

CONVENTION D'ASSURANCE COLLECTIVE PREVOYANCE Base

Personnel Non cadre et Non assimilé cadre
des entreprises relevant de la Convention Collective Nationale
étendue de la Pharmacie d'Officine
(IDCC 1996)

Version en vigueur : 1^{er} juin 2022
référéncée PHIP

Sommaire

2

Définitions préalables	4
Préambule	5
DISPOSITIONS GÉNÉRALES	6
Titre 1 - Généralités	6
Article 1 - Cadre juridique	6
Article 2 - Objet de la convention	6
Article 3 - Risques garantis	6
Article 4 - Contrôle de l'Institution	7
Article 5 - Réclamation et médiation	7
Article 6 - Communication par voie électronique	7
Article 7 - Protection des données personnelles	8
Article 8 - Lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme	8
Article 9 - Lutte contre la fraude à l'assurance	8
Titre 2 - Adhésion de l'entreprise	9
Article 10 - Champ d'application	9
Article 11 - Date d'effet - Durée - Renouvellement	9
Article 12 - Obligation de l'Adhérente	9
Article 13 - Documents à fournir par l'Institution	10
Article 14 - Résiliation de l'adhésion	10
Article 15 - Révision de la Convention d'Assurance Collective	10
Titre 3 - Affiliation des Participants	12
Article 16 - Conditions - Modalités d'affiliation des Participants	12
Article 17 - Conditions des reprises des-encours à la date d'effet de l'adhésion	12
Article 18 - Date d'affiliation et date d'effet des garanties	13
Article 19 - Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail	13
Titre 4 - Maintiens des garanties au bénéfice du Participant	14
Article 20 - En cas d'arrêt de travail	14
Article 21 - Maintien au titre de la portabilité prévue à l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale	14
Article 22 - Maintien des garanties en cas de résiliation du contrat d'assurance	16
Titre 5 - Cotisations	17
Article 23 - Assiette et taux de cotisations	17
Article 24 - Paiement des cotisations	17
Article 25 - Défaut de paiement des cotisations	17
Titre 6 - Prestations	18
Article 26 - Traitement annuel de base des prestations prévoyance	18
Article 27 - Revalorisation	18
Article 29 - Paiement des prestations	18
Article 30 - Plafonnement des prestations	19
Article 31 - Contrôle médical	19
Article 32 - Risques exclus	20

Article 33 - Déchéance	20
Article 34 - Prescription.....	21
Titre 7 - Risques Décès et Perte totale et irréversible d'autonomie	22
Article 35 - Définition de la situation familiale	22
Article 36 - Garantie Décès.....	22
Article 37 - Perte totale et irréversible d'autonomie.....	23
Article 38 - Décès accidentel	24
Article 39 - Frais d'obsèques	24
Article 40 - Double effet	24
Article 41 - Rente éducation	24
Titre 8 - Risque arrêt de travail	25
Article 42 - Garantie Incapacité de travail.....	25
Article 43 - Garantie Invalidité	26
Article 44 - Garanties Maternité, Paternité, Adoption et Deuil d'un enfant.....	27
Titre 9 - Documents nécessaires au règlement des prestations	28
DISPOSITIONS SPECIFIQUES	30
Titre 1 - Taux de cotisations	30
Titre 2 - Tableau des garanties.....	31

Définitions préalables

Bénéficiaire

Personne physique ou morale percevant la prestation prévue par la garantie du contrat lors de la réalisation du risque.

Cotisations

Contribution des salariés et/ou de l'employeur versée à l'Institution en contrepartie de son engagement.

Délai de franchise

Période débutant à la date d'hospitalisation ou de l'arrêt de travail prescrit par un médecin, au cours de laquelle la garantie ne s'applique pas.

Entreprise ou Entreprise Adhérente

Personne morale qui souscrit le contrat pour le compte de son personnel défini au Certificat d'adhésion, s'engage à verser les cotisations et dont le représentant habilité signe l'adhésion.

Garantie

Engagement de l'Institution, en contrepartie du versement d'une cotisation convenue d'avance, à verser une prestation à l'occasion d'un sinistre au cours d'une période déterminée.

Maladie

Toute altération de santé constatée par une autorité médicale et ouvrant droit aux prestations d'un régime obligatoire français de Sécurité sociale.

Participant

Membre du personnel de l'Entreprise Adhérente relevant de la catégorie de personnel assurée.

Prestation

Exécution de la garantie par l'Institution.

Rémunération brute

Sommes et avantages perçus par le Participant assujettis à charges sociales dans les conditions prévues à l'article L.242-1 du Code de la Sécurité sociale.

Rémunération nette

Rémunération brute déduction faite de toutes les charges sociales et autres contributions salariales légalement ou conventionnellement obligatoires.

Risque

Événement aléatoire dont la réalisation est indépendante de la volonté du Participant ou du bénéficiaire.

Sinistre

Réalisation du risque mettant en jeu au moins une des garanties du contrat.

Tranches soumises à cotisations sociales

Ces tranches sont déterminées comme suit :

- Tranche A : Fraction de la rémunération limitée au montant du PASS.
- Tranche B : Fraction de la rémunération comprise entre 1 et 4 fois le montant du PASS.

Préambule

KLESIA Prévoyance assure des garanties Prévoyance réservées au personnel non-cadre des entreprises relevant de la Convention Collective Nationale de la pharmacie d'officine et conformes aux dispositions de l'annexe IV.1 de la convention collective susvisée, créée par l'accord du 28 mars 1969 et modifiée par l'accord du 18 décembre 2000 et son dernier avenant signé par les partenaires sociaux en date du 7 juin 2022 y compris en ce qui concerne le haut degré de solidarité.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Titre 1 - Généralités

Article 1 - Cadre juridique

La présente convention est exclusivement soumise à la loi française. C'est un contrat collectif tel que défini par l'article L. 932-1 du Code de la Sécurité sociale.

La présente convention d'assurance collective est assurée par KLESIA Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le Titre III du Livre IX du Code de la Sécurité sociale, dont le siège social est fixé au 4 rue Georges Picquart 75017 Paris, ci-après dénommée « l'Institution »,

Elle est constituée pour chaque Entreprise Adhérente par :

- les présentes Dispositions Générales et Dispositions Spécifiques, valant Conditions Générales,
- un bulletin d'adhésion,
- le certificat d'adhésion.

L'entreprise ci-après dénommée « L'Adhérente ou l'Entreprise Adhérente » devient membre adhérent de l'Institution à compter de la date d'effet figurant au certificat d'adhésion. Ses salariés acquièrent à compter de leur affiliation la qualité de membres Participants et sont ci-après dénommés « les Participants ».

Article 2 - Objet de la convention

La convention a pour objet de mettre en œuvre un contrat d'assurance de prévoyance collectif à adhésion obligatoire pour le personnel non-cadre et non assimilé cadre des entreprises entrant dans le champ d'application de la Convention collective nationale étendue de la Pharmacie d'Officine du 3 décembre 1997.

La présente convention définit les engagements réciproques de l'Entreprise et de l'Institution, en particulier le paiement des cotisations et les conditions de prise en charge des garanties par l'Institution.

A compter du 1^{er} juin 2022, la présente convention se substitue dans son intégralité à la convention d'assurance collective (référéncée PHIP) du 1^{er} janvier 2021 qu'elle remplace dans toutes ses dispositions.

Article 3 - Risques garantis

L'Institution couvre des risques auxquels sont associées des garanties décrites dans les présentes Dispositions Générales, et dont le niveau de prestations est précisé aux Dispositions Spécifiques.

- Le risque Décès :
 - Décès.
 - Perte totale et irréversible d'autonomie.
 - Décès accidentel
 - Frais d'obsèques
 - Double effet
 - Rente éducation
- Le risque Incapacité de travail.
- Le risque Invalidité.
- Le risque Maternité/Paternité /Adoption/Deuil d'un enfant.

Article 4 - Contrôle de l'Institution

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

Article 5 - Réclamation et médiation

Pour toute réclamation relative au fonctionnement de la présente convention, l'Adhérente, le Participant ou ses éventuels ayants droit doit s'adresser en priorité à l'Institution.

Pour l'adhésion ou le paiement des cotisations :

Par courrier :

KLESIA Prévoyance
TSA 90200
69307 Lyon Cedex 07

Par téléphone : 01 71 39 16 00 du lundi au vendredi de 9h à 18h

Par courriel via le site – www.klesia.fr

Pour les garanties ou le paiement des prestations :

Par courrier :

KLESIA Prévoyance
TSA 20202
69307 Lyon Cedex 07

Par téléphone : 01 71 39 16 00 du lundi au vendredi de 9h à 18h

Par courriel via le site - www.klesia.fr

Si un désaccord persistait après épuisement des voies internes de réclamation, et sans préjudice du droit d'agir en justice, l'Adhérente, le Participant ou l'ayant droit peut, afin de trouver une issue amiable au différend l'opposant à l'Institution, saisir par courrier le Médiateur de la Protection sociale, dans le délai d'un an à compter de la réclamation, à l'adresse suivante :

Par courrier :

Médiateur de la Protection sociale (CTIP)
10, rue Cambacères
75008 Paris

Par internet : <https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/>

Le Médiateur peut également être saisi à défaut de réponse de l'Institution dans le délai de deux mois à une réclamation écrite. Pour être recevable, la saisine doit être accompagnée du justificatif de la réclamation auprès de l'Institution

Article 6 - Communication par voie électronique

Conformément aux dispositions des articles 1366 et 1367 du Code civil, les courriels et les documents électroniques échangés entre l'Entreprise/les Participants et l'Institution sont considérés comme étant équivalents à des documents écrits.

L'ensemble des parties reconnaît la valeur probante des courriels et des documents électroniques.

Cette disposition ne fait pas obstacle à la fourniture par l'assuré des documents originaux éventuellement nécessaires à l'Institution pour le paiement des prestations, ainsi qu'au respect des dispositions des articles L.932-12-2 et R.932-1-6 du Code de la Sécurité sociale relatives aux modalités de résiliation du contrat.

Article 7 - Protection des données personnelles

Dans le cadre de la relation contractuelle qui lie l'Adhérente à l'Institution, KLESIA Prévoyance, entité du Groupe KLESIA, située 4 rue Georges Picquart 75017 Paris est amenée à traiter des données personnelles des assurés et des bénéficiaires du contrat, en tant que responsable de traitement.

À ce titre, KLESIA Prévoyance s'engage à respecter la réglementation en vigueur applicable en matière de protection des données personnelles et notamment à traiter les données personnelles pour les seules finalités qui font l'objet du contrat à savoir :

- la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance,
- la gestion de la relation commerciale,
- la mise en place d'actions de prévention,
- la prospection commerciale,
- la lutte contre la fraude et les impayés,
- la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme,
- la recherche des contrats décès non réglés,
- le respect de dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur.

Les données personnelles des assurés et des bénéficiaires ne sont transmises à aucun autre destinataire que ceux mentionnés dans la notice d'information.

KLESIA Prévoyance traite les données personnelles des assurés et des bénéficiaires en France ou en Europe. Néanmoins, si un transfert de données, vers des pays non reconnus par la Commission Européenne comme ayant un niveau de protection adéquat devait être envisagé, ils en seraient informés spécifiquement en précisant les garanties mises en place permettant la protection de leurs données personnelles.

Sauf précision apportée dans la notice d'information, les données personnelles des assurés et des bénéficiaires sont conservées le temps de la relation commerciale ou contractuelle et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légales ou nécessaires au respect d'une obligation réglementaire.

Les assurés et bénéficiaires disposent de droits (droit d'accès, de rectification, d'effacement dans certains cas, d'opposition, de limitation du traitement, à la portabilité) qu'ils peuvent exercer auprès du Délégué à la Protection des Données (DPO) de KLESIA Prévoyance :

Par courrier électronique : info.cnil@klesia.fr

Par courrier postal à l'adresse KLESIA- SERVICE INFO CNIL- CS 30027- 93108 Montreuil Cedex.

Les assurés et les bénéficiaires disposent également d'une possibilité de formuler une réclamation près de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris Cedex 07 ou <http://cnil.fr>

Des informations plus détaillées sur le traitement des données sont fournies par KLESIA Prévoyance aux assurés et aux bénéficiaires dans la notice d'information.

Article 8 - Lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme

Dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux, pour tous les versements effectués, l'Adhérente atteste que ces versements ne proviennent pas d'opérations constitutives d'une infraction à la loi. L'Institution se réserve le droit de demander tout justificatif sur l'origine des versements conformément aux articles L.561-1 et suivants du Code monétaire et financier.

Article 9 - Lutte contre la fraude à l'assurance

L'Institution peut utiliser les données personnelles du Participant à des fins de lutte contre la fraude à l'assurance. Ce traitement peut entraîner une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

Titre 2 - Adhésion de l'entreprise

Article 10 - Champ d'application

Les entreprises entrant dans le champ d'application de la Convention collective nationale étendue de la Pharmacie d'Officine du 03 décembre 1997 (IDCC N°1996), située sur le territoire national tant métropolitain que dans les Départements d'Outre-Mer (DOM) peuvent adhérer à la présente convention.

Article 11 - Date d'effet - Durée - Renouvellement

L'adhésion prend effet à la date indiquée au certificat d'adhésion et se termine au 31 Décembre de l'année en cours. Elle se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction le 1^{er} Janvier de chaque année.

Article 12 - Obligation de l'Adhérente

A. Obligation d'affiliation

Dans le cadre d'un contrat collectif de prévoyance à adhésion obligatoire, l'Adhérente doit affilier l'ensemble des salariés appartenant à la catégorie bénéficiaire désignée au certificat d'adhésion. L'Adhérente s'engage également à y affilier obligatoirement tous les salariés appartenant à la catégorie bénéficiaire qu'elle embauchera postérieurement à la date d'effet du contrat ainsi que tous ceux qui viendront à être promus dans la catégorie de personnel bénéficiaire postérieurement à cette date.

B. Informations à fournir à l'Institution

Lors de l'adhésion

L'Entreprise Adhérente doit adresser à l'Institution :

- un bulletin d'adhésion dûment signé par un représentant habilité ;
- la liste de l'ensemble du personnel bénéficiaire du contrat (nom et prénom, date de naissance, adresse, salaire annuel, situation familiale) ;
- la liste du personnel en incapacité ou invalidité, indemnisé ou non au titre de l'assurance maladie obligatoire, ainsi que les salariés en mi-temps thérapeutique afin que l'Institution évalue les conséquences de la prise en charge des états pathologiques antérieurs à l'adhésion ;
- la liste des anciens salariés bénéficiant du maintien des garanties au titre de la portabilité des droits prévue par l'article L 911-8 du Code de la Sécurité sociale, ainsi que la date du terme de ce maintien pour chacun des anciens salariés.

En cours de contrat

L'Adhérente doit utiliser la Déclaration Sociale Nominative (DSN) pour transmettre mensuellement à l'Institution toutes les informations relatives à l'effectif de la catégorie de salariés assurée, aux mouvements de personnel (embauche, suspension et fin de contrat de travail ...) ainsi que le salaire brut de chaque assuré affilié au contrat, ventilé par tranches soumises à cotisations sociales.

L'Adhérente doit informer l'Institution de toute modification d'adresse, de raison sociale ou de modification de sa situation juridique (fusion, cession, scission...), au plus tard à chaque échéance de cotisations.

C. Documents à fournir aux Participants

En vertu de l'article L.932-6 du Code de la Sécurité sociale, l'Adhérente a un devoir d'information à l'égard des Participants sur le contrat souscrit.

Conformément à ces dispositions, l'Adhérente s'engage à remettre à chaque Participant une copie de la notice d'information qui lui a été transmise par l'Institution.

Il doit également porter à la connaissance de chacun d'eux, par écrit, les modifications des garanties souscrites.

La preuve de la remise de cette notice incombe à l'Adhérente.

Article 13 - Documents à fournir par l'Institution

L'Institution transmet à l'Adhérente :

- le certificat d'adhésion précisant la date d'effet de l'adhésion de l'entreprise, la catégorie de personnel garantie, les taux de cotisation et les garanties couvertes ;
- les présentes Conditions générales ;
- la notice d'information destinée au personnel récapitulant les garanties de prévoyance, à charge pour l'Entreprise Adhérente de la remettre aux Participants comme stipulé à l'article précédent.

Article 14 - Résiliation de l'adhésion

L'adhésion au contrat peut être résiliée par l'Adhérente ou l'Institution.

Résiliation par l'Institution

L'adhésion au contrat prévoyance peut être résiliée par l'Institution, par lettre recommandée avec avis de réception.

Cette résiliation peut intervenir :

- **à l'échéance du contrat**, au moins deux mois avant l'échéance, le cachet de la poste faisant foi ;
- **en cas de non-paiement des cotisations**, conformément à l'article L.932-9 du Code de la Sécurité sociale ;
- **en cas de refus par l'Adhérente de la modification du contrat par l'Institution** (révision des cotisations ou réduction des garanties), dans les conditions énoncées à l'article 15 ;
- **en cas de cessation d'activité**, de plein droit à la date de cessation de l'activité.

Résiliation par l'Adhérente

L'adhésion au contrat peut être résiliée par l'Adhérente par l'un des moyens suivants :

- lettre ou tout autre support durable ;
- déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'organisme assureur ;
- acte extrajudiciaire ;
- communication à distance lorsque l'organisme le propose pour la souscription.

Cette résiliation peut intervenir :

- **à l'échéance du contrat**, au moins 2 mois avant l'échéance ;
- **en cas de refus de la modification du contrat par l'Institution** (révision des cotisations ou modification des garanties), dans les conditions énoncées à l'article 15.

Article 15 - Révision de la Convention d'Assurance Collective

A. Modifications du contrat souscrit par l'Entreprise

La présente convention a vocation à être conforme aux dispositions conventionnelles dont relève l'employeur. Dans le cas où l'Accord de Branche serait modifié, la présente convention sera aménagée en conséquence, à la date d'effet précisée par l'avenant adressé par l'Institution à l'Adhérente.

Le niveau des garanties ainsi que les taux de cotisations ont été définis en fonction de la législation et de la réglementation en vigueur à la date de leur prise d'effet. L'engagement de l'Institution est acquis pour autant que ce cadre perdure.

En cas d'instauration ou de modification par les pouvoirs publics de taxes, contributions ou charges de toute nature et/ou en cas de modification de la législation ou de la réglementation, l'Institution est fondée à apporter les aménagements nécessaires, selon le cas, au niveau des cotisations et/ou des garanties.

De même, en raison des résultats du contrat, l'Institution pourra effectuer les aménagements nécessaires à apporter au niveau des cotisations et/ou des garanties.

B. Avenant au contrat

Les modifications apportées à la présente convention font l'objet d'un avenant adressé à l'Adhérente.

L'Adhérente dispose d'un délai de trente jours, à compter de l'envoi de l'avenant portant modification, pour signifier expressément à l'Institution son éventuel refus. Le refus entraîne la résiliation du contrat au dernier jour du trimestre civil au cours duquel le délai susvisé expire.

Passé ce délai de trente jours, l'Adhérente est réputée avoir accepté les termes de l'avenant.

C. Incidences des modifications des garanties pour les Participants en arrêt de travail

En cas de modification des conditions de prestations des garanties Décès, les dispositions suivantes s'appliquent aux Participants en incapacité temporaire de travail ou en invalidité à la date de la modification :

- s'ils figurent toujours aux effectifs de l'entreprise ou sont affiliés au contrat au titre de la portabilité, alors ils sont couverts selon les nouvelles conditions,
- à défaut, ils restent couverts selon les modalités en vigueur à la date de radiation des effectifs ou à la date d'expiration de la période de maintien des garanties susvisées.

Titre 3 - Affiliation des Participants

Article 16 - Conditions - Modalités d'affiliation des Participants

A. Conditions d'affiliation

Seuls les salariés relevant du régime général obligatoire, de la Mutualité sociale agricole ou du régime local Alsace-Moselle peuvent bénéficier de la présente convention.

Pour être affiliés, les salariés doivent appartenir à la catégorie du personnel définie au certificat d'adhésion.

B. Modalités d'affiliation

L'ensemble du personnel relevant de la catégorie des salariés assurée doit être affilié à titre obligatoire.

L'Adhérente communique à l'Institution, sur tout support de son choix, la liste de tous les salariés concernés par le contrat.

L'Adhérente est responsable de l'affiliation au contrat de tous les salariés relevant de la catégorie assurée. Elle doit ainsi s'assurer que l'Institution a bien eu connaissance de tous les salariés ayant vocation à profiter des garanties du contrat qu'elle a souscrit.

Article 17 - Conditions des reprises des-encours à la date d'effet de l'adhésion

A. Conditions de reprise des risques en cours à la date d'effet du contrat

En présence d'un contrat de prévoyance souscrit antérieurement.

La présente convention peut prendre en charge, pour les salariés et anciens salariés en arrêt de travail ainsi que les ayants droit bénéficiaire de rentes, déclarées par l'entreprise lors de la souscription :

- la revalorisation des prestations périodiques en cours de service (indemnités journalières, rentes d'invalidité, rente éducation) et la revalorisation de la base de calcul des garanties décès, que le contrat de travail soit rompu ou non ;
- l'éventuel différentiel de prestations en cas d'indemnisation inférieure par le précédent organisme assureur, des salariés dont le contrat de travail n'est pas rompu.

En l'absence d'un contrat de prévoyance souscrit antérieurement.

Les salariés en arrêt de travail, déclarés par l'entreprise lors de la souscription, peuvent être couverts à compter de la date d'effet du contrat pour l'ensemble des garanties de la présente convention.

Ils peuvent bénéficier des prestations incapacité de travail, invalidité, dès cette date.

Au titre de l'incapacité de travail, pour la détermination de la franchise, l'arrêt de travail est réputé être survenu à la date d'effet du contrat.

B. Financement des risques en cours

Les conditions de financement des risques en cours sont déterminées en fonction de la déclaration des risques en cours. Lorsque ces éléments ne sont pas exhaustifs à la date de souscription, l'Institution peut, au fur et à mesure de la réception des informations, affiner l'évaluation initiale de la charge correspondante et réviser le cas échéant les conditions tarifaires de reprise initiale.

La prise en charge des risques en cours s'effectue sous réserve du paiement par l'Adhérente d'une prime unique ou d'une sur-cotisation, calculée par l'Institution en fonction de la déclaration des risques en cours.

Article 18 - Date d'affiliation et date d'effet des garanties

Sous réserve du respect des conditions et modalités ci-dessus, la qualité de Participant est acquise :

- à la date d'effet de l'adhésion, lorsque les salariés sont présents dans l'effectif de l'entreprise à cette date et font partie de la catégorie assurée ;
- à la date d'embauche ou de changement de catégorie professionnelle lorsque celle-ci est postérieure à la date d'effet de l'adhésion.

Les salariés bénéficient des garanties prévues à la présente convention à compter de la date d'affiliation.

Article 19 - Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail

A. Suspension du contrat de travail rémunérée ou indemnisée

En cas de suspension du contrat de travail donnant lieu à indemnisation de l'employeur (notamment congés payés, arrêts de travail pour maladie ou accident, arrêts de travail pour maternité, paternité ou adoption, activité partielle...), les salariés bénéficient du maintien de l'ensemble des garanties de la présente convention. Par indemnisation de l'employeur, il convient d'entendre les situations dans lesquelles le salarié bénéficie d'un maintien total ou partiel de salaire par son employeur ou bien de tout revenu de remplacement (indemnité d'activité partielle, indemnités journalières complémentaires, rente d'invalidité...) financé au moins pour partie par l'employeur ou versé directement par ce dernier ou pour son compte par un tiers.

Sous réserve des dispositions relatives à l'exonération des cotisations prévues à l'article 20, ce maintien des garanties donne lieu à paiement des cotisations.

B. Suspension du contrat de travail non rémunérée ou non indemnisée

Les garanties sont suspendues de plein droit lors de la suspension du contrat de travail du Participant, sans maintien de la rémunération (congé sabbatique, congé pour création d'entreprise, congé parental d'éducation, congé de proche aidant, congé sans solde...).

Toutefois, en cas de congé sans solde, pris en une ou plusieurs fois, d'une durée d'au plus 30 jours ouvrables par année civile, le salarié peut bénéficier du maintien de l'ensemble des garanties de la présente convention.

Les Participants dont le contrat de travail est suspendu suite à un congé parental d'éducation ou un congé sabbatique, peuvent souscrire à titre onéreux un maintien des garanties « Décès » tel que prévu à l'Annexe IV-1 de la Convention collective nationale étendue de la Pharmacie d'Officine, pendant toute la durée du congé.

C. Conditions de cessation des garanties

Sous réserve des cas de maintien des garanties prévus au Titre suivant, l'affiliation du Participant cesse de plein droit dans les cas suivants :

- résiliation de l'adhésion à la présente convention, par l'une des parties dans les conditions prévues aux présentes Conditions générales ;
- rupture du contrat de travail du Participant ;
- en cas de cessation d'activité ou disparition de l'Adhérente ;
- passage du salarié dans une catégorie de salariés non visée au certificat d'adhésion ;
- liquidation de la pension de retraite du Participant, sauf situation de cumul emploi retraite dans l'entreprise ;
- décès du Participant ;
- changement d'activité plaçant l'Adhérente en dehors du champ d'application de la Convention Collective Nationale étendue de la Pharmacie d'Officine (IDCC N°1996).

Dans l'hypothèse où l'Institution est informée postérieurement à la sortie du champ d'application, celle-ci pourra :

- soit maintenir ou adapter les conditions contractuelles (cotisations, prestations et révisions) dans le cadre d'un nouveau contrat se substituant à la présente convention,
- soit procéder à la résiliation de l'adhésion par lettre recommandée avec accusé de réception, celle-ci prenant effet au plus tôt au premier jour du mois civil suivant un préavis de deux mois apprécié à compter de l'envoi de la lettre précitée.

Titre 4 - Maintiens des garanties au bénéfice du Participant

Article 20 - En cas d'arrêt de travail

Le Participant en arrêt de travail continue à bénéficier de l'ensemble des garanties tant que son entreprise est adhérente à la présente convention.

L'Entreprise Adhérente est exonérée du paiement des cotisations afférentes à ce Participant. L'exonération du paiement des cotisations est acquise dès que le Participant se trouve dans les conditions requises pour le service des prestations Incapacité de travail ou d'Invalidité ou de Maternité/Paternité/Adoption/Deuil d'un enfant telles qu'indiquées aux articles 42, 43 et 44.

Cette disposition s'applique tant que le Participant, lié à l'Entreprise Adhérente par un contrat de travail, est en arrêt de travail ou est titulaire d'une pension d'invalidité ou d'une rente « accident du travail » ou « maladie professionnelle » avec un taux d'invalidité d'au moins 20 %.

Le maintien des garanties et l'exonération cessent :

- lorsque le Participant ne perçoit plus de la Sécurité sociale de prestations « en espèces » au titre de l'Incapacité de travail ou de l'Invalidité ou de la Maternité/Paternité/Adoption/Deuil d'un enfant ayant entraîné le maintien de garantie,
- à la date de liquidation de la retraite du régime général de la Sécurité sociale ou à la date de transformation de la pension d'invalidité en pension vieillesse par la Sécurité sociale,
- à la reprise totale d'activité,
- en cas de résiliation de l'adhésion à la présente convention, sous réserve des dispositions particulières indiquées à l'article 22.

Article 21 - Maintien au titre de la portabilité prévue à l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale

A. Conditions

En cas de rupture du contrat de travail, les garanties dont bénéficiaient les Participants sont maintenues, à condition que la cessation du contrat de travail ne soit pas consécutive à une faute lourde et que l'ancien salarié soit pris en charge par le régime de l'Assurance Chômage.

Le maintien des garanties est également subordonné à la condition que les droits aient été ouverts chez le dernier employeur.

B. Formalités

Pour bénéficier de la portabilité des droits, l'ancien salarié doit retourner à l'Institution le bulletin de demande de portabilité dûment complété et signé. Il incombe à l'Adhérente d'informer le Participant de ce droit.

C. Date d'effet et durée du maintien des garanties

Le maintien des garanties prend effet à compter de la date de rupture du contrat de travail.

Ce maintien est accordé pendant la période d'indemnisation par l'Assurance Chômage pour une durée équivalente à celle du dernier contrat de travail du salarié ou, le cas échéant, de ses derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur, et en tout état de cause dans la limite de 12 mois. La suspension des allocations du régime d'assurance chômage, pour cause de maladie ou pour tout autre motif, n'a pas d'incidence sur le calcul de la durée du maintien qui ne sera pas prolongée d'autant.

D. Garanties maintenues

Les garanties maintenues sont celles en vigueur dans l'entreprise. Ainsi, toute révision du contrat sera répercutée sur la couverture des bénéficiaires du maintien des droits.

Le maintien des garanties ne peut conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période.

Prestations Décès

Le traitement de base servant à la détermination des prestations assurées en cas de décès est égal à la rémunération brute perçue par le Participant au cours des douze derniers mois civils précédant la rupture du contrat de travail à l'exclusion des sommes liées à la rupture ou à la fin du contrat de travail (indemnités de licenciement, indemnités de fin de contrat, etc.) ; et reconstitué le cas échéant si le salaire a été réduit ou supprimé pendant la période de référence.

Prestations dues en cas d'arrêt de travail

Le traitement de base servant à la détermination des prestations dues en cas d'incapacité totale temporaire de travail, d'invalidité, de congé de maternité, de paternité, d'adoption ou de deuil d'un enfant est égal à la rémunération brute perçue au cours des douze derniers mois civils précédant la rupture du contrat de travail, y compris les éléments variables du salaire (gratifications, mois double...) et à l'exception des sommes liées à la rupture ou à la fin du contrat de travail (indemnités de licenciement, indemnités de fin de contrat, etc.) et reconstitué le cas échéant si le salaire a été réduit ou supprimé pendant la période de référence.

Au titre de la garantie Incapacité temporaire de travail, la franchise et le niveau des prestations allouées à l'ancien salarié précisées aux Dispositions Particulières seront déterminés en considérant les droits de l'assuré comme s'il avait été en activité à la date de l'arrêt.

Le dispositif de portabilité s'applique également aux anciens salariés bénéficiaires d'un contrat de sécurisation professionnelle.

E. Financement

Le maintien des garanties est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations du contrat des salariés en activité, ce qui entraîne l'absence de cotisations au titre des périodes postérieures à la rupture du contrat de travail pour l'employeur et l'ancien salarié.

F. Obligations déclaratives

L'ancien salarié s'engage à fournir à l'Institution :

- à l'ouverture du maintien des garanties, le justificatif initial d'indemnisation par le régime d'Assurance Chômage ;
- trimestriellement, l'attestation de paiement des allocations chômeurs ou le cas échéant, les décomptes d'indemnités journalières de la Sécurité sociale. L'Institution pourra réclamer cette attestation à chaque demande de prise en charge par le Participant.

G. Cessation du maintien des garanties

Le maintien des garanties cesse :

- à l'issue de la période de portabilité,
- au décès de l'ancien salarié,
- en cas de cessation du versement des allocations du régime de l'Assurance Chômage,
- en cas de non transmission des justificatifs de prise en charge par l'Assurance Chômage,
- en cas de résiliation de l'adhésion à la présente convention d'assurance.

Article 22 - Maintien des garanties en cas de résiliation du contrat d'assurance

A. Maintien des prestations en cours après résiliation

En application de l'article 7 de la Loi 89-1009 du 31 décembre 1989 dite « loi Évin », les prestations en cours de service, immédiates ou différées, à la date de résiliation du contrat de prévoyance sont maintenues à leur niveau atteint à cette date.

Aucune revalorisation des prestations en cours de service à la date de résiliation n'est effectuée par l'Institution ultérieurement, sauf en l'absence d'assureur repreneur. Il appartient à l'Entreprise, conformément aux dispositions de la Loi du 8 août 1994, de s'assurer de la poursuite de la revalorisation des prestations en cours de service à la date de résiliation ainsi que de la revalorisation des bases de calcul des différentes prestations relatives à la couverture du risque Décès, ces dernières étant au moins égales à celles déterminées par le contrat de l'organisme assureur qui a fait l'objet d'une résiliation.

B. Maintien des garanties Décès après résiliation

Conformément aux dispositions de l'article 7-1 de la loi 89-1009 introduit par la Loi du 17 juillet 2001, l'ensemble des garanties Décès et annexes est maintenu pour les personnes bénéficiant, à la date de résiliation, de prestations en espèces au titre de l'incapacité de travail ou de l'invalidité, ou de rentes accident du travail ou maladie professionnelle et ce tant qu'elles perçoivent des prestations de la Sécurité sociale, et au plus tard, jusqu'à la date de liquidation de la retraite de base de la Sécurité sociale.

Titre 5 - Cotisations

Article 23 - Assiette et taux de cotisations

Les garanties sont assurées par l'Institution en contrepartie du paiement d'une cotisation assise sur la rémunération annuelle brute, y compris les éléments variables, de chaque Participant, telle qu'elle est retenue pour le calcul de l'assiette des cotisations de la Sécurité sociale.

Cette rémunération est limitée à une ou plusieurs des tranches suivantes :

- **Tranche A** - Fraction de la rémunération dans la limite du plafond annuel de la Sécurité sociale.
- **Tranche B** - Fraction de la rémunération supérieure au montant du plafond annuel de la Sécurité sociale et inférieure ou égale à quatre fois ce même plafond.

Les tranches soumises à cotisation et les taux de cotisation applicables à l'assiette ainsi définie sont indiqués dans les Dispositions Spécifiques au Titre 1.

La cotisation est calculée en fonction de la date d'entrée et de sortie de chaque Participant dans l'Entreprise Adhérente ou la catégorie assurée.

B - Particularités

Salariés à temps partiel et/ou à employeurs multiples

Pour chaque Participant exerçant une activité salariée à temps partiel ou auprès de plusieurs employeurs, la cotisation assise sur la rémunération annuelle brute telle que définie ci-dessus, est due sur le salaire perçu par le Participant.

Contrat de travail suspendu indemnisé par l'employeur

En cas de suspension du contrat de travail donnant lieu à indemnisation de l'employeur dans les conditions énoncées à l'article 19 A, l'assiette à retenir pour le calcul des cotisations est constituée de l'indemnisation dont bénéficie le salarié dans le cadre de la suspension du contrat de travail (maintien total ou partiel du salaire par l'employeur, indemnisation légale ou conventionnelle complétée, le cas échéant, d'une indemnisation complémentaire versée par l'employeur).

Article 24 - Paiement des cotisations

L'Adhérente est seule responsable du paiement des cotisations vis-à-vis de l'Institution. De ce fait, elle procède à leur calcul et au versement à l'Institution.

Les cotisations sont calculées et transmises mensuellement via la DSN et réglées au plus tard trimestriellement à terme échu.

L'Institution procède à l'ajustement des cotisations dues sur la base des informations contenues dans la DSN communiquée par l'Adhérente. Cet ajustement donne lieu, soit à un remboursement de trop perçu par l'Institution, soit à un paiement complémentaire par l'Adhérente.

Article 25 - Défaut de paiement des cotisations

En cas de non-paiement de l'intégralité des cotisations dans les 10 jours suivant l'échéance, l'Adhérente est mise en demeure d'effectuer le règlement par l'Institution, par lettre recommandée avec avis de réception.

Les garanties seront suspendues 30 jours après la date de mise en demeure si le paiement n'a pas été effectué.

Le contrat peut être résilié 40 jours après la date de mise en demeure restée infructueuse.

En tout état de cause, l'Institution poursuivra le recouvrement des cotisations dues et éventuelles majorations de retard. Les frais engagés à cet effet seront entièrement à la charge de l'Adhérente.

Titre 6 - Prestations

Article 26 - Traitement annuel de base des prestations prévoyance

A - Définition

1 - Traitement de base servant à la détermination des prestations « Décès »

Le traitement de base servant à la détermination des prestations assurées en cas de décès est égal à la rémunération brute perçue par le Participant au cours des 12 derniers mois civils précédant le décès, y compris les éléments variables du salaire (gratifications, mois double...), reconstitué le cas échéant si le salaire a été réduit ou supprimé pendant la période de référence.

Lorsqu'un Participant a moins de 12 mois de présence dans l'Entreprise adhérente, le traitement de base est reconstitué sur une base annuelle à partir des salaires ayant donné effectivement lieu à cotisations.

2 - Traitement de base servant à la détermination des prestations dues en cas d'arrêt de travail

Le traitement de base servant à la détermination des prestations dues en cas d'arrêt de travail (incapacité totale temporaire de travail, invalidité, congé de maternité, de paternité, d'adoption ou de deuil d'un enfant) est égal à la rémunération brute perçue au cours des 12 derniers mois civils précédant le 1^{er} jour d'arrêt de travail, y compris les éléments variables du salaire (gratifications, mois double...), reconstitué le cas échéant si le salaire a été réduit ou supprimé pendant la période de référence.

Lorsqu'un Participant a moins de 12 mois de présence dans l'Entreprise adhérente, le traitement de base est reconstitué sur une base annuelle à partir des salaires ayant donné effectivement lieu à cotisations.

Les salaires considérés pour la détermination du traitement annuel de base sont ceux déclarés par l'Adhérente à l'Institution. En conséquence, ne seront notamment pas prises en considération les rectifications de déclarations de salaire ou les déclarations de gratifications, primes ou rappels, faites postérieurement à la survenance du sinistre.

Article 27 - Revalorisation

Les prestations périodiques en cours de service sont revalorisables annuellement, ainsi que le traitement de base servant au calcul des garanties « Décès » maintenues pour les personnes en arrêt de travail.

Le taux de revalorisation est déterminé par décision du Conseil d'Administration de KLESIA Prévoyance.

Pour les Participants en arrêt de travail, les prestations et le traitement de base sont revalorisables dans l'année suivant le premier anniversaire de l'arrêt continu de travail.

La première revalorisation s'applique, au plus tôt, six mois jour pour jour après l'arrêt de travail du Participant.

Revalorisation des prestations non réglées dite revalorisation post-mortem (Loi n° 2014 - 617 du 13 juin 2014 et Décret n° 2015 - 1092 du 28 août 2015)

À compter de la date du décès du Participant jusqu'à la date de réception par l'Institution des pièces nécessaires au paiement de la prestation, la prestation mentionnée au contrat qu'elle soit versée sous forme de capital ou de rente est revalorisée dans les conditions prévues à l'article R.132-3-1 du Code des assurances (Article applicable aux institutions de prévoyance régies par le Code de la Sécurité sociale par renvoi de l'article L.932-23 du Code de la Sécurité sociale).

Article 29 - Paiement des prestations

L'Institution règle les prestations généralement dans les 15 jours ouvrés et dans un délai maximum d'un mois après la réception de l'ensemble des pièces requises pour l'ouverture des droits, délais de poste et bancaire non compris. Le règlement s'effectue par virement bancaire ou par chèque auprès du Participant, de l'Adhérente ou du bénéficiaire.

Depuis le 1^{er} janvier 2019, en application du prélèvement à la source sur les revenus, les prestations de prévoyance complémentaire entrant dans le champ de la retenue à la source sont versées, le cas échéant, minorées du montant dû au titre de l'impôt.

Ce montant est calculé en fonction du taux personnalisé s'il est connu, ou, à défaut, du taux non personnalisé, il est reversé à l'administration fiscale.

Si les prestations sont versées directement au bénéficiaire, la retenue à la source est réalisée par l'assureur. Si les prestations sont versées à l'entreprise, la retenue à la source est effectuée par celle-ci. Dans les deux situations, les prestations sont payées au bénéficiaire net d'impôt.

Article 30 - Plafonnement des prestations

Les prestations incapacité ou invalidité versées par l'Institution en complément de celles de la Sécurité sociale, le cas échéant au titre d'un autre contrat d'assurance, de la fraction de salaire maintenue par l'employeur, ne peuvent procurer au Participant un revenu supérieur à la rémunération nette qu'il aurait perçue s'il avait continué à exercer son activité.

Si le Participant reprend une activité partielle, salariée ou non salariée, le cumul de ses revenus salariés ou non et des prestations perçues ne peuvent excéder la rémunération nette qu'il aurait perçue s'il avait exercé son activité à temps complet.

Le salaire net est le salaire net de cotisations sociales mais avant impôt sur le revenu.

Quand l'arrêt de travail intervient pendant une période de suspension du contrat de travail donnant lieu à indemnisation par l'employeur, le total des sommes perçues par l'assuré ne peut excéder le montant net du revenu de remplacement versé au titre de la suspension du contrat de travail. Si l'arrêt de travail se poursuit au-delà de la période de suspension du contrat de travail, la limitation s'effectue, au terme de ladite suspension, selon les règles fixées à l'alinéa précédent.

Article 31 - Contrôle médical

Lors d'une demande de prestations ou pendant leur service, l'Institution se réserve le droit de faire examiner le Participant par un médecin qu'elle mandate à cet effet afin de pouvoir constater la réalité et la gravité de son état. En conséquence, l'Institution peut procéder, indépendamment de la prise en charge du Participant par la Sécurité sociale obligatoire ou de tout autre organisme, à la suspension voire la suppression des prestations dès l'initiation du contrôle médical.

Le Participant doit fournir toutes les pièces justificatives et se prêter à toute expertise ou examen que le médecin désigné par l'Institution jugera utile de lui demander pour apprécier son état. Il doit être en mesure de présenter le maximum de pièces en lien avec son état de santé (certificats médicaux, ordonnances, radiographies, scanners, originaux des décomptes des prestations en espèces émanant de la Sécurité sociale, attestations de salaire employeur...). À tout moment, les médecins mandatés par l'Institution auront le libre accès au Participant en arrêt de travail ou en invalidité, afin de pouvoir constater son état. Des examens complémentaires pourront être effectués à la demande du médecin mandaté.

Le Participant est tenu de se soumettre à ce contrôle médical. À défaut et après mise en demeure, l'Institution pourra suspendre les droits aux prestations à l'expiration d'un délai de 30 jours. Il en sera de même en cas d'absence du domicile.

Pendant la période de suspension des droits à prestations, aucune prestation n'est due ; le versement des prestations s'effectue ou reprend, s'il y a lieu, au terme définitif du processus du contrôle médical.

La décision de l'Institution relative au refus de règlement du sinistre, à la réduction ou à la cessation des prestations, prise en fonction des conclusions de son médecin désigné, s'impose au Participant sans que celui-ci puisse se prévaloir de la poursuite par la Sécurité sociale de l'indemnisation pour les prestations de base, ou d'avis de prolongation de l'arrêt de travail postérieurs au contrôle ou à l'expertise.

La décision est notifiée au Participant par lettre recommandée avec avis de réception.

La contestation par le Participant des conclusions du médecin désigné par l'Institution doit être adressée sous pli confidentiel par lettre recommandée à l'Institution dans un délai de 30 jours à compter de la notification de la décision de l'Institution. Dans cette hypothèse, le Participant pourra se faire représenter par son médecin traitant dans une entrevue amiable avec le médecin conseil de l'Institution. En cas de désaccord entre son médecin traitant et le médecin conseil, les parties désigneront d'un commun accord, dans un délai d'un mois un troisième médecin pour les départager. À défaut d'entente, la désignation sera faite sur requête de la partie la plus diligente par le Président du Tribunal judiciaire du ressort de l'Institution.

L'avis de ce troisième médecin s'imposera à l'Institution et au Participant sans que celui-ci puisse se prévaloir de la poursuite par la Sécurité sociale de l'indemnisation pour les prestations de base, ou d'avis de prolongation ou de nouvel arrêt postérieurs au contrôle ou à l'expertise.

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

Le contrôle continuera à s'exercer, même après résiliation du contrat tant que l'Institution verse des prestations.

Article 32 - Risques exclus

A - Risques Décès et annexes (y compris Rente éducation)

Le risque Décès est couvert quelle que soit la cause, maladie ou accident, et le lieu où il se produit, sous réserve des dispositions relatives au Risque atomique :

- les garanties ne sont pas accordées pour les sinistres provenant directement ou indirectement de la désintégration du noyau atomique,
- le suicide du Participant survenant au cours de la première année d'affiliation à un contrat d'assurance collective garantissant le risque décès.

En cas de guerre, la couverture ne pourra être accordée que dans les conditions déterminées par la législation française sur les assurances sur la vie en temps de guerre.

La majoration prévue en cas de Décès accidentel n'est pas réglée dans le cas d'exclusions définies ci-dessous pour les risques PTIA, Incapacité de travail, Invalidité, Maternité et Paternité.

B - Risques - Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) – Arrêt de travail

Les garanties ci-dessus prévues à la présente convention ne sont pas couvertes si la réalisation du risque résulte :

- du fait volontaire ou intentionnel du bénéficiaire ou du Participant,
- des risques aériens :
 - vols effectués à bord d'un appareil non muni d'un certificat valable de navigabilité ou piloté par une personne non pourvue d'un brevet de pilote valable pour l'appareil utilisé,
 - pratique du parachutisme ou du parachutisme ascensionnel ou du parapente, pilotage d'un appareil « Ultra Léger Motorisé » (ULM) et de tout appareil non homologué,
- de la pratique de sports qui ne disposent pas d'une fédération sportive et donc ne sont pas reconnus par le Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports,
- de la pratique d'un sport à titre professionnel,
- de la participation à des compétitions, démonstrations, acrobaties ou tentatives de records pratiquées avec des engins à moteur,
- de guerre civile ou étrangère, d'émeute, de rixe, d'acte de terrorisme dans lesquels le Participant a pris une part active, étant précisé que les cas de légitime défense et d'assistance à personne en danger sont garantis, à charge pour le bénéficiaire d'en apporter la preuve,
- du fait du Participant s'il était conducteur sous l'emprise de boissons alcoolisées à un taux d'alcoolémie égal ou supérieur au taux légal précisé par le Code de la route,
- de l'usage de stupéfiants ou substances médicamenteuses en dehors des limites de prescriptions médicales,
- directement ou indirectement de la désintégration du noyau atomique.

En cas de Maternité, de Paternité, d'Adoption ou de Deuil d'un enfant du Participant, les prestations dues sont uniquement celles prévues à l'article 44 suivant le cas.

Article 33 - Déchéance

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

Article 34 - Prescription

Toutes les actions dérivant de la présente convention sont prescrites dans un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

La prescription est portée à :

- 5 ans concernant l'Incapacité de travail ;
- 10 ans concernant les garanties Décès (capital, Rente éducation et Rente de conjoint) versées aux bénéficiaires.

Conformément aux dispositions de l'article L.932-13 du Code de la Sécurité sociale et de la loi n°2014-617 du 13 juin 2014, la prescription est portée à 30 ans à compter du décès du Participant pour le bénéficiaire qui n'a pas été informé de sa qualité par l'Institution.

Toutefois, le délai de prescription ne court :

- qu'à compter du jour où l'Institution en a eu connaissance en cas de réticence, omission ou fausse déclaration ;
- que du jour où les intéressés ont eu connaissance du risque, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

Le délai de prescription est interrompu dans les cas suivants :

- reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;
- demande en justice, même en référé ;
- acte d'exécution forcée ;
- désignation d'experts à la suite d'un sinistre ;
- envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception adressée soit à l'entreprise par l'Institution en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, soit à l'Institution par le Participant, le bénéficiaire ou les ayants droit en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Titre 7 - Risques Décès et Perte totale et irréversible d'autonomie

Article 35 - Définition de la situation familiale

Pour la détermination de la situation familiale du Participant prise en compte pour la mise en œuvre des garanties, l'Institution prend en considération les personnes suivantes :

Définition du conjoint

Le conjoint marié.

Le partenaire lié au Participant par un Pacte Civil de Solidarité est assimilé au conjoint.

Définition des enfants à charge

Chaque fois que les garanties ou le montant des prestations en tiennent compte, il faut entendre par enfants à charge de l'assuré :

- enfants de moins de 18 ans à charge au sens de la Sécurité sociale,
- enfants de moins de 28 ans en contrat d'apprentissage ou de professionnalisation ou poursuivant leurs études dans l'Union européenne, sous réserve de justifier de la poursuite d'études ;
- enfants de moins de 20 ans qui sont, par suite d'une infirmité ou de maladie chronique, dans l'impossibilité permanente reconnue par la Sécurité sociale de se livrer à un travail rémunéré ;
- enfants sans limite d'âge, s'ils sont titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L. 241-3 du code de l'action sociale et des familles d'un taux supérieur à 80 % ou dont l'état nécessite l'assistance permanente d'une tierce personne.

La situation de famille prise en considération par l'Institution est obligatoirement celle, dûment justifiée, du Participant à la date du sinistre, en dehors de la naissance intervenue dans le délai de 300 jours après le décès.

Article 36 - Garantie Décès

A - Définition

En cas de décès du Participant quelle qu'en soit la cause et sauf les événements exclus tels que prévus à l'article 32, un capital Décès est versé aux bénéficiaires désignés ci-après.

B - Montant

Le montant du capital garanti indiqué au Titre 2 des Dispositions Spécifiques est calculé en pourcentage du traitement de base prévu à l'article 26 et en fonction de la situation de famille telle que décrite à l'article 35.

Les majorations du capital résultant de la situation de famille du Participant sont versées aux personnes (conjoint ou enfants à charge) en considération desquelles elles sont prévues, ou à leur tuteur légal notamment pour les enfants de moins de 18 ans.

C - Bénéficiaires

Le Participant peut désigner un ou plusieurs bénéficiaires du capital Décès, au moment de son affiliation ou ultérieurement.

La désignation expresse du bénéficiaire s'effectue par le formulaire délivré à cet effet par l'Institution, accompagné de son mode d'emploi.

Un acte sous seing privé ou un acte authentique permet également la désignation du ou des bénéficiaires à condition que cette désignation soit notifiée à l'Institution.

En cas de désignation nominative, les coordonnées du ou des bénéficiaires désignés doivent être précisées afin de permettre à l'Institution de le(s) retrouver.

La désignation peut être modifiée par le Participant à tout moment, notamment si celle-ci n'est plus appropriée (changement de situation familiale du Participant, naissance...) sauf si le bénéficiaire désigné reconnaît par écrit accepter de percevoir le capital. En effet, dans ce cas, la désignation faite à son profit devient irrévocable.

Dans le cas où les bénéficiaires désignés sont décédés, le capital décès est versé dans l'ordre de priorité indiqué ci-dessous.

En l'absence de désignation expresse des bénéficiaires, le capital est versé selon l'ordre de priorité ci-après :

- au conjoint tel que défini à l'article 35, ci-dessus ;
- à défaut, aux enfants du Participant par parts égales entre eux, la part du prédécédé revenant à ses propres descendants ou à ses frères et sœurs s'il n'a pas de descendants ;
- à défaut, aux ascendants du Participant, par parts égales entre eux ou aux survivants d'entre eux ;
- à défaut, aux héritiers du Participant, par parts égales entre eux, y compris ceux qui ont renoncé à la succession.

Cas particulier :

En cas de décès du Participant et du ou des bénéficiaires désignés au cours d'un même événement sans qu'il ne soit possible de déterminer l'ordre des décès, le Participant est présumé avoir survécu le dernier pour la détermination des bénéficiaires du capital.

Dans le cas où une cession en garantie a été effectuée au profit d'un organisme prêteur, le capital décès, déduction faite des éventuelles majorations pour personne à charge lui sera versé à hauteur du prêt restant dû, le solde revenant aux autres bénéficiaires.

D - Règlement

Le paiement des sommes dues est indivisible à l'égard de l'Institution qui règle sur quittance conjointe aux bénéficiaires, après justification de leur qualité de bénéficiaires et transmission de l'ensemble des pièces justificatives prévues au Titre 9 ci-après.

E - Conséquences sur les autres garanties

Le décès met fin à l'ensemble des garanties dont bénéficiait le Participant à l'exception des garanties Double Effet et Rente éducation.

Article 37 - Perte totale et irréversible d'autonomie

A - Définition

La garantie a pour objet le paiement d'un capital au Participant en état de perte totale et irréversible d'autonomie.

La perte totale et irréversible d'autonomie est celle qui met l'assuré définitivement dans l'incapacité totale fonctionnelle et professionnelle de se livrer à un travail rémunéré ou lui donnant gain ou profit, et dans l'obligation d'avoir recours à une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie courante.

Le Participant qui justifie être classé dans la 3^e catégorie des invalides, au sens de l'article L. 341-4 du Code de la Sécurité sociale, ou perçoit une rente au titre des accidents du travail ou maladies professionnelles au taux de 100 % bénéficie de cette garantie.

B - Montant

Le montant du capital Perte totale et irréversible d'autonomie est identique à celui versé en cas de décès indiqué au Titre 2 des Dispositions Spécifiques.

C - Règlement

Le capital est versé en une seule fois au Participant ou au tuteur légal désigné.

D - Conséquence sur les autres garanties

Le paiement du capital Perte totale et irréversible d'autonomie entraîne la cessation immédiate de la garantie Décès, dont bénéficiait le Participant, à l'exception des garanties Double Effet et Rente éducation. En particulier, le décès du Participant n'entraîne pas le paiement d'un nouveau capital.

Article 38 - Décès accidentel

Un capital supplémentaire est payé aux bénéficiaires, en cas de décès du Participant résultant d'un accident. Ce capital est indiqué au Titre 2 des Dispositions Spécifiques.

On entend par accident toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part du Participant, ou du bénéficiaire du capital garanti, provenant exclusivement de l'action soudaine d'une cause extérieure, à l'exclusion de toute maladie, même si elle se manifeste sous une apparence accidentelle (notamment affection cardio-vasculaire, rupture d'anévrisme, attaque cérébrale, etc.)

La preuve de l'accident incombe au bénéficiaire des prestations et toute classification d'un autre organisme et notamment de la Sécurité sociale ne saurait être opposable à l'Institution.

Le capital est dû si le décès intervient dans les six mois suivant l'accident et provient exclusivement de celui-ci.

Article 39 - Frais d'obsèques

Cette garantie a pour objet le versement d'une allocation pour remboursement des frais d'obsèques, en cas de décès du Participant, de son conjoint ou de son partenaire lié par un PACS ou d'un enfant à charge (au sens défini à l'article 35) ou d'un ascendant à charge tel que décrit ci-après.

On entend par ascendant à charge, l'ascendant direct du Participant ou de son conjoint, à charge au sens fiscal et vivant au foyer du Participant.

Le montant de cette prestation, versée dans tous les cas à la personne ayant réglé les frais d'obsèques, est égal au montant indiqué sur la facture acquittée, dans la limite des frais réellement engagés et du montant figurant au Titre 2 des Dispositions Spécifiques.

Article 40 - Double effet

Dans le cas où simultanément ou postérieurement au décès du Participant, son conjoint ou son partenaire de PACS vient à décéder avant la liquidation à ses droits à retraite, il est versé un capital aux enfants dudit Participant ou de son conjoint ou de son partenaire lié par un PACS, encore à charge lors du décès du conjoint ou du partenaire lié par un PACS.

Le montant du capital est défini au Titre II des Dispositions Spécifiques. Il est versé par parts égales, aux enfants ou à leur représentant légal.

La garantie cesse en cas de résiliation de l'adhésion à la présente convention d'assurance.

En cas de décès du Participant et de son conjoint (ou partenaire de Pacs) survenant au cours d'un même événement, sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès, le conjoint est présumé avoir survécu pour l'application de la présente garantie.

Article 41 - Rente éducation

En cas de décès de l'assuré, quelle qu'en soit la cause, il est versé une rente temporaire à chacun des enfants qui étaient à la charge de l'assuré, au sens des dispositions de l'article 35, lors de son décès.

A - Montant de la rente

Le montant annuel de la rente est indiqué au Titre 2 des Dispositions Spécifiques. Le montant de la rente est doublé si l'enfant est orphelin des deux parents ou si l'enfant est handicapé au sens de l'article 35.

B - Modalités de versement

La rente prend effet le 1^{er} jour du mois civil qui suit la date du décès.

Le montant des rentes d'éducation payables par annuité au cours du 1^{er} trimestre civil au titre de la période scolaire en cours (période du 1^{er} octobre de l'année précédente au 30 septembre de l'année considérée), est revalorisable dans les conditions déterminées à l'article 27.

Son montant est déterminé prorata temporis en cas d'année scolaire incomplète.

La rente est viagère lorsque l'enfant est handicapé au sens des dispositions de l'article 35.

Les annuités sont attribuées :

- à la personne qui assume la charge de l'enfant si ce dernier est âgé de moins de 18 ans,
- à l'enfant lui-même s'il est âgé d'au moins 18 ans.

Titre 8 - Risque arrêt de travail

Article 42 - Garantie Incapacité de travail

A - Définition

La garantie a pour objet le paiement d'indemnités journalières en cas d'arrêt total temporaire de travail du Participant par suite de maladie ou d'accident et qui bénéficie des prestations en espèces prévues soit à l'article L.321-1 du Code de la Sécurité sociale (maladie et accident de droit commun), soit à l'article L.433-1 du Code de la Sécurité sociale (maladie professionnelle et accident du travail).

B - Montant

Le montant des indemnités journalières est indiqué au Titre 2 des Dispositions Spécifiques.

Le montant des prestations est entendu brut de toutes charges sociales susceptibles de grever les prestations. Le traitement de base journalier est obtenu en divisant par 365 le traitement annuel de base des prestations.

Cette indemnité ne peut se cumuler avec la rente d'invalidité prévue à l'article 43.

C - Reprise partielle d'activité

En cas de reprise du travail à temps partiel, et à condition que la Sécurité sociale maintienne de ce fait une partie de ses prestations « espèces », les indemnités journalières versées par l'Institution sont réduites dans les mêmes proportions.

D - Franchise

Les indemnités journalières sont versées à l'expiration d'un délai de franchise indiqué au Titre 2 des Dispositions Spécifiques.

La franchise court pendant la période continue d'arrêt total de travail et débute au premier jour de cette période. Toutefois, en application des dispositions de l'article L.323-1-1 du Code de la Sécurité sociale, en cas de décès d'un enfant âgé de moins de 25 ans du Participant ou en cas de décès d'une personne âgée de moins de 25 ans dont le Participant avait la charge effective et permanente, l'indemnité journalière complémentaire versée à l'assuré pour la première incapacité de continuer ou reprendre le travail est accordée dès le premier jour d'arrêt de travail, sous réserve que cet arrêt intervienne dans un délai de treize semaines à compter du décès et que la Sécurité sociale ait admis l'assuré au bénéfice des indemnités journalières correspondantes. Si l'arrêt de travail résulte d'un accident ou d'une maladie professionnelle admis par la jurisprudence en matière d'accident de travail ou encore d'un accident de trajet, les prestations sont versées à compter du 1^{er} jour d'arrêt de travail.

E - Modalités de versement des prestations

Les indemnités journalières sont versées directement à l'Adhérente tant que le contrat de travail est maintenu, à charge pour ce dernier de les reverser au Participant, nettes de charges sociales et, depuis le 1^{er} janvier 2019, d'impôt sur le revenu. Lorsque le contrat de travail est rompu, les indemnités journalières sont versées directement au Participant, nettes de contributions sociales prévues par la réglementation et, depuis le 1^{er} janvier 2019, d'impôt sur le revenu.

F - Cessation du versement des prestations

Les indemnités journalières complémentaires cessent d'être versées :

- dès que la Sécurité sociale cesse le versement des indemnités journalières,
- à la date de la reprise d'une activité professionnelle à temps complet ou à temps partiel sans maintien de l'indemnité journalière par la Sécurité sociale,
- au 1096^e jour d'arrêt de travail,
- à la date de l'attribution par la Sécurité sociale d'une pension d'invalidité ou d'une rente d'incapacité permanente,
- à la date de liquidation de la pension vieillesse,
- à la date de fin du contrat de travail en cas de cumul emploi-retraite,
- à la suite d'un contrôle médical concluant à un arrêt de travail non justifié ou du refus de contrôle,

- en cas de décès du Participant.

G - Revalorisation des prestations

Les prestations sont revalorisables conformément aux dispositions de l'article 27.

Article 43 - Garantie Invalidité

A - Définition

La garantie a pour objet le versement d'une rente au Participant qui a été classé dans la 1^{ère}, 2^e ou 3^e catégorie d'invalidité prévue par l'article L.341-4 du Code de la Sécurité sociale, où dont l'invalidité résulte d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle indemnisée au titre du Livre IV du Code de la Sécurité sociale lorsque le taux d'incapacité permanente est au moins égal à 40 % correspondant à une rente servie par la Sécurité sociale égale à 20 %.

B - Montant

Le montant de la rente d'invalidité est décrit au Titre 2 des Dispositions Spécifiques. Il est exprimé en pourcentage du traitement de base et varie en fonction du degré d'invalidité sous déduction de la prestation brute (hors majoration pour tierce personne pour la 3^{ème} catégorie) versée par la Sécurité sociale.

Dans le cas où le Participant est classé dans le 1^{er} groupe des invalides, la rente versée est celle qui est retenue pour les assurés en 2^e et 3^e catégories. Cependant, son montant est réduit d'un quart.

En cas d'invalidité résultant d'un accident du travail, d'un accident du trajet ou d'une maladie professionnelle, dans le cadre de l'Entreprise Adhérente, si le taux d'incapacité permanente déterminé par la Sécurité sociale est :

- supérieur ou égal à 67 %, le montant de la rente est identique à celui versé aux invalides de 2^e ou 3^e catégorie ;
- supérieur ou égal à 40 % et inférieur à 67 %, le montant de la rente est identique à celui versé aux invalides de 1^{ère} catégorie ;
- inférieur à 40 %, aucune rente n'est versée.

C - Franchise

Une franchise est appliquée dans les conditions stipulées à l'article 42 lorsque l'invalidité ne fait pas suite à un état d'incapacité de travail indemnisé au titre de la présente convention.

En cas d'incapacité permanente pour accident de travail ou maladie professionnelle, les prestations sont versées à compter du 1^{er} jour d'arrêt de travail.

D - Durée du paiement

La rente d'invalidité est servie dès la notification de l'état d'invalidité par la Sécurité sociale et au plus tôt à l'expiration du délai de franchise prévu à la garantie Incapacité de travail, pendant toute la durée de l'invalidité du Participant.

Elle cesse au plus tard :

- lorsque le Participant n'est plus reconnu invalide par la Sécurité sociale ou ne perçoit plus de rente d'accident du travail ou de maladie professionnelle de la Sécurité sociale,
- à la date de transformation de la pension invalidité ou de la rente incapacité permanente d'accident du travail ou de maladie professionnelle en pension vieillesse par la Sécurité sociale,
- en cas de décès, au jour du décès,
- à la suite d'un contrôle médical concluant à un arrêt de travail non justifié ou d'un refus de contrôle.

E - Modalités de versement des prestations

La rente est payée mensuellement à terme échu. Elle est versée directement au Participant, nette de toutes contributions sociales et, depuis le 1^{er} janvier 2019, d'impôt sur le revenu, sauf demande expresse de l'Adhérente ou du Participant lorsque ce dernier reste inscrit dans les effectifs de l'entreprise.

F - Revalorisation

Les prestations sont revalorisables conformément aux dispositions de l'article 27.

Article 44 - Garanties Maternité, Paternité, Adoption et Deuil d'un enfant

A - Définition

En cas de maternité ou de paternité d'un Participant, il lui est versé une indemnité pendant la période du congé légal de maternité ou de paternité.

Ces dispositions s'appliquent également au congé d'adoption, au congé de paternité et d'accueil de l'enfant en cas d'hospitalisation immédiate de l'enfant après la naissance dans une ou plusieurs unités de soins spécialisés ainsi qu'au congé attribué en cas de décès d'un enfant âgé de moins de 25 ans ou d'une personne âgée de moins de 25 ans qui était à la charge effective et permanente du salarié, sous réserve que la Sécurité sociale ait admis l'assuré au bénéfice des prestations correspondantes.

B - Montant

Le montant des indemnités journalières est indiqué au Titre 2 des Dispositions Spécifiques. Il est exprimé en pourcentage du traitement de base sous déduction des prestations brutes servies par la Sécurité sociale.

Le traitement de base journalier est obtenu en divisant par 365 le traitement annuel de base des prestations.

C - Durée du paiement

Les prestations sont servies pendant la durée du congé légal considéré.

En ce qui concerne uniquement la garantie maternité, le paiement peut être prolongé de deux semaines en cas de troubles de la santé, sous réserve qu'elles donnent lieu à indemnisation de la Sécurité sociale.

D - Modalités de versement des prestations

Les indemnités journalières sont réglées à l'Entreprise Adhérente tant que le contrat de travail du Participant n'est pas rompu, à charge pour elle de les reverser, nettes de cotisations salariales et, depuis le 1^{er} janvier 2019, nettes d'impôt sur le revenu.

Lorsque le contrat de travail est rompu, les indemnités journalières sont versées directement au Participant, nettes de contributions sociales prévues par la réglementation et, depuis le 1^{er} janvier 2019, d'impôt sur le revenu.

Titre 9 - Documents nécessaires au règlement des prestations

Les documents justificatifs à fournir en cas de sinistre pour le paiement des prestations sont ceux prévus dans le tableau ci-après.

Toutefois, l'Institution peut demander d'autres pièces justificatives destinées à compléter le dossier.

<div> Demande de prise en charge au titre de la garantie: </div> <div> Documents à fournir </div>	Décès	PTIA	Incapacité temporaire	Invalidité	Maternité Paternité Adoption Deuil d' un enfant
Extrait d'acte de décès	•				
Demande de règlement de capital	•	•			
Demande de prise en charge accessible depuis votre espace client via klesia.fr à compléter en ligne par l'Adhérente			•	•	•
Copie des bulletins de salaire correspondant au traitement de base	•	•	•	•	•
Copie des décomptes d'indemnités journalières de la Sécurité sociale			•		•
Certificat médical détaillé précisant la nature de l'affection, la date de la première constatation médicale et la durée prévisible de l'arrêt de travail (à adresser sous pli confidentiel à l'attention du Médecin conseil)	•				
Certificat médical précisant la nature et les circonstances du décès (à retourner sous pli confidentiel à l'attention du Médecin conseil)	•				
Facture acquittée de frais d'obsèques	•				
Rapport médical établi par le médecin traitant ou par le médecin ayant constaté la PTIA (à retourner sous pli confidentiel à l'attention du Médecin conseil)		•			
Demande écrite du Participant ou de son représentant légal		•			
Copie de la notification d'attribution de la Sécurité sociale de la pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité permanente		•		•	
Relevé d'identité bancaire	•	•	•	•	•
Justificatifs des salaires perçus en cas de reprise partielle d'activité ou attestation sur l'honneur de non-activité professionnelle			•	•	
Copie intégrale de l'acte de naissance de chaque bénéficiaire	•				
Documents d'état civil avec mention des autres enfants nés du Participant décédé, ou reconnus, adoptés ou recueillis par celui-ci lors de situations antérieures	•				
Attestation de l'Adhérente indiquant les salaires bruts et nets (ou de tous les employeurs pour le Participant ayant des employeurs multiples)			•	•	•
Photocopie de l'avis d'imposition sur les revenus du Participant (et éventuellement de ceux du conjoint)	•	•	•	•	•
Décomptes de paiement de la pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité par la Sécurité sociale				•	

Demande de prise en charge au titre de la garantie:	Documents à fournir				
	Décès	PTIA	Incapacité temporaire	Invalidité	Maternité Paternité Adoption Deuil d' un enfant
Attestation récapitulative des indemnités journalières versées par la Sécurité sociale pour l'arrêt de travail ayant entraîné l'invalidité				•	
Copie du livret de famille du Participant	•	•			
Certificat de scolarité et/ou pièces justifiant la qualité d'enfant à charge	•	•			
Certificat de vie ¹	•	•			
Copie de l'ordonnance ou du jugement de tutelle ²	•	•			
Acte de notoriété établissant la dévolution successorale	•				
Attestation du Pacte Civil de Solidarité	•	•			
Attestation sur l'honneur du conjoint survivant précisant qu'aucun jugement de séparation ou de non-conciliation judiciaire n'a été prononcé	•				
Procès-verbal de la police ou de la gendarmerie en cas d'accident	•				

1. Document à remettre annuellement pour les rentes.

2. Document à fournir lorsque l'application de la garantie dépend des enfants ou des personnes à charge du Participant.

DISPOSITIONS SPECIFIQUES

Titre 1 - Taux de cotisations

Le financement des garanties est assuré conjointement par le Participant et l'Entreprise Adhérente.
La cotisation est exprimée en pourcentage du salaire brut mensuel (limité à TA et TB) et se répartit comme suit :

Garanties	Total	Part employeur	Part salariale
	Taux sur salaire brut mensuel	Taux sur salaire brut mensuel	Taux sur salaire brut mensuel
Décès			
Décès Perte totale et irréversible d'autonomie Décès accidentel Frais d'obsèques Double effet Rente éducation	0,40 %	0,24 %	0,16 %
Arrêt de travail			
Incapacité de travail Invalidité Maternité/Paternité/Adoption/Deuil d'un enfant	1,87 %	1,22 %	0,65 %
TOTAL	2,27 %	1,46 %	0,81 %

Titre 2 - Tableau des garanties

GARANTIES	NIVEAU DES PRESTATIONS (en pourcentage du traitement de base limité à TA et TB)
Décès	
Décès - Perte totale et irréversible d'autonomie En cas de décès du Participant, versement d'un capital en fonction de la situation de famille : <ul style="list-style-type: none"> • Célibataire, veuf, divorcé, sans enfant à charge • Célibataire, veuf, divorcé, avec enfant à charge • Marié ou lié par un PACS, avec ou sans enfant à charge En cas de Perte totale et irréversible d'autonomie du Participant, le capital lui est versé par anticipation.	200 % TA et TB 250 % TA et TB 250 % TA et TB
Décès accidentel (capital supplémentaire au capital décès indiqué ci-dessus) <ul style="list-style-type: none"> • Célibataire, veuf, divorcé, sans enfant à charge • Célibataire, veuf, divorcé, avec enfant à charge • Marié ou lié par un PACS, avec ou sans enfant à charge 	100 % TA 150 % TA 150 % TA
Frais d'obsèques En cas de décès du Participant, de son conjoint ou de son partenaire de PACS, d'un enfant à charge ou d'un ascendant à charge.	Allocation plafonnée à 750 € dans la limite des frais réels engagés
Rente éducation Versement d'une rente temporaire annuelle à chacun des enfants qui était à la charge du Participant lors de son décès. Enfants à charge âgés de moins de 28 ans au 31 décembre de l'année <ul style="list-style-type: none"> • Si l'enfant est orphelin de père et de mère ou si l'enfant est handicapé • Si l'enfant est handicapé 	5 % TA et TB avec un minimum de 3 % du plafond annuel de la Sécurité sociale en vigueur à la date du décès La rente est doublée La rente est viagère
Double effet Dans le cas où simultanément ou postérieurement au décès du Participant, son conjoint ou son partenaire de PACS vient à décéder avant la liquidation de ses droits à retraite, versement d'un capital aux enfants à charge lors du décès du conjoint ou du pacsé.	100 % du capital Décès
Arrêt de travail	
Incapacité de travail Les prestations sont versées : <ul style="list-style-type: none"> • après un délai de franchise de 3 jours en cas d'arrêt de travail continu et total de travail. • à partir du 1^{er} jour d'arrêt de travail, <ul style="list-style-type: none"> - si l'arrêt résulte d'un accident ou d'une maladie professionnelle admis par la jurisprudence en matière d'accident de travail ou d'un accident de trajet. - en cas de décès de son enfant âgé de moins de 25 ans ou en cas de décès d'une personne âgée de moins de 25 ans dont le Participant avait la charge effective et permanente, pour la première incapacité de continuer ou reprendre le travail, sous réserve que cet arrêt intervienne dans un délai de treize semaines à compter du décès et que la Sécurité sociale ait admis le Participant au bénéfice des indemnités journalières correspondantes conformément à l'article L. 323-1-1 du Code de la Sécurité sociale. 	82 % TA et TB sous déduction des prestations versées par la Sécurité sociale
Invalidité Une franchise est appliquée dans les conditions stipulées ci-dessus, lorsque l'invalidité ne fait pas suite à un état d'incapacité de travail. <ul style="list-style-type: none"> • Invalidité de 2^e ou 3^e catégorie • Invalidité de 1^{ère} catégorie 	90 % TA et TB sous déduction des prestations versées par la Sécurité sociale (hors majoration pour tierce personne). La rente versée ci-dessus est réduite d'un quart
Maternité - Paternité - Adoption – Deuil d'un enfant Les prestations sont versées à compter du premier jour d'arrêt de travail et pendant toute la durée du congé légal considéré.	82 % TA et TB sous déduction des prestations versées par la Sécurité sociale

TA : Fraction de la rémunération dans la limite du plafond annuel de la Sécurité sociale.

TB : Fraction de la rémunération supérieure au montant du plafond annuel de la Sécurité sociale et inférieure ou égale à quatre fois ce même plafond.

KLESIA Pro vous propose des services et produits d'assurance santé et prévoyance. Nos solutions sont réalisées avec les représentants de votre secteur d'activité, et ce, sans but lucratif. Vous et vos salariés bénéficiez ainsi d'un accompagnement adapté à votre situation, pour vous permettre de vous concentrer sur l'essentiel : VOTRE ACTIVITÉ.

KLESIA Pro s'engage à vous assurer un avenir serein et contribue à la qualité de vie pour tous.



Retrouvez toutes les informations vous concernant dans votre espace personnel
klesia.fr

Et rejoignez-nous sur

