfaction),
- de réaliser des sondages, jeux concours,
- d'élaborer des statistiques commerciales,
- de répondre à des obligations de conseil, pour proposer des offres commerciales pour des contrats de l'Institution, ainsi que des offres de ses partenaires compte tenu des besoins exprimés.

L'enregistrement des appels téléphoniques a pour finalité l'amélioration du service proposé et la formation du personnel.

Destinataires des données à caractère personnel

Les données personnelles peuvent être transmises, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités : aux personnels de l'Institution ainsi que le cas échéant, aux partenaires et sous-traitants, délégués de gestion, réassureurs, intermédiaires, organismes professionnels habilités, partenaires, ainsi qu'aux personnes intéressées au Contrat.

Durée de conservation des données personnelles

Les données à caractère personnel des Bénéficiaires sont conservées selon des durées variables en fonction des finalités susvisées. En tout état de cause, ces durées de conservation respectent les obligations légales de l'Institution ainsi que les délais de prescription légale applicables.

Les droits des Bénéficiaires

Les Bénéficiaires disposent d'un droit de demander l'accès à ces données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, et de décider du sort de ces données post-mortem. Ils disposent également d'un droit de s'opposer au traitement pour motifs légitimes, de limiter le traitement dont ils font l'objet et d'un droit à la portabilité des données à caractère personnel dans les limites fixées par la loi. Ils disposent enfin de la possibilité de s'opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale.

Ils peuvent à tout moment s'opposer à l'enregistrement des échanges téléphoniques avec l'Institution en informant l'Institution au début de l'appel téléphonique.

Les Bénéficiaires peuvent exercer l'ensemble de leurs droits, en justifiant de leur identité, en contactant le délégué à la protection des données de l'APGIS à l'adresse suivante :

⇒ Par mail : dpo@apgis.com

ou

⇒ Par courrier à : APGIS – cellule Protection des données personnelles 12 rue Massue - 94684 Vincennes Cedex.

L'APGIS dispose d'un délai d'un (1) mois pour répondre. En cas de demande complexe ou d'un nombre important de demandes, ce délai pourra être porté à deux (2) mois.

Les Bénéficiaires peuvent également introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07

Ils peuvent s'inscrire gratuitement sur le registre d'opposition au démarchage téléphonique sur www.bloctel.gouv.fr. Dans ce cas, l'Institution ne procédera à aucun démarchage téléphonique, sauf si le Bénéficiaire nous a communiqué son numéro de téléphone afin d'être recontacté ou si le Participant est titulaire auprès de l'Institution d'un contrat en vigueur.

10.4 – Déclaration

Tout événement susceptible d'ouvrir droit aux Prestations doit survenir pendant la période d'effet de la Garantie concernée et être déclaré dans les délais fixés pour celle-ci.

Vous recevrez un imprimé sur lequel sont mentionnées les pièces justificatives à faire parvenir à l'Institution. L'arrêt de travail doit être porté à la connaissance de l'Institution avant l'expiration du Délai de franchise et au plus tard, dans le mois suivant l'expiration de la période de franchise.

Si l'arrêt de travail est déclaré à l'Institution après les délais exprimés ci-dessus, celui-ci sera considéré comme s'étant produit au jour de la déclaration.

Les avis de prolongation doivent être adressés à l'Institution au fur et à mesure de leur délivrance en vue de lui permettre d'exercer son droit de contrôle.

Les mises en Invalidité ou en Incapacité permanente doivent être déclarées à l'Institution dès la délivrance de la notification de la rente par le Régime Obligatoire.

10.5 – Déchéance / Prescription

Conformément à la réglementation, les dispositions suivantes s'appliquent au présent Contrat.

Toutes les actions dérivant des opérations régies par le présent Contrat sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, la prescription des actions est de cinq (5) ans en ce qui concerne l'Incapacité de travail.

Toutefois, ce délai ne court :

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

Quand l'action du Participant ou du Bénéficiaire 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 le Participant ou le Bénéficiaire, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à dix (10) ans lorsque, pour les Garanties en cas de décès, le Bénéficiaire n'est pas le salarié et, dans les opérations relatives à la couverture d'un risque Accident, lorsque les Bénéficiaires sont les ayants droit du Participant décédé. En tout état de cause, les actions du Bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente (30) ans à compter du décès du Participant.

Passé ce délai, il y a prescription : toute action dérivant du Contrat d'assurance est éteinte.

Le délai de prescription est interrompu :

- soit par l'envoi d'une lettre recommandée, adressée par l'Institution au dernier lieu de domiciliation connu du Souscripteur ou du Participant en ce qui concerne le paiement de la cotisation, ou d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée, par le Souscripteur ou le Participant à l'Institution en ce qui concerne le règlement d'une indemnité,
- soit par la désignation de l'expert à la suite d'un sinistre,

- soit par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- o la reconnaissance par l'Institution du droit des Bénéficiaires à bénéficier de la Garantie contestée,
- o une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution (exemple : saisie conservatoire),
- o un acte d'exécution forcée (exemples : commandement de payer, saisie),
- o l'exercice d'une action en justice y compris en référé, devant une juridiction incompétente ou en cas d'annulation de l'acte de saisine pour vice de procédure.

L'interruption dure alors jusqu'au terme de cette procédure, sauf carence des parties pendant deux (2) ans, désistement ou rejet définitif de la demande de celui qui agissait en justice.

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

10.6 – Dispositif de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme

Les opérations de l'Institution sont réalisées conformément à la réglementation en vigueur et selon des procédures internes décrites.

L'Institution se réserve le droit de demander tout justificatif sur l'origine des versements conformément aux articles L.561-1 et suivant du Code monétaire et financier.

QUE SE PASSE-T-IL SI LES PRESTATIONS DONT J'AI BÉNÉFICIÉ ONT ÉTÉ RENDUES NÉCESSAIRES PAR LE FAIT D'UN TIERS ?

11 – Subrogation

L'Institution est subrogée dans les droits et actions de votre part contre les tiers responsables à concurrence de toute Prestation indemnitaire versée en application du Contrat.

Si vous êtes victime d'un dommage causé par un tiers responsable, le Bénéficiaire ou les Ayants-droit doivent en informer l'Institution lors de la demande de Prestation.

LISTE DES ENTREPRISES BÉNÉFICIAIRE DES DISPOSITIONS DU CONTRAT

Le Souscripteur agit en son nom, tant pour son compte que pour celui des entreprises mentionnées ci-dessous.

Géré sous le n°	Raison sociale
JD/00001 AN / PREV	JCDECAUX SA
JD/00002 AN / PREV	JCDECAUX FRANCE
JD/00003 AN / PREV	JCDECAUX HOLDING
JD/00004 AN / PREV	MEDIA AEROPORTS DE PARIS
JD/00005 AN / PREV	SOPACT
JD/00012 AN / PREV	SOCIETE INFORMATION COMMUNICATION MOBILITE
JD/00013 AN / PREV	JCDECAUX HOLDING IMMOBILIER
JD/00014 AN / PREV	JCDECAUX HOLDING CORPORATE
JD/00015 AN / PREV	SEMMU

ANNEXE – TABLEAU DES GARANTIES

GARANTIE DÉCÈS – PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (P.T.I.A.) TOUTES CAUSES

Versement d'un capital égal à :

	<u>SALAIRE DE REFERENCE (TRANCHES A ET B)</u>
■ Célibataire, veuf, divorcé, séparé de corps judiciairement sans Personne à charge	100 %
■ Marié, Pacsé sans Personne à charge	160 %
■ Participant avec une Personne à charge	200 %
■ Majoration par Personne à charge supplémentaire (à compter de la 2 ^{ème} Personne à charge)	50 %

GARANTIE DOUBLE EFFET

Versement d'un capital égal à **100 % de celui défini à la Garantie décès toutes causes.**

GARANTIE FRAIS D'OBSÈQUES

Prise en charge des frais d'obsèques dans la **limite de :**

	<u>PLAFOND MENSUEL DE LA SECURITE SOCIALE</u>
■ Conjoint :	200 %
■ Enfant à charge :	200 %

En tout état de cause la prise en charge de l'Institution est limitée aux frais réellement engagés.

GARANTIE RENTE ÉDUCATION

Versement, à chaque Enfant à charge, d'une rente temporaire d'éducation annuelle égale à :

	<u>SALAIRE DE REFERENCE (TRANCHES A ET B)</u>
■ Jusqu'à son 18 ^{ème} anniversaire	15 %
■ de son 18 ^{ème} anniversaire, tant qu'il a la qualité d'Enfant à charge au sens du Contrat et jusqu'à son 26 ^{ème} anniversaire au plus tard (sous conditions)	20 %

Le montant de la rente est doublé si l'Enfant à charge est ou devient orphelin de père et de mère.

GARANTIE EN CAS D'ARRÊT DE TRAVAIL

⇒ INCAPACITE TEMPORAIRE

Versement d'une indemnité journalière, y compris celle servie par le Régime Obligatoire, égale à :

<u>SALAIRE DE REFERENCE NET</u> (TRANCHES A ET B)
100 %

DELAI DE FRANCHISE

L'indemnité journalière est versée après une période d'arrêt de travail continue de **30 jours**.

⇒ INVALIDITE – INCAPACITE PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE

Versement d'une rente, y compris celle servie par le Régime Obligatoire, égale à :

■ INVALIDITE TOTALE OU PARTIELLE

	<u>SALAIRE DE REFERENCE NET</u> (TRANCHES A ET B)
■ 3EME CATEGORIE	100 %
■ 2EME CATEGORIE	100 %
■ 1ERE CATEGORIE	100 %

■ INCAPACITE PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE

	<u>SALAIRE DE REFERENCE NET</u> (TRANCHES A ET B)
■ TAUX D'INCAPACITE PERMANENTE > OU = 66%	100 %
■ TAUX D'INCAPACITE PERMANENTE > OU = 33% ET < 66%	(N/66) x 100 %
■ TAUX D'INCAPACITE PERMANENTE < 33%	Aucune Prestation

« N » étant le taux d'Incapacité permanente retenue par le Régime Obligatoire.

IL EST RAPPELE QUE LES PRESTATIONS EN CAS D'ARRET DE TRAVAIL SONT VERSEES DANS LES LIMITES PREVUES A L'ARTICLE 7.4 DE LA NOTICE D'INFORMATION.

Contrat (hors Garanties rente éducation et rente de Conjoint) assuré et géré par :

apgis

APGIS

Institution de Prévoyance agréée par le Ministère chargé de la Sécurité sociale sous le N° 930, régie par les articles L.931-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale. SIREN n°304-217-904.

Siège social : 12, rue Massue - 94684 Vincennes cedex.

Par internet : www.apgis.com

Garanties rente éducation et rente de Conjoint assurées par :

OCIRP
protéger. agir. soutenir

OCIRP

(Organisme Commun des Institutions de Rente et de Prévoyance)

Union d'institutions de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale.

Siège social : 17, rue de Marignan - 75008 Paris

Téléphone : 01 44 56 22 56 - Fax : 01 49 24 06 27 - N° Siret : 788 334 720 00067 - Code APE : 8430 B

JE *TL* *MA* *FR* *TR*

IMPORTANT**Document à signer et à remettre à votre employeur****PARTIE A RENSEIGNER PAR LE PARTICIPANT :**

Je soussigné(e)

reconnais avoir reçu la Notice d'information décrivant les Garanties décès — Perte totale et irréversible d'autonomie et arrêt de travail souscrites par mon entreprise auprès de l'APGIS et de l'OCIRP dans le cadre du contrat collectif prévoyance à adhésion obligatoire.

Je reconnais également avoir pris connaissance des conditions de couvertures qui me sont applicables.

A le

Signature :

