

Régime Professionnel Conventionnel

Décès Incapacité Invalidité

ENSEMBLE DES SALARIÉS

Notice d'information
de la Convention
d'assurance
N° 703.042
souscrite auprès
d'AXA France Vie

La présente notice est constituée des chapitres ci-après :

SOMMAIRE

Chapitre	Page	Paragraphe
1. Conditions générales	2	1.1. Objet de l'assurance
	2	1.2. Effet des garanties et mesures de transition avec la précédente convention
	2	1.3. Assurés
	4	1.4. Base de l'assurance
	5	1.5. Maintien des garanties en cas de décès aux assurés en incapacité ou en invalidité indemnisés par la sécurité sociale
	6	1.6. Prescription
	7	1.7. Réclamation
	8	1.8. Assurance individuelle après résiliation de la convention
	8	1.9. Comité paritaire de gestion
	8	1.10. Revalorisation des capitaux décès entre la date de décès et la date de versement
	8	1.11. Utilisation des données à caractère personnel
	9	1.12. Les dispositions relatives à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme
	9	1.13. Mesures restrictives définies par la réglementation française et internationale
2. Décès	10	2.1. Objet de la garantie
	10	2.2. Choix de l'option
	11	2.3. Montant des prestations
	13	2.4. Définitions
	14	2.5. Dispositions communes aux rentes
	15	2.6. Bénéficiaires
	16	2.7. Pièces à fournir en cas de sinistre
	17	2.8. Exclusions
3. Incapacité de travail - invalidité permanente	18	3.1. Objet de la garantie
	19	3.2. Incapacité temporaire de travail et maladie de longue durée
	20	3.3. Invalidité permanente
	21	3.4. Accidents du travail - maladies professionnelles
	23	3.5. Revalorisation
	23	3.6. Pièces à fournir en cas de sinistre
	24	3.7. Délai de déclaration
	24	3.8. Contrôle médical
	24	3.9. Exclusions
	24	3.10. Subrogation
4. Maintien de l'assurance aux anciens salariés pris en charge par l'assurance chômage	25	

1. CONDITIONS GÉNÉRALES

1.1. Objet de l'assurance

La Convention N°703.042 (ci-après appelée «la Convention») a pour objet la mise en œuvre du Régime Professionnel Conventionnel (R.P.C.) obligatoire **pour l'ensemble des salariés** des entreprises adhérentes au régime de l'Industrie Pharmaceutique et entrant dans le champ d'application de la Convention Collective de l'Industrie Pharmaceutique du 6 avril 1956 et de l'Accord Collectif du 9 juillet 2015 et ses avenants sur le Régime de Prévoyance des Salariés ou admises à bénéficier du Régime sur décision du Comité Paritaire de gestion.

La Convention comprend l'assurance du personnel visé ci-dessus pour les garanties suivantes :

- décès ;
- incapacité de travail - invalidité permanente.

La garantie est l'engagement de l'assureur de payer une prestation unique ou périodique, en cas de réalisation du risque entre la date d'admission à l'assurance et la date de cessation de l'assurance.

Dans le cadre du Régime Professionnel Conventionnel (R.P.C.), les salariés bénéficient du Haut Degré de Solidarité prévu par l'Accord Collectif.

La gestion du contrat est assumée par l'Association de Prévoyance Générale Interprofessionnelle des Salariés (**A.P.G.I.S.**).

1.2. Effet des garanties et mesures de transition avec la précédente convention

La Convention prend effet le 1^{er} janvier 2016.

Elle annule et remplace à cette date celle précédemment émise sous le même numéro.

Toutefois, la précédente Convention continue à produire des effets pour certains sinistres dans les conditions suivantes :

- les bénéficiaires d'une rente éducation ou d'une rente de conjoint pour un décès survenu avant la date d'effet de la présente Convention, continuent de percevoir cette prestation dans les conditions définies dans la Convention en vigueur à la date du décès ;
- les assurés dont la date d'arrêt de travail est antérieure à la date d'effet de la présente Convention, restent garantis par les couvertures incapacité-invalidité de la Convention en vigueur à la date d'arrêt de travail ;
- la garantie décès maintenue aux assurés en arrêt de travail total ou partiel pour maladie ou accident dont le contrat de travail a été rompu avant la date d'effet de la présente convention est celle prévue dans la Convention en vigueur à la date de rupture de leur contrat de travail.

1.3. Assurés

1.3.1. Définition des Assurés

Les assurés sont les salariés des entreprises adhérentes et les personnes assimilées au sens de l'article L.311-3 11° et 12° du code de la Sécurité sociale :

- affiliés à un régime obligatoire de la Sécurité sociale française ;
- et,
 - dont le contrat de travail est en vigueur,
 - ou dont le contrat de travail est suspendu depuis moins de 16 jours,

- ou dont le contrat de travail est suspendu depuis plus de 15 jours et qui bénéficient :
 - d'un maintien, total ou partiel, de salaire,
 - et/ou d'indemnités journalières (d'une rente d'invalidité ou d'incapacité) versées par le Régime Obligatoire,
 - et/ou d'indemnités journalières complémentaires (d'une rente d'invalidité ou d'incapacité complémentaire) au Régime Obligatoire, financées au moins en partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par ce dernier ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers,
 - et/ou d'un revenu de remplacement versé par l'employeur.

Les revenus de remplacement, quelle que soit leur dénomination, versés par l'employeur comprennent notamment :

- l'allocation du congé de reclassement, prévu à l'article L. 1233-71 du Code du travail ;
- la rémunération versée pendant la période excédant le préavis du congé de mobilité prévu à l'article L. 1237-18 du Code du travail ;
- l'indemnité d'activité partielle prévue à l'article L. 5122-1 du Code du travail et l'allocation complémentaire prévue à l'article L. 3232-5 ;
- la rémunération versée au titre d'un accord de préretraite d'entreprise (congé de fin de carrière, cessation anticipée d'activité...).

Les anciens salariés pris en charge par l'assurance chômage et bénéficiant du maintien des garanties conformément à la Loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013 sont également considérés comme assurés selon les modalités prévues au Chapitre 4 de la présente Convention.

1.3.2. Admission à l'assurance

L'admission à l'assurance a lieu, sauf dispositions dérogatoires prévues par la réglementation en vigueur, dès la date d'entrée dans l'entreprise et, au plus tôt, à la date d'effet de l'adhésion de l'entreprise, pour les salariés remplissant les conditions visées au 1.3.1. ci-dessus.

Pour les salariés en arrêt de travail à la date d'effet de la Convention ou à la date d'effet de l'adhésion de l'entreprise, l'admission au titre de la garantie **incapacité de travail - invalidité permanente** de la Convention intervient à compter de la date de reprise du travail. Dans l'attente de cette admission les mesures du paragraphe 1.2. s'appliquent pour les salariés des entreprises dont la date d'effet de l'adhésion est antérieure à la date d'effet de la Convention. En cas de décès, la garantie décès de la Convention s'applique pour les salariés dont le contrat de travail est en cours à la date d'effet de la présente convention.

1.3.3. Cessation de l'assurance

L'assurance prend fin, sous réserve des dispositions prévues au paragraphe 1.5. et au Chapitre 4 :

- pour chaque assuré, à la date de rupture du contrat de travail ;
- pour l'ensemble des assurés salariés d'une entreprise adhérente à la Convention, à la date de résiliation du bulletin d'adhésion par ladite entreprise ;
- pour l'ensemble des assurés salariés des entreprises adhérentes à la Convention, à la date de résiliation de la Convention.

1.4. Base de l'assurance

La base de cotisation est égale à la base servant au calcul des cotisations des assurances sociales telle que définie aux articles L.242-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale à la date d'effet de la Convention.

Qu'il soit ou non soumis à cotisation de sécurité sociale, est également intégré à la base de cotisation, tout autre revenu de remplacement, quelle que soit sa dénomination, versé par l'employeur en cas de suspension du contrat de travail, et notamment :

- les allocations du congé de reclassement, prévu à l'article L.1233-71 du Code du travail ;
- l'indemnité d'activité partielle prévue à l'article L. 5122-1 du Code du travail et l'allocation complémentaire prévue à l'article L3232-5 ;
- la rémunération versée pendant la période de congé de mobilité prévu à l'article L. 1237-18 du Code du travail, versée pendant la durée excédant le préavis ;
- la rémunération versée au titre d'un accord de préretraite d'entreprise (congé de fin de carrière, cessation anticipée d'activité...).

Toutefois sont exclus de l'assiette des cotisations :

- les gratifications exceptionnelles ;
- les indemnités ou primes de transport ;
- les remboursements de frais de toute nature ;
- les indemnités de licenciement ou de départ et toute somme versée à l'occasion du départ en dehors du dernier salaire ;
- les indemnités de non-concurrence et indemnités de clientèle ;
- les indemnités de précarité d'emploi ;
- toute réintégration des cotisations de retraite ou de prévoyance intervenant dans le cadre des dispositions de l'article 113 de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites et de l'article 57 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2003 relative à la réforme de l'assurance maladie des dispositions réglementaires d'application ;
- les indemnités journalières de la Sécurité sociale ;
- les indemnités journalières au titre de la présente Convention ou d'une autre convention en application du Régime Professionnel Conventionnel ;
- les indemnités ou primes versées pour événements familiaux ;
- les sommes issues de la participation ou de l'intéressement ou d'un compte épargne temps.

Elle est limitée aux tranches A, B et C du salaire ainsi définies en fonction du plafond annuel de la Sécurité sociale en vigueur pour l'année considérée :

- Tranche A : fraction du salaire limitée à un plafond ;
- Tranche B : fraction du salaire comprise entre un et quatre plafonds ;
- Tranche C : fraction du salaire comprise entre quatre et huit plafonds.

La base de prestation est égale à la base de cotisation afférente aux douze mois civils immédiatement antérieurs à la date du sinistre.

Toutefois, la base de prestation est reconstituée à partir des salaires correspondant aux mois civils de présence à temps complet chez l'entreprise adhérente lorsque :

- la période d'assurance est inférieure à 12 mois ;
- le salaire a été réduit ou supprimé au cours de la période de référence, en cas d'arrêt de travail pour maladie ou accident ;

- le salaire a été réduit ou supprimé au cours de la période de référence, en cas de suspension de contrat de travail indemnisé par l'entreprise adhérente, c'est-à-dire donnant lieu à un maintien de salaire total ou partiel ou au versement d'un revenu de remplacement.

Lorsqu'un sinistre intervient pendant une suspension de contrat de travail indemnisée par l'entreprise adhérente et donnant lieu au maintien des garanties, la base de prestation est égale à la base de cotisation afférente aux 12 mois civils immédiatement antérieurs à la date de suspension du contrat de travail.

S'agissant des garanties Rente Éducation et Rente De Conjoint, la base de prestation est limitée aux tranches A et B du salaire.

S'agissant des assurés ayant travaillé à temps complet puis à temps partiel, ou inversement, dans la même entreprise adhérente, la base de prestation des garanties Décès visées au chapitre 2 - Décès - de la Convention est calculée proportionnellement aux périodes d'emploi effectuées à temps complet et à temps partiel depuis leur entrée dans l'entreprise. Il est précisé que les périodes d'emploi sont comptées en mois et que le taux d'activité retenu pour chaque période est celui au 1^{er} du mois.

S'agissant des garanties Incapacité Temporaire – Invalidité Permanente, en cas de reprise effective de travail de moins de deux mois entre deux arrêts de travail indemnisés par la présente Convention, la base de prestation à retenir pour le second arrêt est la même base, éventuellement revalorisée, que celle prise en compte pour le précédent arrêt de travail.

La base de prestation est revalorisée, le cas échéant, pour les assurés bénéficiant du maintien des garanties prévu au paragraphe 1.5. du présent chapitre.

1.5. Maintien des garanties en cas de décès aux assurés en incapacité ou en invalidité indemnisés par la Sécurité sociale

1.5.1. Avant résiliation du bulletin d'adhésion de l'entreprise ou de la Convention

1.5.1.1. La garantie décès est maintenue aux assurés en arrêt de travail total ou partiel pour maladie ou accident ; le maintien de la garantie s'applique, y compris après rupture du contrat de travail, aussi longtemps que l'assuré perçoit de la Sécurité sociale des indemnités journalières, une pension d'invalidité ou une rente d'incapacité permanente au titre d'un accident du travail.

1.5.1.2. La garantie maintenue est celle souscrite dans le cadre de la Convention. Toutefois si l'assuré a été admis à la Convention alors qu'il se trouvait en arrêt de travail, les capitaux et rentes prévus sont versés en déduisant ceux maintenus par le précédent assureur.

En cas de rupture du contrat de travail de l'assuré en situation d'incapacité temporaire ou d'invalidité permanente, la garantie décès maintenue est celle dont il bénéficiait à la veille de la rupture.

1. 5.1.3. Le maintien cesse en tout état de cause :

- à la date à laquelle l'assuré ne remplit plus les conditions nécessaires pour bénéficier du versement des prestations incapacité - invalidité prévues par la Convention,
- à la date de liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale ou de la pension d'inaptitude au travail.

1. 5.1.4. La base de prestation, telle que définie au paragraphe 1.4. du présent chapitre, est celle ayant servi au calcul de l'arrêt de travail ayant entraîné le service de la prestation Sécurité sociale au titre de l'arrêt indemnisé.

1. 5.1.5. La base de prestation est revalorisée, sur décision du Comité Paritaire de Gestion, en principe au 1^{er} avril de chaque année. La première revalorisation s'applique au plus tôt, 6 mois jour pour jour, après l'arrêt de travail de l'assuré.

1.5.2. Après résiliation du bulletin d'adhésion de l'entreprise

1.5.2.1. La garantie décès est maintenue après résiliation du bulletin d'adhésion de l'entreprise dont relève l'assuré, au titre de tout arrêt de travail survenu avant la date d'effet de la résiliation et déclaré à l'assureur.

1.5.2.2. Les dispositions des paragraphes 1.5.1.1., 1.5.1.2., 1.5.1.3. et 1.5.1.4. s'appliquent. Toutefois, les prestations ne sont plus revalorisées.

1.5.3. Après résiliation de la Convention avec transfert des provisions

En cas de résiliation de la présente Convention quelle que soit la partie à l'origine de la résiliation, les contractants ont la possibilité de demander le transfert intégral des provisions, fonds et réserves du régime vers un (ou plusieurs) autre(s) organisme(s) assureur(s) qui reprend(nent) alors l'ensemble des engagements existant au titre de la présente Convention.

Le transfert de l'intégralité des provisions, fonds et réserves libère l'assureur de tout engagement au titre de la présente Convention. Les modalités de revalorisation seront définies dans la(les) convention(s) signée(s) avec le (les) nouvel(eaux) organismes(s) assureur(s) pour les entreprises qui adhèrent à ces organismes conformément à la nouvelle convention.

1.5.4. Après résiliation de la Convention sans transfert des provisions

Les dispositions des paragraphes 1.5.2.1. et 1.5.2.2. s'appliquent.

Toutefois, la base des prestations est revalorisée dans la limite de la provision pour égalisation et de la réserve générale non transférées.

1.6. Prescription

Conformément aux dispositions de l'article L114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par 2 ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance,

2° en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur 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'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à 10 ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du contractant et, dans les contrats d'assurances contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard 30 ans à compter du décès de l'assuré.

Conformément à l'article L114-2 du Code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée

avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription auxquelles l'article L. 114-2 du Code des assurances fait référence sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait qui interrompt le délai de prescription (Article 2240 du Code civil) ;
- la demande en justice, même en référé, qui interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (Article 2241 du Code civil) ;
- l'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance (Article 2242 du Code civil) ;
- l'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée (Article 2243 du Code civil) ;
- le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (Article 2244 du Code civil) ;
- l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers. En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu. Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers (Article 2245 du Code civil) ;
- l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution (Article 2246 du Code civil).

Conformément à l'article L114-3 du Code des assurances, par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

En cas d'évolution des articles cités du Code des assurances, l'application de la prescription sera faite conformément aux nouvelles dispositions.

1.7. Réclamation

Indépendamment du droit d'engager une action en justice, si, après avoir contacté son interlocuteur privilégié ou le service Clients par téléphone ou par courrier, une incompréhension subsiste, l'assuré peut faire appel au **Service Réclamation d'AXA France** (TSA 46 307 - 95 901 CERGY PONTOISE Cedex 9) par courrier ou via le formulaire de contact sur **axa.fr**. Il devra alors préciser son nom, le numéro du présent contrat ainsi que ses coordonnées complètes.

La situation de l'intéressé sera étudiée avec le plus grand soin ; un accusé de réception lui sera adressé dans un délai de 10 jours et une réponse lui sera adressée dans un délai de 60 jours (sauf survenance de circonstances particulières induisant un délai de traitement plus long, ce dont nous tiendrons informés l'assuré).

Si aucune solution n'a été trouvée, l'assuré peut faire appel au Médiateur de l'Assurance, personnalité indépendante, en écrivant à l'adresse suivante - **La Médiation de l'Assurance TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09**, ou par mail sur son site internet **<http://www.mediation-assurance.org>**. L'intervention du médiateur est gratuite.

Le Médiateur formulera un avis dans les 3 mois à compter de la date de réception du dossier complet. Son avis ne s'impose pas et laisse toute liberté à l'assuré pour saisir éventuellement le Tribunal français compétent.

1.8. Assurance individuelle après résiliation de la convention

Une assurance individuelle peut être souscrite auprès de l'assureur par tout assuré dont le contrat de travail est en vigueur, **dans les 2 mois** qui suivent la résiliation de la Convention ou du bulletin d'adhésion de l'entreprise dont relève l'assuré lorsque ces derniers ne sont pas remplacés par un autre contrat d'assurance de groupe.

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

1.9. Comité paritaire de gestion

Le fonctionnement de la Convention est soumis au contrôle du Comité Paritaire de Gestion institué par l'article 38 des clauses générales de la Convention Collective de l'Industrie Pharmaceutique et visé à l'article 4 de l'Accord Collectif du 9 juillet 2015 sur le Régime de Prévoyance des Salariés.

Ce Comité a pour mission générale le contrôle de l'application des règles de principe fixées par l'article 38 des clauses générales de la Convention Collective de l'Industrie Pharmaceutique et des règles de fonctionnement de l'Accord Collectif du 9 juillet 2015 sur le Régime de Prévoyance des Salariés. S'il y a lieu, il contrôle l'application des textes légaux et réglementaires. Il a également pour mission d'étudier les modifications des prestations et des cotisations et gérer le Fonds sur le haut degré de solidarité du régime.

1.10. Revalorisation des capitaux décès entre la date de décès et la date de versement

Conformément à la Loi ECKERT du 13 juin 2014, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2016, les capitaux servis en cas de décès sont revalorisés à compter de la date du décès ouvrant droit à prestations. Les conditions d'application de cette revalorisation sont fixées par les articles L132-5 et R132-3-1 du Code des assurances.

1.11. Utilisation des données à caractère personnel

L'assureur fait usage de ces données dans le cadre de ses activités de passation, de gestion et d'exécution du contrat d'assurance ou de celles d'autres contrats souscrits auprès de lui, comme auprès d'autres sociétés du groupe auquel l'assureur appartient.

L'assureur est également susceptible d'utiliser ces données dans le cadre d'un contentieux, de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, ou de la mise en conformité à une réglementation applicable.

Les données relatives à la santé des assurés éventuellement recueillies seront exclusivement utilisées pour la passation, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance.

Les destinataires des informations ainsi recueillies seront uniquement les sociétés du groupe AXA, réassureurs, partenaires ou organismes professionnels habilités, dès lors que ces informations seront nécessaires à la réalisation de leurs opérations.

Les données des assurés seront conservées le temps nécessaire à ces différentes opérations, ou pour la durée spécifiquement prévue par la CNIL (normes pour le secteur de l'assurance) ou la loi (prescriptions légales).

Les données à caractère personnel peuvent être accessibles à certains des collaborateurs ou prestataires de l'assureur établis dans des pays situés hors de l'Union Européenne, sous réserve des dispositions suivantes. Pour ces destinataires situés en-dehors de l'Union Européenne, le transfert est limité aux pays listés par la Commission Européenne comme protégeant suffisamment les données ou aux destinataires respectant soit les clauses contractuelles types proposées par la CNIL soit les règles internes d'entreprise du groupe AXA de protection des données (BCR). Les données relatives à la santé des assurés éventuellement recueillies ne seront communiquées qu'aux seuls sous-traitants habilités.

L'assureur est légalement tenu de vérifier l'exactitude, la complétude et la conformité de ces données. A cette fin, l'assureur se réserve le droit de solliciter un assuré pour vérifier ou compléter son dossier en y enregistrant par

exemple son adresse de messagerie électronique s'il a contacté l'assureur par ce biais.

L'assuré peut demander l'accès, la rectification, l'effacement ou la portabilité des données le concernant, ainsi que définir des directives relatives au sort de ces informations après son décès, choisir d'en limiter l'usage ou s'opposer à leur traitement.

Si l'assuré a donné une autorisation spéciale et expresse pour l'utilisation de certaines de ses données, à tout moment il peut la retirer sous réserve qu'il ne s'agisse pas d'informations nécessaires à l'exécution du contrat d'assurance.

L'assuré peut écrire au délégué à la protection des données pour exercer ses droits :

- par email (service.informationclient@axa.fr) ;
- par courrier (AXA France - Service Information Client - 313 Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre cedex).

En cas de réclamation, il peut choisir de saisir la CNIL.

Pour plus d'informations, consultez www.axa.fr/donnees-personnelles.html

1.12. Les dispositions relatives à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme

En sa qualité d'organisme financier, l'assureur est soumis aux obligations légales de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme issues principalement du code monétaire et financier (articles L.561-1 et suivants du Code monétaire et financier).

Afin de permettre à l'assureur de respecter ces obligations, L'entreprise adhérente s'engage à lui remettre les éléments et justificatifs d'identification et de connaissance client qui lui sont relatifs ainsi que ceux concernant les assurés salariés. En vertu du principe de vigilance constante, l'ensemble de ces éléments devra être actualisé notamment au moment de la délivrance de la prestation au profit de l'assuré salarié.

L'entreprise adhérente s'engage par ailleurs à ce que les sommes qui sont ou seront versées par ses soins au titre de ce contrat ne proviennent pas d'une fraude fiscale ou de toute autre infraction passible d'une peine privative de liberté supérieure à un an et ne participent pas au financement du terrorisme.

En cas de non-respect de ces différentes obligations et dans les cas légalement prévus, l'assureur réalisera une déclaration de soupçon auprès de TRACFIN ou toute autre démarche auprès des autorités compétentes conformément à la réglementation susvisée.

1.13. Mesures restrictives définies par la réglementation française et internationale

Dans le cadre des mesures restrictives définies par la réglementation française et internationale, il est précisé que : L'assureur est réputé fournir une couverture de risques et ne sera pas responsable ni tenu de payer l'indemnité ou de fournir des prestations en découlant dans la mesure où la fourniture d'une telle couverture, le paiement d'une telle réclamation ou la fourniture de ces prestations exposerait l'assureur à une sanction, une interdiction ou une restriction en vertu des résolutions des Nations Unies ou à des sanctions, des lois ou des règlements à caractère économique ou commercial de l'Union européenne, du Royaume-Uni ou des États-Unis d'Amérique.

L'exécution de l'obligation de l'assureur de couvrir un risque en application du présent contrat d'assurance est suspendue, de plein droit et sans formalité, dans la mesure où elle contreviendrait à une ou plusieurs mesures restrictives définies par la réglementation française et internationale.

Cette suspension s'applique à toute obligation de paiement d'une somme d'argent ou de fournir une prestation, notamment dans le cadre d'un sinistre. L'exigibilité du paiement de la somme d'argent contractuellement due par l'assureur est reportée jusqu'au jour où lesdites mesures de sanctions internationales cessent d'affecter l'obligation de l'assureur.

2. DÉCÈS

2.1. Objet de la garantie

La garantie a pour objet, selon l'option retenue par l'assuré :

2.1.1. Option 1

- en cas de décès de l'assuré, le versement d'un capital, variable en fonction de la situation de famille ;
- en cas d'invalidité absolue et définitive de l'assuré, le versement PAR ANTICIPATION de ce capital ;
- en cas de prédécès du conjoint ou du partenaire lié à l'assuré par un pacte civil de solidarité, d'un ENFANT ou d'un ascendant à charge, le versement d'un capital.

2.1.2. Option 2

- en cas de décès de l'assuré :
 - le versement d'un capital réduit,
 - le service, au profit de chaque enfant à charge, d'une rente éducation, majorée pour les orphelins de père et de mère ;
- en cas d'invalidité absolue et définitive de l'assuré :
 - le versement par anticipation du capital prévu en cas de décès de l'assuré,
 - le service par anticipation de la rente éducation prévue en cas de décès de l'assuré ;
- en cas de prédécès du conjoint ou du partenaire lié à l'assuré par un pacte civil de solidarité, d'un enfant ou d'un ascendant à charge, le versement d'un capital.

2.1.3. Option 3

- en cas de décès de l'assuré :
 - le versement d'un capital réduit,
 - le service d'une rente temporaire, au profit du conjoint marié non séparé judiciairement ou du partenaire lié par un PACS ;
- en cas d'invalidité absolue et définitive de l'assuré :
 - le versement par anticipation du capital prévu en cas de décès de l'assuré,
 - le service par anticipation de la rente temporaire prévue en cas de décès de l'assuré ;
- en cas de prédécès du conjoint ou du partenaire lié à l'assuré par un pacte civil de solidarité, d'un enfant ou d'un ascendant à charge, le versement d'un capital.

2.2. Choix de l'option

Le choix de l'option est effectué par l'assuré à la date d'admission à l'assurance.

Il est toutefois précisé que les choix faits antérieurement à la date d'effet de la Convention au titre du Régime Professionnel Conventionnel (R.P.C.) restent valides. Sont concernés les choix effectués :

- dans le cadre des Conventions N° 35.31.0000 et 35.37.0000 souscrites antérieurement au 1^{er} janvier 1995 auprès des A.G.F. ;
- dans le cadre des Conventions N° 703 042 et 703 044 souscrites antérieurement au 1^{er} janvier 2016 auprès d'AXA France Vie.

Le choix de l'option peut être modifié à tout moment par l'assuré : la demande peut être faite sur l'outil internet mis à disposition par l'assureur, ou par lettre transmise à l'ASSUREUR ou au gestionnaire mandaté pour application au premier jour du mois suivant la réception de ladite lettre.

L'OPTION 1 est en tout état de cause appliquée :

- à défaut de choix exprimé par l'assuré ;
- lorsque, l'Option 2 ayant été retenue, la situation en vigueur au moment du décès ou de la reconnaissance de l'invalidité absolue et définitive ne donne lieu au versement d'aucune rente d'éducation en application de la présente Convention (pas d'enfant à charge ni d'enfant handicapé pouvant bénéficier de la rente éducation) ;
- lorsque, l'Option 3 ayant été retenue, la situation en vigueur au moment du décès ou de la reconnaissance de l'invalidité absolue et définitive ne permet pas le versement de la rente temporaire de conjoint en application de la présente Convention (pas de conjoint ou conjoint ne pouvant pas bénéficier du versement de la rente temporaire de conjoint).

2.3. Montant des prestations

2.3.1. Option 1

2.3.1.1. Décès de l'assuré

Le montant du capital est fixé comme suit, en pourcentage de la base de prestation visée au chapitre 1 (paragraphe 1.4.) :

	TRANCHES A, B, C
Assuré sans personne à charge :	
■ Célibataire, veuf, divorcé	170 %
■ Marié ou lié à un partenaire par un pacte civil de solidarité	220 %
Assuré avec personne(s) à charge :	
■ Assuré avec une personne à charge	310 %
■ Majoration par personne à charge supplémentaire	90 %

Les personnes à charge sont définies au paragraphe 4.1 du présent chapitre.

2.3.1.2. Invalidité absolue et définitive de l'assuré

Le capital prévu en cas de décès de l'assuré (paragraphe 3.1.1) est versé PAR ANTICIPATION en cas d'invalidité absolue et définitive répondant à la définition du paragraphe 4.2 du présent chapitre. Le décès postérieur de l'assuré n'ouvre pas de nouveaux droits.

2.3.1.3. Prédéces du conjoint ou du partenaire lié par un pacte civil de solidarité, d'un enfant ou d'un ascendant à charge

En cas de prédécès du conjoint ou du partenaire lié à l'assuré par un pacte civil de solidarité, d'un enfant ou d'un ascendant à charge au sens du présent chapitre, il est versé à l'assuré un capital fixé à 20 % du plafond annuel de la Sécurité sociale. Pour les enfants âgés de moins de 12 ans, ce capital est limité aux frais d'obsèques dûment justifiés.

Le montant du plafond annuel de la Sécurité sociale est celui fixé au 1^{er} janvier de l'exercice au cours duquel survient le décès.

2.3.2. Option 2

2.3.2.1. Décès de l'assuré

Capital

Le montant du capital est fixé à 170 % de la base de prestation visée au Chapitre 1 (paragraphe 1.4.).

Rente Education

Le montant annuel de la rente est fixé comme suit, en pourcentage de la base de prestation visée au chapitre 1 (paragraphe 1.4.) :

	TRANCHES A ET B
■ jusqu'au 11 ^e anniversaire	12 %
■ du 11 ^e au 18 ^e anniversaire	16 %
■ du 18 ^e au 27 ^e anniversaire	19 %
■ au-delà du 27 ^e anniversaire, s'ils sont reconnus handicapés avant leur 27 ^e anniversaire	19 %

Les enfants bénéficiaires sont définis au paragraphe 2.4.1 du présent chapitre.

Le montant de la rente éducation prévue ci-dessus est doublé pour les enfants orphelins de père et de mère.

En tout état de cause le total des rentes éducations versées aux enfants de l'assuré ne peut dépasser la base de prestation revalorisée du salarié décédé. En cas de dépassement à la date du décès, chacune des rentes est réduite dans les mêmes proportions.

2.3.2.2. Invalidité absolue et définitive de l'assuré

Le capital et la rente éducation prévus en cas de décès de l'assuré (paragraphe 2.3.2.1) sont versés **par anticipation** en cas d'invalidité absolue et définitive répondant à la définition du paragraphe 2.4.2 du présent chapitre. Le décès postérieur de l'assuré n'ouvre pas de nouveaux droits.

2.3.2.3. Prédécès du conjoint ou du partenaire lié par un pacte civil de solidarité, d'un enfant ou d'un ascendant à charge

En cas de prédécès du conjoint ou du partenaire lié à l'assuré par un pacte civil de solidarité, d'un enfant ou d'un ascendant à charge au sens du présent chapitre, il est versé à l'assuré un capital fixé à 20 % du plafond annuel de la Sécurité sociale. Pour les enfants âgés de moins de 12 ans, ce capital est limité aux frais d'obsèques dûment justifiés.

Le montant du plafond annuel de la Sécurité sociale est celui fixé au 1^{er} janvier de l'exercice au cours duquel survient le décès.

2.3.3. Option 3

2.3.3.1. Décès de l'assuré

Capital

Le montant du capital est fixé à 170 % de la base de prestation visée au chapitre 1 (paragraphe 1.4.).

Rente de Conjoint

Le montant annuel de la rente temporaire est fixé à 12% de la base de prestation limitée à la tranche B telle que visée au chapitre 1 (paragraphe 1.4.).

2.3.3.2. Invalidité absolue et définitive de l'assuré

Le capital et la rente de conjoint prévus en cas de décès de l'assuré (paragraphe 2.3.3.1.) sont versés **par anticipation** en cas d'invalidité absolue et définitive répondant à la définition du paragraphe 2.4.2. du présent chapitre. Le décès postérieur de l'assuré n'ouvre pas de nouveaux droits.

2.3.3.3. Prédéces du conjoint ou du partenaire lié par un pacte civil de solidarité, d'un enfant ou d'un ascendant à charge

En cas de prédécès du conjoint ou du partenaire lié à l'assuré par un pacte civil de solidarité, d'un enfant ou d'un ascendant à charge au sens du présent chapitre, il est versé à l'assuré un capital fixé à 20 % du plafond annuel de la Sécurité sociale. Pour les enfants âgés de moins de 12 ans, ce capital est limité aux frais d'obsèques dûment justifiés.

Le montant du plafond annuel de la Sécurité sociale est celui fixé au 1^{er} janvier de l'exercice au cours duquel survient le décès.

2.4. Définitions

2.4.1. Situation de famille

Le conjoint est l'époux ou l'épouse de l'assuré non divorcé ni séparé judiciairement.

Le partenaire de PACS est la personne ayant conclu avec l'assuré un Pacte Civil de Solidarité.

Les **enfants à charge** sont les enfants (et enfants adoptés) du salarié :

- de moins de 18 ans ;
- de 18 à 27 ans s'ils remplissent l'une des conditions suivantes :
 - suivre des études secondaires ou supérieures, ou une formation en alternance,
 - effectuer un service civique,
 - être sous contrat d'engagement jeune ;
- quel que soit leur âge, s'ils sont reconnus handicapés avant leur 27^e anniversaire ; les enfants reconnus handicapés sont les enfants dont le taux d'incapacité permanente est supérieur ou égal à 80 % ou invalide de 3^e catégorie (carte mobilité inclusion mention « invalidité »).

Les **personnes à charge** ouvrant droit à une majoration du capital décès sont :

- les enfants remplissant les conditions ci-dessus ;
- les ascendants directs de l'assuré et de son conjoint ou partenaire de PACS, titulaires de la Carte Mobilité Inclusion Invalidité (dont le taux d'incapacité permanente est supérieur ou égal à 80 % ou invalide de 3^e catégorie ou classé en grille 1 ou 2 de la grille Aggir), à condition que l'invalide vive sous le toit de l'assuré.

Le conjoint susceptible de percevoir la rente de conjoint est le conjoint ou le partenaire de PACS tels que définis ci-dessus.

La situation de famille retenue est celle existant au moment du décès ou à la date de reconnaissance de l'invalidité absolue et définitive ; toutefois :

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

2.4.2. Invalidité absolue et définitive

L'assuré est reconnu par l'assureur comme atteint d'une invalidité absolue et définitive lorsqu'il est prouvé qu'il est totalement inapte à la moindre activité lui donnant gain ou profit ; il doit être classé en 3^e catégorie par la Sécurité sociale ou, en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, être dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie et bénéficier, de ce fait de l'allocation correspondante de la Sécurité sociale.

2.5. Dispositions communes aux rentes

2.5.1. Revalorisation

2.5.1.1. Avant résiliation du bulletin d'adhésion de l'entreprise ou de la Convention

La rente est revalorisée, sur décision du Comité Paritaire de Gestion, en principe au 1^{er} avril de chaque année. La première revalorisation s'applique au plus tôt, à compter du 6^e mois de la prise d'effet de la rente.

2.5.1.2. Après résiliation du bulletin d'adhésion de l'entreprise

En cas de résiliation du bulletin d'adhésion de l'entreprise dont relève l'assuré, la rente n'est plus revalorisée.

2.5.1.3. Après résiliation de la Convention avec transfert des provisions

En cas de résiliation de la présente Convention quelle que soit la partie à l'origine de la résiliation, les CONTRACTANTS ont la possibilité de demander le transfert intégral des provisions, fonds et réserves du régime vers un (ou plusieurs) autre(s) organisme(s) assureur(s) qui reprend(nent) alors l'ensemble des engagements existant au titre de la présente Convention.

Le transfert de l'intégralité des provisions, fonds et réserves libère l'assureur de tout engagement au titre de la présente Convention. Les modalités de revalorisation seront définies dans la(les) convention(s) signée(s) avec le(s) nouvel(eaux) organisme(s) assureur(s) pour les entreprises qui adhèrent à ces organismes conformément à la nouvelle convention.

2.5.1.4. Après résiliation de la Convention sans transfert des provisions ou de résiliation de la garantie

La rente est revalorisée dans la limite des ressources de la provision pour égalisation et de la réserve générale non transférées.

2.5.2. Règlements et fin de prestations

2.5.2.1. Rente éducation

La rente annuelle est payable par quart à la fin de chaque trimestre civil.

Elle est versée à l'enfant lui-même s'il jouit de la capacité juridique ou à son représentant légal dans le cas contraire.

La rente prend effet le premier jour du mois civil au cours duquel survient le décès ou l'invalidité absolue et définitive de l'assuré. La majoration de la rente pour changement de tranche d'âge prend effet à compter du premier jour du trimestre civil de l'anniversaire de l'enfant.

La rente cesse d'être due à compter du jour où l'enfant ne remplit plus les conditions requises pour être considéré comme enfant à charge, et en tout état de cause au 27^e anniversaire de l'enfant, le dernier paiement étant calculé prorata temporis. Si l'enfant est reconnu handicapé avant son 27^e anniversaire auquel cas la limite du 27^e anniversaire n'est pas appliquée.

2.5.3.2. Rente de conjoint

La rente annuelle est payable par quart à la fin de chaque trimestre civil.

La rente prend effet le premier jour du mois civil au cours duquel survient le décès ou l'invalidité absolue et définitive de l'assuré.

La rente prend fin à la date à laquelle le bénéficiaire perçoit une pension de retraite au titre d'un régime obligatoire d'assurance vieillesse et au plus tard lorsqu'il atteint l'âge légal de la retraite visé à l'article L 161-17-2 du code de la Sécurité sociale.

2.6. Bénéficiaires

2.6.1. Décès de l'assuré

Pour le versement du capital, en cas de décès au cours d'un même événement de l'assuré et d'au moins une des personnes susceptibles de bénéficier du capital, sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès, l'assuré est présumé être décédé le dernier.

2.6.1.1. Désignation type

Le capital est versé :

- au conjoint tel que défini au paragraphe 2.4.1. ;
- à défaut au partenaire avec lequel il est lié par un pacte civil de solidarité ;
- à défaut, par parts égales entre eux, aux enfants de l'assuré ;
- à défaut, par parts égales entre eux, au père et à la mère de l'assuré, ou au survivant d'entre eux ;
- à défaut, aux héritiers de l'assuré.

2.6.1.2. Désignation particulière

Les désignations particulières faites dans le cadre des Conventions N° 35.31.0000 et N° 35.37.0000 souscrites antérieurement au 1^{er} janvier 1995 auprès des A.G.F. ainsi que celles faites dans le cadre des Conventions N° 703.042 et 703.044 antérieurement au 1^{er} janvier 2016 restent valides.

À toute époque, l'assuré a la faculté de faire une désignation particulière transmise à l'assureur ou au gestionnaire mandaté ; elle peut être faite sur l'outil internet mis à disposition par l'assureur ou faire l'objet d'un acte authentique ou d'un acte sous seing privé. Cette désignation est irrévocable en cas d'acceptation par le bénéficiaire sauf cas de révocation de plein droit prévu par le Code Civil.

Lorsque l'assuré a désigné plusieurs bénéficiaires et qu'un d'eux décède avant l'assuré, le capital est versé aux autres bénéficiaires au prorata de leurs parts respectives.

Toutefois, **la désignation particulière** est annulée et la désignation type s'applique

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

2.6.1.3. Réserve

Par dérogation à ce qui précède et nonobstant toute autre désignation, lorsque le montant du capital est déterminé en tenant compte des personnes à charge, la majoration de capital correspondante ne saurait profiter qu'aux personnes prises en considération pour le calcul de ces majorations, celle-ci est alors versée :

- au conjoint ou au partenaire lié par un pacte civil de solidarité, père ou mère de l'enfant mineur ou majeur incapable, s'il en a la garde ;
- au représentant légal de chaque enfant mineur, lorsque le conjoint ou le partenaire lié par un pacte civil de solidarité, père ou mère de l'enfant, n'en a pas la garde ;
- à chaque enfant majeur ou mineur émancipé ;
- à chaque personne à charge ou à son représentant légal si elle ne dispose pas de la capacité juridique.

La majoration de capital liée à la présence de personne(s) à charge est égale à la différence entre le montant du capital déterminé en tenant compte des personnes à charge et le montant du capital garanti aux personnes sans personne à charge (déterminé selon la situation matrimonial de l'assuré). Elle est répartie par parts égales entre chaque personne à charge.

2.6.1.4 Pluralité de bénéficiaires

Les règlements sont effectués au siège social de l'assureur ou du gestionnaire mandaté sur quittance conjointe des intéressés.

2.6.1.5 Invalidité absolue et définitive

Le capital est versé à l'assuré ou à son représentant légal s'il ne jouit pas de la capacité juridique ; toutefois, en cas de décès de l'assuré avant paiement du capital, ce dernier est versé aux bénéficiaires tels que visés au paragraphe 2.6.1 ci-dessus.

2.7. Pièces à fournir en cas de sinistre

2.7.1. Décès

Le versement des prestations est subordonné à la remise de toutes pièces justificatives comprenant notamment :

- l'extrait d'acte de décès de l'assuré et, s'il y a lieu, du conjoint ou du partenaire lié à l'assuré par un pacte civil de solidarité ou d'une personne à charge ;
- une copie du contrat de travail et de ses avenants au titre de la carrière de l'assuré dans l'entreprise, à défaut une attestation de l'entreprise indiquant les périodes et taux de travail à temps partiel ou complet ;
- l'extrait d'acte de naissance de l'assuré et en tant que de besoin, l'extrait d'acte de naissance du conjoint ou du partenaire lié à l'assuré par un pacte civil de solidarité ou d'une personne à charge ;
- copie de la convention de PACS délivrée par le tribunal d'instance ;
- les pièces justificatives de la qualité des personnes susceptibles d'être prises en compte pour le calcul du capital ou le bénéfice de la rente éducation, et notamment :
 - certificat de scolarité,
 - attestation de l'affiliation au régime de la Sécurité sociale des Etudiants,
 - attestation du paiement des allocations pour personnes handicapées ;
- les pièces justificatives de la qualité et des droits des bénéficiaires du capital Décès et notamment, le cas échéant, l'acte de notoriété ;
- le certificat médical indiquant si le décès est dû ou non à une cause naturelle ;
- la copie de la Carte Nationale d'Identité du/des bénéficiaires ;
- le dernier avis d'imposition de l'assuré.

S'agissant d'un enfant percevant la rente éducation, le bénéficiaire doit fournir l'attestation de l'affiliation à un régime obligatoire de la Sécurité sociale. Cette attestation doit être communiquée de nouveau en cas de changement d'immatriculation. Les pièces justificatives de la qualité d'enfant à charge sont à renouveler périodiquement.

S'agissant des rentes de conjoint, le bénéficiaire doit fournir :

- chaque année, au cours du premier trimestre civil, l'attestation sur l'honneur de non-entrée en jouissance de la pension de retraite au titre d'un régime obligatoire d'assurance vieillesse ;
- l'attestation de l'affiliation à un régime obligatoire de la Sécurité sociale. Cette attestation doit être communiquée de nouveau en cas de changement d'immatriculation.

Le service des rentes étant subordonné à la fourniture de la preuve de la qualité d'ayant droit, l'assureur se réserve le droit de demander toute autre pièce nécessaire à l'appréciation de la situation du bénéficiaire.

2.7.2. Invalidité absolue et définitive

Le versement du capital est subordonné à la remise de toutes pièces justificatives comprenant notamment :

- les certificats médicaux ;
- la notification de la décision de la Sécurité sociale attribuant l'allocation pour assistance d'une tierce personne ;
- les pièces justificatives visées au paragraphe 2.7.1. ci-dessus relatives à la qualité des personnes susceptibles d'être prises en considération pour le calcul du capital.

L'assureur se réserve le droit de soumettre l'assuré à expertise médicale.

2.8. Exclusions

Le décès et l'invalidité absolue et définitive sont garantis quelle qu'en soit la cause.

3. INCAPACITÉ DE TRAVAIL - INVALIDITÉ PERMANENTE

3.1. Objet de la garantie

La garantie a pour objet, le service :

- d'une indemnité journalière, en cas d'incapacité temporaire de travail de l'assuré ouvrant droit au versement des prestations de la Sécurité sociale au titre de l'assurance Maladie (prestation en espèces) ;
- d'une rente, en cas d'invalidité permanente de l'assuré ouvrant droit au versement des prestations de la Sécurité sociale au titre de l'assurance Invalidité (rente d'invalidité) ;
- d'une indemnité journalière ou d'une rente, en cas d'incapacité temporaire ou d'incapacité permanente au moins égale à 20 %, ouvrant droit au versement des prestations de la Sécurité sociale au titre de la législation sur les accidents du travail et maladies professionnelles.

Le cumul des prestations nettes versées par l'ASSUREUR, la Sécurité sociale, et, le cas échéant, de la rémunération nette versée par l'employeur, ne peut excéder 100 % de la base de prestation nette telle que visée au chapitre 1 (paragraphe 1.4.) éventuellement revalorisée conformément aux dispositions de la présente Convention. Le dépassement éventuel réduit d'autant la présente garantie de l'ASSUREUR. Prestations nettes et rémunération nette s'entendent après déduction des contributions sociales y compris CSG (Contribution Sociale Généralisée) et CRDS (Contribution au Remboursement de la Dette Sociale) et avant déduction de l'impôt sur le revenu.

Il est à noter que lorsque l'invalidité fait suite à un arrêt de travail, la date de survenance de l'invalidité est la date de survenance de l'arrêt de travail qui a précédé la mise en invalidité, pour les invalidités non précédées d'un arrêt de travail (invalidité directe), la date de survenance de l'invalidité est la date de mise en invalidité.

Les arrêts de travail « COVID 19 » listés ci-dessous, survenus **entre le 10 mars 2020 et le 31 janvier 2023**, et donnant lieu au versement de prestations de la Sécurité sociale au titre de l'assurance Maladie sont assimilés à une incapacité temporaire de travail de l'assuré consécutive à une maladie ou un accident:

- Cas 1 - Arrêt de travail pour garde d'enfant de moins de seize ans lié au COVID19
- Cas 2 - Arrêt de travail pour mesure d'isolement, d'éviction ou de maintien à domicile lié au COVID19
- Cas 3.1 - Arrêt de travail pour personne à risque lié au COVID19
- Cas 3.2 - Arrêt de travail pour une proche d'une personne à risque

Les arrêts de travail « COVID 19 » listés ci-dessous, survenus entre le 10 janvier 2021 et le 31 janvier 2023, et donnant lieu au versement de prestations de la Sécurité sociale au titre de l'assurance Maladie sont assimilés à une incapacité temporaire de travail de l'assuré consécutive à une maladie ou un accident:

- Cas 4 - Arrêt de travail pour personne présentant des symptômes à la COVID19 à condition qu'il fasse réaliser un test de détection du SARS-CoV-2 inscrit à la nomenclature des actes de biologie médicale dans un délai de deux jours à compter du début de l'arrêt de travail, et pour la durée courant jusqu'à la date d'obtention du résultat du test
- Cas 5 - Arrêt de travail pour personne dont le test de détection du SARS-CoV-2 inscrit à la nomenclature des actes de biologie médicale conclut à une contamination par la COVID19

L'ensemble de ces arrêts de travail « COVID 19 » donneront lieu au versement d'indemnités journalières, **jusqu'au 31 janvier 2023 au plus**, dans les mêmes conditions que les arrêts visés au chapitre 3 - paragraphe 3.2.

3.2. Incapacité temporaire de travail et maladie de longue durée

3.2.1. Franchise

Est définie « franchise », la période débutant le 1^{er} jour d'arrêt de travail et finissant la veille du début de l'indemnisation du régime de prévoyance.

3.2.1.1. - Assuré ayant moins d'un an d'ancienneté effective dans l'entreprise, au premier jour d'arrêt de travail

Pour les assurés ayant moins d'un an d'ancienneté effective dans l'entreprise à la date du 1^{er} jour de l'arrêt de travail, la franchise est de 3 jours. L'indemnité au titre de la présente Convention est ainsi versée à partir du 4^e jour inclus d'arrêt.

Par dérogation à l'alinéa précédent, lorsque les dispositions légales prévoient une obligation de maintien de salaire de l'employeur, la franchise pour les arrêts pris en charge par la présente convention est égale à la durée du maintien de salaire légal et est au minimum de 3 jours. L'indemnité au titre de la présente Convention est ainsi versée en relais du maintien de salaire légal, et au plus tôt à partir du 4^e jour inclus d'arrêt.

3.2.1.2 - Assuré ayant un an d'ancienneté effective dans l'entreprise, au premier jour d'arrêt de travail

Pour les assurés ayant un an d'ancienneté effective dans l'entreprise à la date du 1^{er} jour de l'arrêt de travail, la franchise est égale à la durée du maintien de salaire par l'employeur prévue à l'article 28-3° des clauses générales de la Convention Collective Nationale de l'Industrie Pharmaceutique. L'indemnité au titre de la présente Convention est ainsi versée en relais du maintien de salaire prévue à l'article 28-3° des clauses générales de la Convention Collective Nationale de l'Industrie Pharmaceutique,

Le délai de déclaration est celui prévu au paragraphe 3.6. du présent Chapitre.

Il est toutefois précisé que lorsqu'un assuré reprend son travail dans le cadre d'un « mi-temps » thérapeutique, la prise en charge par le régime se fait dès le 1^{er} jour de la reprise de travail, après cessation du maintien de salaire de l'employeur.

Il est également précisé que les périodes d'arrêt de travail pour congé de maternité ou congé de paternité et d'accueil de l'enfant, ou pour congés payés ou pour congé parental total d'éducation, n'ouvrent pas droit à la garantie et aux prestations. Si, à l'expiration de l'un des dits congés précités, l'assuré est maintenu en arrêt de travail, la garantie entrera en vigueur comme si la cessation de travail datait de l'expiration du dit congé, compte tenu, le cas échéant, des arrêts de travail pour maladie déjà intervenus au cours du même exercice.

En cas d'absence ininterrompue, successivement pour maladie ayant donné lieu à indemnisation au titre du Régime Professionnel Conventionnel, puis l'un des dits congés, avec à nouveau une absence pour maladie, la nouvelle incapacité de travail intervenant au cours de la même année civile ouvre droit au paiement des indemnités journalières à compter du 1^{er} jour suivant le nouvel arrêt de travail.

3.2.2. Montant de l'indemnité journalière

Le montant de l'indemnité journalière est fixé à 80 % de la 365^e partie de la base de prestation visée au chapitre 1 (paragraphe 1.4.), et sous déduction des indemnités journalières de la sécurité sociale.

En tout état de cause, cette indemnité journalière est limitée de sorte que l'indemnisation nette du salarié (y compris indemnités journalières de la sécurité sociale) ne puisse pas être supérieure à 100 % de la rémunération nette équivalant à la base de prestation visée au chapitre 1 (paragraphe 1.4.) éventuellement revalorisée conformément aux dispositions de la présente Convention. Indemnisation nette et rémunération nette s'entendent notamment après déduction des contributions CSG (Contribution Sociale Généralisée) et CRDS (Contribution au Remboursement de la Dette Sociale) et avant déduction de l'impôt sur le revenu.

En cas de sinistre survenant pendant une suspension de contrat de travail indemnisée par l'entreprise adhérente et donnant lieu au maintien des garanties, l'indemnité journalière est limitée de sorte que l'indemnisation nette du salarié (y compris indemnités journalières de la sécurité sociale) ne puisse être supérieure à 100 % de la

rémunération nette qu'il aurait perçu pendant la période de suspension s'il n'avait pas été en incapacité. Au-delà de la période de suspension, l'alinéa précédent s'applique.

Lorsqu'un assuré reprend son travail dans le cadre d'un « mi-temps » thérapeutique, le montant net de l'indemnité journalière est limité à la différence entre :

- d'une part, 100 % de la base de prestation nette visée au chapitre 1 (paragraphe 1.4.) éventuellement revalorisée conformément aux dispositions de la présente Convention ;
- d'autre part, le cumul des deux éléments suivants :
 - l'indemnité journalière nette maintenue par la Sécurité sociale,
 - la base de prestation nette visée au chapitre 1 (paragraphe 1.4.) éventuellement revalorisée conformément aux dispositions de la présente Convention multipliée par le taux de travail à temps partiel.

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

Lorsque la Sécurité sociale suspend le versement des indemnités journalières de Sécurité sociale, le versement des indemnités journalières fixées ci-dessus est également suspendu.

Lorsque la Sécurité sociale réduit le montant des indemnités journalières de Sécurité sociale, le montant des indemnités journalières fixées ci-dessus est réduit dans la même proportion. Cette disposition ne s'applique pas lorsque la réduction du montant des indemnités journalières de Sécurité sociale est liée à l'application de règles de limitation de prestations pour tenir compte des revenus perçus par ailleurs par l'assuré.

Lorsque l'assuré ne justifie pas du nombre d'heures de travail nécessaire à l'ouverture des droits auprès de la Sécurité sociale, l'ASSUREUR détermine sa prestation comme si l'assuré avait bénéficié des prestations correspondantes de la Sécurité sociale.

3.2.3. Règlements

L'indemnité journalière est payable à réception des décomptes de la Sécurité sociale.

Le service de l'indemnité journalière cesse quand prend fin le service de l'indemnité journalière de la Sécurité sociale et, en tout état de cause, à la date d'attribution de la pension vieillesse de la Sécurité sociale.

Pendant toute la durée du contrat de travail liant l'assuré à l'entreprise adhérente, l'indemnité journalière est versée à l'entreprise adhérente. Après rupture du contrat de travail, l'indemnité journalière est versée à l'assuré.

3.3. Invalidité permanente

3.3.1. Montant de la rente

Le montant annuel de la rente est fonction de la catégorie d'invalides dans laquelle l'assuré est classé par la Sécurité sociale.

Il est fixé comme suit, en pourcentage de la base de prestation visée au chapitre 1 (paragraphe 1.4.) :

	TRANCHE A	TRANCHES B ET C
■ 1 ^{ère} catégorie	22,50 %	60 %,
■ 2 ^e et 3 ^e catégories	30 %	80 %,

Si, du fait de l'évolution de son affection, l'assuré change de catégorie d'invalidité le montant de la rente est adapté en conséquence y compris après la résiliation du bulletin d'adhésion de l'entreprise.

En tout état de cause, pour les invalidités permanentes dont la date de survenance est postérieure au 31 mars 2022 :

- la rente est limitée de sorte que l'indemnisation nette de l'assuré (y compris la rente versée par la Sécurité sociale) ne puisse pas être supérieure à 100 % de la rémunération nette équivalant à la base de prestation visée au chapitre 1 (paragraphe 1.4.) éventuellement revalorisée conformément aux dispositions de la présente Convention. Indemnisation nette et rémunération nette s'entendent notamment après déduction des contributions CSG (Contribution Sociale Généralisée) et CRDS (Contribution au Remboursement de la Dette Sociale) et avant déduction de l'impôt sur le revenu ;
- en cas d'invalidité survenant pendant une suspension de contrat de travail indemnisée par l'entreprise adhérente et donnant lieu au maintien des garanties, la rente est limitée de sorte que l'indemnisation nette de l'assuré (y compris la rente versée par la Sécurité sociale) ne puisse être supérieure à 100 % de la rémunération nette qu'il aurait perçu pendant la période de suspension s'il n'avait pas été en invalidité. Au-delà de la période de suspension, l'alinéa précédent s'applique ;
- lorsque l'assuré continue d'exercer son activité au service de l'entreprise adhérente, le montant net de la rente est limité à la différence entre :
 - d'une part, 100 % de la base de prestation nette visée au chapitre 1 (paragraphe 1.4.) éventuellement revalorisée conformément aux dispositions de la présente Convention,
 - d'autre part, le cumul des deux éléments suivants :
 - la rente nette maintenue par la Sécurité sociale
 - la base de prestation nette visée au chapitre 1 (paragraphe 1.4.) éventuellement revalorisée conformément aux dispositions de la présente Convention multipliée par le taux de travail à temps partiel.

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

3.3.2. Définition des catégories d'invalides

Les catégories d'invalides sont ainsi définies :

- 1^{ère} catégorie : invalide capable d'exercer une activité rémunérée ;
- 2^e catégorie : invalide absolument incapable d'exercer une profession quelconque ;
- 3^e catégorie : invalide qui, étant absolument incapable d'exercer une profession quelconque, est en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

3.3.3. Règlements

La rente annuelle est payable à l'assuré, par quart, à la fin de chaque trimestre civil.

Le service de la rente débute dès le classement de l'assuré par la Sécurité sociale dans l'une des catégories d'invalides et cesse quand prend fin le service de la rente par cette dernière.

3.4. Accidents du travail - maladies professionnelles

3.4.1. Incapacité temporaire

Les dispositions prévues au paragraphe 3.2. du présent chapitre s'appliquent, sous réserve des dispositions suivantes :

- le montant de l'indemnité journalière est fixé à 90 % de la 365^e partie de la base de prestation visée au chapitre 1 (paragraphe 1.4.), sous déduction des prestations versées au même titre par la Sécurité sociale.

En tout état de cause, cette indemnité journalière est limitée de sorte que l'indemnisation nette du salarié (y compris indemnités journalières de la sécurité sociale) ne puisse pas être supérieure à 100 % de la rémunération

nette équivalant à la base de prestation visée au chapitre 1 (paragraphe 1.4.) éventuellement revalorisée conformément aux dispositions de la présente Convention. Indemnisation nette et rémunération nette s'entendent notamment après déduction des contributions CSG (Contribution Sociale Généralisée) et CRDS (Contribution au Remboursement de la Dette Sociale) et avant déduction de l'impôt sur le revenu.

En cas de sinistre survenant pendant une suspension de contrat de travail indemnisée par l'entreprise adhérente et donnant lieu au maintien des garanties, l'indemnité journalière est limitée de sorte que l'indemnisation nette du salarié (y compris indemnités journalières de la sécurité sociale) ne puisse être supérieure à 100 % de la rémunération nette qu'il aurait perçu pendant la période de suspension s'il n'avait pas été en incapacité. Au-delà de la période de suspension, l'alinéa précédent s'applique.

L'indemnité est versée :

- pour les assurés ayant moins d'un an d'ancienneté dans l'entreprise à la date du début de l'arrêt de travail : à partir du 1^{er} jour inclus dès lors que la durée de cet arrêt est égale ou supérieure à 3 jours ;
- pour les assurés ayant au moins un an d'ancienneté dans l'entreprise à la date du 1^{er} jour de l'arrêt de travail : à partir du 91^e jour d'arrêt continu, applicable à chaque arrêt.

3.4.2. Incapacité permanente

3.4.2.1. Montant de la rente

- Taux égal ou supérieur à 50 % :

Le montant annuel de la rente est fixé à 90 % de la base de prestations visé au chapitre 1 (paragraphe 1.4.), sous déduction des prestations versées au même titre par la Sécurité sociale.

- Taux au moins égal à 20 % et inférieur à 50 % :

Le montant annuel de la rente est fixé comme suit, en pourcentage de la base de prestation visée chapitre 1 (paragraphe 1.4.), sous déduction des prestations versées au même titre par la Sécurité sociale :

$$90 \% \times 2 \times N$$

N représente le taux d'incapacité permanente déterminé par la Sécurité sociale.

En tout état de cause, pour les incapacités permanente dont la date de survenance est postérieure au 31 mars 2022 :

- la rente est limitée de sorte que l'indemnisation nette de l'assuré (y compris la rente versée par la Sécurité sociale) ne puisse pas être supérieure à 100 % de la rémunération nette équivalant à la base de prestation visée au chapitre 1 (paragraphe 1.4.) éventuellement revalorisée conformément aux dispositions de la présente Convention. Indemnisation nette et rémunération nette s'entendent notamment après déduction des contributions CSG (Contribution Sociale Généralisée) et CRDS (Contribution au Remboursement de la Dette Sociale) et avant déduction de l'impôt sur le revenu ;
- en cas d'incapacité permanente survenant pendant une suspension de contrat de travail indemnisée par l'entreprise adhérente et donnant lieu au maintien des garanties, la rente est limitée de sorte que l'indemnisation nette de l'assuré (y compris la rente versée par la Sécurité sociale) ne puisse être supérieure à 100 % de la rémunération nette qu'il aurait perçu pendant la période de suspension s'il n'avait pas été en invalidité. Au-delà de la période de suspension, l'alinéa précédent s'applique ;
- lorsque l'assuré continue d'exercer son activité au service de l'entreprise adhérente, le montant de la rente est limité à la différence entre :
 - d'une part, 100 % de la base de prestation nette visée au chapitre 1 (paragraphe 1.4.) éventuellement revalorisée conformément aux dispositions de la présente Convention,
 - d'autre part, le cumul des deux éléments suivants :
 - la rente nette maintenue par la Sécurité sociale
 - la base de prestation nette visée au chapitre 1 (paragraphe 1.4.) éventuellement revalorisée conformément aux dispositions de la présente Convention multipliée par le taux de travail à temps partiel.

3.4.2.2. Règlements

La rente annuelle est payable à l'assuré, par quart, à la fin de chaque trimestre civil.

Le service de la rente débute le même jour que la rente de la Sécurité sociale et cesse au plus tard à la date d'attribution de la pension vieillesse de la Sécurité sociale.

3.5. Revalorisation

3.5.1. Avant résiliation du bulletin d'adhésion de l'entreprise ou de la Convention

Les prestations sont revalorisées, sur décision du Comité Paritaire de Gestion, en principe au 1^{er} avril de chaque année. La première revalorisation s'applique au plus tôt, six mois jour pour jour après l'arrêt de travail de l'assuré.

3.5.2. Après résiliation du bulletin d'adhésion de l'entreprise

En cas de résiliation du bulletin d'adhésion de l'entreprise dont relève l'assuré, la rente n'est plus revalorisée.

3.5.3. Après résiliation de la Convention avec transfert des provisions

En cas de résiliation de la présente Convention quelle que soit la partie à l'origine de la résiliation, les CONTRACTANTS ont la possibilité de demander le transfert intégral des provisions, fonds et réserves du régime vers un (ou plusieurs) autre(s) organisme(s) assureur(s) qui reprend(nent) alors l'ensemble des engagements existant au titre de la présente Convention.

Le transfert de l'intégralité des provisions, fonds et réserves libère l'ASSUREUR de tout engagement au titre de la présente Convention. Les modalités de revalorisation seront définies dans la(/ les) convention(s) signée(s) avec le(s) nouvel(eaux) organisme(s) assureur(s) pour les entreprises qui adhèrent à ces organismes conformément à la nouvelle convention.

3.5.4. Après résiliation de la Convention sans transfert des provisions ou de la résiliation de la garantie

Les prestations sont revalorisées, dans la limite des ressources, de la provision pour égalisation et de la réserve générale non transférées.

3.6. Pièces à fournir en cas de sinistre

Le versement des prestations est subordonné à la remise de toutes pièces justificatives comprenant notamment :

- pour l'Incapacité temporaire de travail ;
- la déclaration d'arrêt de travail complétée par l'employeur ;
- les décomptes de paiement de la Sécurité sociale ;
- le certificat médical du médecin traitant sous pli confidentiel ;
- pour l'Invalidité et Incapacité Permanente totale ou partielle ;
- la notification de rente de la Sécurité sociale ;
- les décomptes de la Sécurité sociale ;
- un relevé d'identité bancaire ou postale ;
- le dernier avis d'imposition de l'Assuré ;
- la dernière feuille de paie.

L'assureur se réserve le droit de demander toute autre pièce nécessaire à l'appréciation de la situation de l'assuré dans des situations particulières telles que celles des salariés en mi-temps thérapeutique, des invalides poursuivant une activité professionnelle partielle, des invalides en cumul emploi-retraite ou celle des invalides dont le contrat de travail est rompu.

3.7. Délai de déclaration

L'Incapacité Temporaire de travail doit être déclarée à l'assureur par l'entreprise dans un délai maximum de douze mois qui suit le premier jour de l'Incapacité Temporaire (de date à date), sinon elle est considérée comme ayant débuté au jour de la déclaration.

L'Invalidité ou l'Incapacité Permanente totale ou partielle doit être déclarée à l'assureur par l'assuré dans un délai maximum de vingt-quatre mois qui suit la notification de rente de la Sécurité sociale (de date à date). À défaut, la prescription prévue aux présentes conditions générales (Paragraphe 3.6.) s'applique.

3.8. Contrôle médical

Dans tous les cas et à toute époque, même après résiliation de la Convention ou du bulletin d'adhésion de l'entreprise, après consultation du Comité Paritaire de Gestion, l'assureur se réserve le droit de faire visiter l'assuré et éventuellement de le soumettre à expertise médicale ; les frais de contrôle médical sont à la charge de l'assureur.

3.9. Exclusions

Sont exclues de la garantie les conséquences :

- du fait intentionnel de l'assuré ;
- de guerres civiles ou étrangères, d'émeute, de rixe, d'acte de terrorisme dans lesquels l'assuré a pris une part active, étant précisé que les cas de légitime défense et d'assistance à personne en danger sont garantis ;
- de la transmutation du noyau de l'atome.

3.10. Subrogation

Les prestations ayant un caractère indemnitaire pour l'assuré et étant versées en réparation du dommage qui lui est causé du fait de la perte de salaire, il pourra être fait application, le cas échéant, des dispositions de l'article L. 131-2 du Code des assurances : l'assureur est subrogé, à concurrence des sommes par lui versées, dans les droits et actions de l'assuré contre tout tiers responsable.

4. MAINTIEN DE L'ASSURANCE AUX ANCIENS SALARIÉS PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE CHÔMAGE

Les garanties du contrat sont maintenues aux anciens salariés appartenant à la catégorie assurée, en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, conformément à la Loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013, selon les dispositions définies ci-après.

Les assurés suivants :

- le salarié licencié, sauf faute lourde, effectivement inscrit comme demandeur d'emploi au Pôle Emploi,
- le salarié démissionnaire, en cas de démission considérée comme « légitime » au regard de la convention d'assurance chômage, dès lors que le salarié est effectivement inscrit comme demandeur d'emploi au Pôle Emploi et justifie d'une indemnisation même différée de l'assurance chômage,
- le salarié dont le contrat de travail a été rompu d'un commun accord par suite de son adhésion à une convention de sécurisation professionnelle, ou tout autre rupture ouvrant droit à l'assurance chômage en application des dispositions légales réglementaires ou conventionnelles en vigueur à la date d'application du présent accord,
- le salarié qui licencié, en arrêt de travail pour maladie à la date de la rupture de son contrat de travail, justifie avant la fin de la période susvisée, au 1^{er} alinéa ci-dessus, pouvant aller jusqu'à 12 mois, d'une période de chômage avec inscription comme demandeur d'emploi au Pôle Emploi,
- le salarié dont la rupture conventionnelle a été homologuée,
- le salarié au terme de son contrat de travail à durée déterminée.

bénéficient, sans versement de cotisation, du maintien des garanties aux clauses et conditions en vigueur pour les salariés en activité, et ce, pendant une durée égale à la durée de leur dernier contrat de travail, ou, le cas échéant, de leurs derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur, appréciée en mois entiers, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, dans la limite de 12 mois.

Pour l'application de ce qui précède, deux contrats de travail sont considérés comme consécutifs lorsque la durée entre ces derniers n'excède pas 31 jours. La durée entre les deux contrats est toutefois décomptée du droit à maintien au titre de la portabilité.

L'assuré en arrêt de travail par suite de maladie lors de son licenciement, bénéficie également des dispositions du présent chapitre s'il se trouve en chômage et est effectivement inscrit au Pôle Emploi avant la fin de la période de 12 mois susvisée.

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

Lorsque l'attestation d'inscription délivrée par le Pôle Emploi ne peut être produite, l'assuré doit fournir une justification de licenciement émanant de l'ancien employeur, accompagnée d'une attestation d'inscription sur la liste des demandeurs d'emploi, jusqu'à ce qu'il puisse présenter l'attestation du Pôle Emploi.

Si certains salariés se trouvaient dans l'impossibilité de fournir les justifications ci-dessus prévues, leur cas serait soumis au Comité Paritaire de Gestion.

Par dérogation aux dispositions ci-dessus, les personnes bénéficiant du maintien de l'assurance dans le cadre de la Loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013 à la veille de la date d'effet du contrat sont garanties au titre du présent chapitre. La durée du maintien vient en relais de la période déjà couverte par le précédent Assureur. La liste nominative des personnes concernées devra être transmise à l'Assureur au plus tard à la veille de la date d'effet de l'adhésion de l'entreprise.

Cette garantie s'interrompt dès lors que l'assuré ne remplit plus les conditions pour percevoir l'assurance chômage à compter du terme de son contrat de travail (préavis effectué ou non).

Toutefois, dans les cas précités, l'assiette des garanties est calculée sur le salaire versé les 12 derniers mois

précédant la notification de la rupture du contrat de travail, hors toutes indemnités liées à la rupture.

Les montants garantis au titre de l'incapacité temporaire ne peuvent conduire l'assuré à percevoir des prestations supérieures à celles des allocations chômage qu'il aurait perçu au titre de la même période.

La durée de franchise en cas d'incapacité temporaire de travail est fixée à 3 jours quelle que soit l'ancienneté.

Lorsqu'une entreprise est en situation de liquidation judiciaire, la présente Convention s'adaptera aux engagements qui seront pris en application de l'article 4 de la loi du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi.

En cas de résiliation du bulletin d'adhésion par l'entreprise adhérente ou de la présente Convention, le droit au maintien de l'assurance cesse à la date d'effet de la résiliation.

Vos interlocuteurs du Régime de Prévoyance Conventionnel

industrie.pharmaceutique@ugipsgestion.fr

I.Akian@apgis.com

www.prevoyancepharma.com

