

**CONVENTION
D'ASSURANCE
COLLECTIVE**

PREVOYANCE

Surcomplémentaire

Personnel Cadre
et assimilé de
la Pharmacie d'Officine
(IDCC 1996)

Mise à jour : 1^{er} janvier 2022
référéncée PHP1

Sommaire

Définitions préalables	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	6
Article 5 - Réclamation et médiation	6
Article 6 – Communication par voie électronique	7
Article 7 – Protection des données personnelles	7
Article 8 - Lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.....	8
Article 9 - Contre la fraude à l'assurance	8
Titre 2 Déroulement de la Convention d'assurance collective	9
Article 10 - Adhésion et affiliation	9
Article 11 - Date d'effet - Durée – Renouvellement du contrat.....	10
Article 12 - Date d'affiliation et date d'effet des garanties	10
Article 13 - Révision de la convention d'assurance collective	10
Article 14 - Modification de l'adhésion à la convention d'assurance collective	11
Titre 3 Suspension - Cessation des garanties - Portabilité.....	12
Article 15 - Suspension des garanties	12
Article 16 - Cessation des garanties	12
Article 17 - Maintien de garanties en cas d'arrêt de travail	12
Article 18 - Maintien des garanties à titre individuel	13
Article 19 - Maintien au titre de la portabilité prévue à l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale.....	13
Titre 4 Résiliation de l'adhésion à la Convention d'assurance collective	15
Article 20 - Modalités de résiliation de l'adhésion à la convention d'assurance collective.....	15
Article 21 - Conséquences de la résiliation de la convention ou de l'adhésion.....	15
Titre 5 Cotisations et base de calcul des prestations.....	16
Article 22 - Assiette des cotisations.....	16
Article 23 - Paiement des cotisations	16
Article 24 - Défaut de paiement des cotisations par l'Entreprise.....	16
Article 25 - Traitement de base des prestations Prévoyance.....	17
Article 26 - Plafonnement des prestations.....	17
Article 27 – Contrôle médical.....	17
Titre 6 Exclusions - Prescription.....	19
Article 28 - Risques exclus	19
Article 29 - Fausse déclaration	19
Article 30 - Prescription.....	19
Article 31 - Déchéance	20
Article 32 - Subrogation	20
Titre 7 Garanties	21
Article 33 - Garantie incapacité de travail.....	21
Article 34 - Garantie invalidité.....	22
Article 35 - Garanties maternité, paternité et adoption.....	23
Titre 8 Règlement des prestations Pièces à fournir.....	24
Article 36 - Paiement des prestations.....	24
Article 37 - Pièces à fournir.....	24

DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES	25
Titre 1 Taux de cotisations	25
Titre 2 Tableau des garanties	26

Définitions préalables

Bénéficiaire

Personne physique 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 ou physique 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 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 la 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.

Risque

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

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.

Sinistre

Réalisation de l'événement susceptible de mettre en jeu la garantie du présent 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.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Titre 1 Généralités

Article 1 - Cadre juridique

La présente convention d'assurance collective est exclusivement soumise à la loi française. Elle se substitue, à effet du 1^{er} janvier 2022 dans toutes ses dispositions, à la convention d'assurance collective du 1^{er} janvier 2021 (référéncée PHP1).

C'est un contrat collectif à adhésion obligatoire régi par le livre IX du Code de la Sécurité sociale française. Il constitue les Conditions Générales appliquées à chaque entreprise en fonction de l'option retenue lors de l'adhésion.

Il comprend :

- un bulletin d'adhésion ;
- les présentes Dispositions Générales et Dispositions Spécifiques ;
- le certificat d'adhésion.

L'entreprise ci-après dénommée « l'Adhérente » ou « l'Entreprise » devient « membre adhérent » de KLESIA Prévoyance, Institution de prévoyance, régie par le code de la Sécurité sociale, dont le siège social est fixé : 4 rue Georges Picquart - 75017 PARIS, dénommée « l'Institution » à compter de la date d'effet de son contrat, figurant sur le 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 présente convention permet d'améliorer le régime conventionnel du personnel cadre et assimilé cadre de la Convention Collective Nationale de la Pharmacie d'Officine (référéncée PHCP), préalablement et obligatoirement souscrit par l'Entreprise Adhérente auprès de KLESIA Prévoyance.

Elle 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.

Article 3 - Risques garantis

L'Institution garantit les risques suivants :

- **Incapacité de travail et Invalidité ;**
- **Maternité, Paternité et Adoption.**

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 à la mise en œuvre 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 :

Médiateur de la protection sociale (CTIP)
10, rue Cambacérés
75008 Paris

Par internet :

<http://www.ctip.asso.fr/saisine-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'Adhérent 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 - 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 Déroulement de la Convention d'assurance collective

Article 10 - Adhésion et affiliation

A - Obligation et conditions 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.

Seuls les salariés assujettis au régime général de la Sécurité sociale française, y compris les dispositions spécifiques aux départements de la Moselle (57), du Bas Rhin (67) et du Haut Rhin (68) ou au régime de la Mutualité Sociale Agricole et dont le contrat de travail est en cours de validité lors de l'adhésion ou postérieurement à celle-ci, peuvent bénéficier des dispositions de la présente convention.

B - Documents à fournir par l'Entreprise Adhérente à l'Institution

Lors de l'adhésion

L'Entreprise doit adresser à l'Institution :

- un bulletin d'adhésion dûment signé par un représentant habilité mentionnant l'option choisie ;
- 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

En application de l'article L.133-5-2 du Code de la Sécurité sociale, 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, arrêt 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 par l'Entreprise Adhérente aux Participants

Conformément à l'article L.932-6 du Code de la Sécurité sociale, il appartient à l'Entreprise :

- de remettre à chaque Participant un exemplaire de la notice d'information ;
- d'informer les Participants, le cas échéant, des modifications apportées à leurs droits et obligations en cours de contrat.

La preuve de la remise aux Participants de la notice d'information et de la délivrance de l'information relative aux modifications contractuelles incombe à l'Entreprise.

D - Documents à fournir par l'Institution

L'Institution transmet à l'Entreprise 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, les risques couverts et le niveau de prestations correspondant à l'option choisie ;
- les conditions de la présente convention d'assurance collective ;
- 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 11 - Date d'effet - Durée – Renouvellement du contrat

Le contrat prend effet à la date indiquée au certificat d'adhésion et se termine au 31 décembre de l'année en cours.

Il se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année, sauf résiliation à l'initiative de l'Adhérente ou de l'Institution, notifiée conformément aux dispositions de l'article 20 - Modalités de résiliation de l'adhésion à la convention d'assurance collective.

Article 12 - 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 13 - Révision de la convention d'assurance collective

A - Modifications législatives et réglementaires

Les garanties et les taux de cotisation définis aux Dispositions Spécifiques sont établis en fonction de la législation et de la réglementation en vigueur au 1^{er} janvier 2022.

Pour les garanties dont les montants et modalités sont établis en considération des conditions légales et réglementaires en vigueur, les changements apportés à ces conditions postérieurement au 1^{er} janvier 2022 ne sauraient avoir pour effet d'augmenter l'étendue des engagements de l'Institution qui est, en pareil cas, fondée à procéder aux aménagements éventuels des garanties et/ou des cotisations du régime supplémentaire optionnel de prévoyance.

B - Modifications du régime conventionnel de base obligatoire de prévoyance

Les garanties et les taux de cotisations pourront également être révisés, en cas de changement du régime conventionnel de la Pharmacie d'Officine.

C - Aggravation de la sinistralité

L'Institution peut résilier la convention d'assurance, augmenter les taux de cotisation ou modifier les garanties en cas d'aggravation de la sinistralité.

D - Incidences des révisions

En cas de révision des garanties et/ou des cotisations du régime surcomplémentaire optionnel de prévoyance, la modification des garanties ou du niveau des garanties ne vise que les sinistres dont la survenance est postérieure à la date d'effet de la modification du régime de prévoyance. Elle est donc sans effet sur les prestations en cours de service.

Ces révisions feront l'objet de :

- la conclusion d'un avenant à la présente convention,
 - l'envoi d'un nouveau certificat d'adhésion ou d'une lettre ayant valeur d'avenant au certificat d'adhésion.
- Au cas où l'Adhérente refuserait expressément toute augmentation ou modification prévue au présent article par lettre recommandée avec avis de réception, l'Institution procédera de plein droit à la résiliation de l'adhésion dans les 60 jours à compter de la date d'envoi de la proposition si, durant ce délai, l'Adhérente n'accepte pas ces nouvelles conditions.

Article 14 - Modification de l'adhésion à la convention d'assurance collective

A - Formalités en cas de modification à l'initiative de l'Entreprise Adhérente

Lorsque l'Entreprise Adhérente souhaite modifier l'option retenue, elle doit adresser à l'Institution :

- une demande de modification dûment signée par un représentant habilité, précisant le choix de la garantie optionnelle ;
- un état du personnel ;
- un état des salariés en arrêt de travail précisant le motif de l'arrêt et un état des salariés à temps partiel pour cause de maladie.

Une telle modification donne lieu à l'émission d'un nouveau certificat d'adhésion.

B - Entrée en vigueur des modifications

Après acceptation de l'Institution, les modifications entrent en vigueur au premier jour du trimestre civil qui suit la date de réception par l'Institution de la demande modificative.

C - Incidences des modifications

Toute modification des garanties ne vise que les sinistres dont la survenance est postérieure à la date d'effet de cette modification.

Elle est donc sans effet sur les prestations en cours de service.

Titre 3 Suspension - Cessation des garanties - Portabilité

Article 15 - Suspension des garanties

A - Suspension du contrat de travail rémunérée ou indemnisée

Les garanties sont maintenues au profit du Participant qui bénéficie :

- d'un maintien total ou partiel de salaire ;
- des indemnités journalières complémentaires versées au titre d'un contrat de prévoyance complémentaire ou des indemnités journalières de la Sécurité sociale ;
- d'un revenu de remplacement versé par l'employeur, notamment en cas d'activité partielle ou d'activité partielle de longue durée (dont l'activité est totalement suspendue ou dont les horaires sont réduits) et de congé rémunéré par l'employeur (reclassement, mobilité ...).

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, à la demande de l'entreprise, il peut être prévu le maintien aux salariés concernés du bénéfice de la garantie décès, en contrepartie du paiement d'une cotisation.

Article 16 - 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 :

- en cas de cessation d'appartenance du Participant à la catégorie assurée ;
- en cas de radiation du Participant des effectifs de l'Adhérente ou de rupture du contrat de travail du Participant ;
- en cas de décès du Participant ;
- en cas de 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) ;
- en cas de cessation d'activité ou disparition de l'Adhérente ;
- en cas de résiliation de la présente convention ou de l'adhésion dans les conditions prévues aux présentes Conditions générales ;
- et au terme de l'indemnisation prévue par la présente convention, tel qu'indiqué aux Dispositions Spécifiques, variable en fonction de l'option choisie.

Article 17 - Maintien de garanties en cas d'arrêt de travail

Le Participant en arrêt de travail continue à bénéficier des garanties adoptées par l'Entreprise dans le cadre du présent contrat.

Le maintien des garanties cesse :

- lorsque le Participant ne perçoit plus de la Sécurité sociale de prestations en espèces au titre de l'Incapacité de travail, de l'Invalidité ou de la Maternité-Paternité 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 au présent contrat, sous réserve des dispositions de l'article 21.

Article 18 - Maintien des garanties à titre individuel

En application de l'article 5 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 dite « loi Evin », en cas de résiliation du contrat collectif de prévoyance, les Participants peuvent continuer à bénéficier de garanties à titre individuel, moyennant le paiement de cotisations spécifiques déterminées par l'Institution, à condition d'en faire la demande dans les trois mois suivant la date d'effet de résiliation du contrat.

Article 19 - 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.

Le traitement de base servant au calcul des prestations des sinistres survenus pendant la période de portabilité des garanties prévoyance est égal au total des rémunérations brutes déclarées par l'Entreprise Adhérente au cours des 12 derniers mois civils d'activité ou reconstitués précédant la date de cessation d'activité, à l'exclusion des sommes liées à la rupture ou à la fin du contrat (indemnités de licenciement, indemnités de fin de contrat, etc.) limité aux tranches soumises à cotisation (TA-TB).

Au titre de la garantie Incapacité temporaire de travail, la franchise et le niveau des prestations allouées à l'ancien salarié précisées aux Dispositions spécifiques 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 chômages 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.

Titre 4 Résiliation de l'adhésion à la Convention d'assurance collective

Article 20 - Modalités de résiliation de l'adhésion à la convention d'assurance collective

A. Résiliation par l'Institution

Le contrat prévoyance peut être résilié 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 13 ;
- en cas de cessation d'activité, de plein droit à la date de cessation de l'activité.

B. Résiliation par l'Adhérente

Le contrat peut être résilié 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, dans les conditions énoncées à l'article 13.

Il est précisé qu'en cas de résiliation de l'adhésion au régime conventionnel de base obligatoire de prévoyance ou en cas de changement d'activité plaçant l'Adhérente en dehors du champ d'application de la Convention Collective Nationale de la Pharmacie d'Officine, la présente convention devient sans objet et l'adhésion est donc résiliée à la même date d'effet.

Article 21 - Conséquences de la résiliation de la convention ou de l'adhésion

Conformément aux dispositions de l'article 7.1 de la Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, les prestations en cours de service à la date de résiliation sont maintenues à leur niveau atteint à cette date.

Titre 5 Cotisations et base de calcul des prestations

Article 22 - Assiette des cotisations

Principes de base

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.

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.

En cas de suspension du contrat de travail indemnisée ou rémunérée donnant lieu au versement d'un revenu de remplacement dans les conditions de l'article 15, l'assiette des cotisations est constituée de l'indemnisation versée au salarié (indemnisation légale, complétée le cas échéant, d'une indemnisation complémentaire ou conventionnelle versée par l'employeur).

Article 23 - 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 24 - Défaut de paiement des cotisations par l'Entreprise

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.

Article 25 - Traitement de base des prestations Prévoyance

Le traitement de base servant au calcul des prestations de prévoyance est égal à la rémunération brute déclarée par l'Entreprise Adhérente au cours des 12 derniers mois civils précédant le 1^{er} jour d'arrêt de travail de l'exercice (traitement ayant également donné lieu à cotisation au présent régime), limitée aux tranches soumises à cotisation (TA-TB).

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.

Si l'événement survient moins de douze mois après l'entrée dans l'assurance, le traitement annuel correspond à douze fois la moyenne mensuelle des traitements bruts déclarés pour le Participant et soumis à cotisation au cours des mois civils précédents. Les sommes non mensualisées sont intégrées à cette moyenne, après avoir été ramenées à leur valeur mensuelle compte tenu de leur périodicité de paiement. Lorsqu'au cours de la période prise en considération pour la détermination du traitement de base, le salaire a été réduit ou supprimé pour cause d'arrêt de travail par suite de maladie, d'accident ou de maternité ou de paternité, celui-ci est reconstitué sur la base du salaire que le Participant aurait effectivement perçu s'il ne s'était pas absenté.

En cas de suspension du contrat de travail indemnisée ou rémunérée donnant lieu au versement d'un revenu de remplacement dans les conditions de l'article 15, l'assiette des prestations est constituée de l'indemnisation versée au salarié (indemnisation légale, complétée le cas échéant, d'une indemnisation complémentaire ou conventionnelle versée par l'employeur).

Article 26 - Plafonnement des prestations

En tout état de cause, le total des sommes perçues par le Participant au titre des prestations « en espèces » de la Sécurité sociale, du maintien de salaire par son employeur et de tous autres revenus salariaux (y compris au titre d'une reprise d'activité à temps partiel), des pré-sentes garanties de prévoyance et de tout autre contrat de prévoyance, et des sommes versées au titre de la législation sur le chômage, ne peut être supérieur à 100 % du traitement de base ayant servi de base de calcul des indemnités ou rentes servies.

Article 27 – 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'il 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.

Titre 6 Exclusions - Prescription

Article 28 - Risques exclus

A - Garanties Incapacité de travail - Invalidité

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 ;
- de la consommation d'alcool constatée par 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.

B - Maternité - Paternité - Adoption

Un délai de carence d'une durée de 10 mois est appliqué à compter de l'adhésion au présent régime de prévoyance surcomplémentaire.

Article 29 - Fausse déclaration

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle du bénéficiaire, la garantie accordée au participant est nulle conformément à l'article L932-7 du Code de la Sécurité sociale. Les cotisations payées demeurent acquises à l'Institution.

Ces dispositions ne s'appliquent pas lorsque l'adhésion à l'Institution résulte d'une obligation prévue par une convention de branche ou un accord professionnel ou interprofessionnel.

Article 30 - Prescription

Toutes les actions dérivant du contrat 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 (versées aux bénéficiaires).

Conformément aux dispositions de l'article L932-13 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'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.

Article 31 - Déchéance

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

Article 32 - Subrogation

L'Institution est subrogée au Participant ou à ses ayants droit victime d'un accident dans leur action contre le tiers responsable pour le sinistre pris en charge, dans la limite des prestations versées.

Titre 7 Garanties

Article 33 - 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 traitement de base journalier est obtenu en divisant par 365 le traitement annuel de base des prestations.

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 ou discontinue d'arrêt total de travail et débute au premier jour de cette période.

En cas d'arrêt de travail continu se chevauchant sur deux années civiles, la franchise applicable à la seconde année sera décomptée à partir du premier jour d'arrêt.

En cas d'arrêts multiples dans la même année civile, les absences se cumulent pour l'appréciation de l'ouverture du droit à indemnité journalière. Lorsque cette disposition a joué, tout nouvel arrêt de travail survenant au cours de la même année civile ouvre droit au paiement des indemnités journalières à compter du :

- 1^{er} jour d'arrêt de travail pour la même cause, si la période de travail qui a fait suite, après reprise, au précédent arrêt de travail, est inférieure à deux mois ;
- 4^e jour si la période de travail qui a fait suite, après reprise, au précédent arrêt de travail, est égale ou supérieure à deux mois.

E - Durée du paiement

La durée des indemnités journalières est indiquée aux Dispositions Spécifiques.

En tout état de cause, le paiement cesse :

- en cas de reprise de travail à temps complet, ou à temps partiel sans maintien de l'indemnité journalière par la Sécurité sociale ;
- si la Sécurité sociale cesse le versement des indemnités journalières ;
- au plus tard, à la date d'attribution par la Sécurité sociale d'une pension d'invalidité, d'une rente d'incapacité ;
- à la date d'attribution de la pension de vieillesse ou d'une pension pour inaptitude au travail,
- en cas de contrôle médical concluant à un arrêt de travail non justifié, tel qu'indiqué à l'article 27 ;
- en cas de décès.

F - 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, à compter du 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, à compter du 1^{er} janvier 2019, d'impôt sur le revenu.

Article 34 - 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, ou 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^e 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 33 lorsque l'invalidité ne fait pas suite à un état d'incapacité de travail indemnisé au titre de la présente convention.

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 précisée aux Dispositions Spécifiques.

Elle cesse au plus tard :

- lorsque la pension d'invalidité de la Sécurité sociale cesse d'être versée ;
- lorsque la rente de la Sécurité sociale due au titre d'une maladie professionnelle ou d'un accident du travail et qui donne droit à une rente complémentaire au titre de la présente convention, cesse d'être versée ;
- lors de la liquidation de la pension de vieillesse par la Sécurité sociale ou de la pension pour inaptitude au travail ;
- en cas de contrôle médical ne confirmant pas l'état d'invalidité, prévu à l'article 27 ;
- en cas de décès.

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, à compter du 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.

Article 35 - Garanties maternité, paternité et adoption

A - Définition

En cas de maternité et de paternité du Participant survenant dans l'entreprise, il lui est versé une indemnité pendant la période légale dudit « congé ».

Ces dispositions s'appliquent également en cas d'adoption, dans la mesure où la Sécurité sociale aura elle-même admis le Participant 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 limité à la tranche B des salaires, 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 - Franchise

Un délai de carence d'une durée de 10 mois est appliqué à compter de l'adhésion au présent régime de prévoyance surcomplémentaire.

D - Durée du paiement

Les prestations sont servies pendant la durée du congé légal de maternité, de paternité ou d'adoption.

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.

E - 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, à compter du 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, à compter du 1^{er} janvier 2019, d'impôt sur le revenu.

Titre 8 Règlement des prestations

Pièces à fournir

Article 36 - 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.

À compter du 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 37 - Pièces à fournir

Les prestations sont versées après remise des pièces suivantes :

- une demande de règlement de prestations dûment remplie ;
- les bordereaux de paiement de prestations de la Sécurité sociale depuis le début de l'arrêt de travail.

Les pièces supplémentaires demandées sont :

- les attestations de salaires réellement versés en cas de reprise partielle d'activité, ou les attestations de versement des allocations du Pôle emploi ou de tout autre organisme ;
- si le Participant fait toujours partie de l'effectif de l'Entreprise Adhérente, un relevé d'identité bancaire de celle-ci ;
- en cas de reprise d'activité à temps partiel pour raisons médicales : attestation de l'employeur mentionnant mois par mois, le salaire brut correspondant à l'activité à temps partiel et celui qui aurait été versé en cas de travail à temps complet, ou les relevés de situation délivrés par le Pôle emploi ou de tout autre organisme ;
- en cas de rupture du contrat de travail, une photocopie du certificat de travail précisant la date à laquelle a eu lieu la rupture, cette date devant tenir compte éventuellement des congés payés et du préavis ;
- en cas de rechute, un certificat médical attestant que le nouvel arrêt résulte bien de la même affection ou du même accident ;
- ainsi que tout document complémentaire (hormis ceux mentionnés ci-après) éventuellement nécessaire à l'Institution pour régler la prestation (par exemple photocopie des bulletins de paye des 12 derniers mois civils qui précèdent l'arrêt de travail).

Pour la garantie Invalidité, les pièces, ci-dessous, sont également nécessaires en complément :

- la photocopie de la notification de la pension d'invalidité par la Sécurité sociale ou de la rente d'accident du travail ;
- le justificatif du versement de la pension d'invalidité ainsi que l'attestation sur l'honneur de non reprise d'activité ou de perception d'un autre revenu ;
- les attestations de salaires réellement versés en cas de reprise partielle d'activité, ou les attestations de versement des allocations du Pôle Emploi ou de tout autre organisme.

DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES

Titre 1 Taux de cotisations

Les cotisations du régime de prévoyance surcomplémentaire optionnel sont fixées en pourcentage du traitement de base défini à l'article 22 des Dispositions Générales de la présente convention (limité à TA et TB), selon la formule choisie par l'Entreprise adhérente, à :

Option 1 : franchise 15 jours

Garanties	TA	TB
Incapacité de travail - Invalidité - Maternité - Paternité - Adoption	0,61 %	2,10 %
TOTAL	0,61 %	2,10 %

Option 2 : franchise 3 jours

Garanties	TA	TB
Incapacité de travail - Invalidité - Maternité - Paternité - Adoption	1,71 %	4,03 %
TOTAL	1,71 %	4,03 %

TA - Fraction de la rémunération brute limitée au montant du plafond annuel de la Sécurité sociale.

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

Titre 2 Tableau des garanties

Les niveaux de garanties définis ci-après sont exprimés en pourcentage du salaire annuel brut, limité à la Tranche TA et TB¹, selon les 2 formules ci-dessous, au choix de l'Entreprise adhérente :

Option 1

Garanties	Option franchise 15 jours
Incapacité de travail / invalidité Versement d'indemnités journalières à partir du 16 ^e jour d'arrêt ² jusqu'au 90 ^e jour d'arrêt de travail (inclus) quelle que soit l'ancienneté.	100 % de TA et de TB sous déduction des prestations servies par la Sécurité sociale ³
Maternité / paternité / adoption⁴ Versement d'indemnités journalières, pendant la durée légale du congé de maternité, de paternité ou d'adoption.	100 % de TB sous déduction des prestations servies par le régime de base conventionnel

Option 2

Garanties	Option franchise 3 jours
Incapacité de travail / invalidité Versement d'indemnités journalières à partir du 4 ^e jour d'arrêt (inclus) jusqu'au 60 ^e jour d'arrêt de travail (inclus) quelle que soit l'ancienneté.	100 % de TA et de TB Sous déduction des prestations servies par la Sécurité sociale ³
Maternité / paternité / adoption⁴ Versement d'indemnités journalières, pendant la durée légale du congé de maternité, de paternité ou d'adoption.	100 % de TB Sous déduction des prestations servies par le régime de base conventionnel

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

2. La franchise court pendant la période continue ou discontinue d'arrêt de travail. Le délai de 15 jours est décompté sur la totalité des arrêts de travail intervenus au cours d'une même année civile. Cette franchise déduite, toute nouvelle incapacité intervenant au cours d'une même année civile est prise en charge à compter du 4^e jour.

3. Sous déduction également des prestations servies au titre du régime de base conventionnelle RPO et éventuellement du régime supplémentaire facultatif (RSF/RSF+) lorsque ceux-ci interviennent au cours de la période couverte par le présent régime surcomplémentaire.

4. Le délai de carence lié aux risques Maternité - Paternité - Adoption est de 10 mois à compter de l'adhésion au régime optionnel par l'entreprise.

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

