

Règlement du régime conventionnel du personnel permanent administratif et technique, et du personnel intermittent technique, artiste et musicien des entreprises visées par la Convention collective nationale de la Production de films d'animation

RCCN FA - I

Titre 1 - Dispositions générales.....	2		
Article 1 - Définitions	2		
Article 2 - Objet du Règlement	2		
Article 3 - Adhésion.....	2		
Article 4 - Durée de l'adhésion / renouvellement	2		
Article 5 - Conditions d'affiliation	2		
Article 6 - Modification des garanties.....	3		
Article 7 - Révision des conditions de garantie.....	3		
Article 8 - Cessation des garanties	3		
Article 9 - Assiette de cotisation	3		
Article 10 - Paiement des cotisations.....	3		
Article 11 - Formalités / Bordereau nominatif.....	3		
Article 12 - Information des participants	4		
Article 13 - Traitement de base	4		
Article 14 - Revalorisation des prestations.....	4		
Article 15 - Déclaration des sinistres.....	4		
Article 16 - Contrôle médical.....	4		
Article 17 - Maintien des garanties	5		
Article 18 - Exclusions / Déchéance.....	5		
Article 19 - Etendue territoriale	5		
Article 20 - Résiliation.....	5		
Article 21 - Redressement judiciaire / Liquidation judiciaire / Disparition d'entreprise ..	5		
Article 22 - Arbitrage.....	6		
Article 23 - Prescription.....	6		
Article 24 - Subrogation	6		
Article 25 - Contrôle	6		
Article 26 - Informatique et libérés.....	6		
Titre 2 - Couverture du personnel permanent administratif et technique ..	6		
Article 27 - Taux de cotisations	6		
Article 28 - Garanties en cas de décès	7		
Article 29 - Garanties en cas d'incapacité et d'invalidité	8		
		Titre 3 - Couverture du personnel intermittent technique artiste	
		et musicien	10
		Article 30 - Taux de cotisations	10
		Article 31 - Garanties en cas de décès	10
		Article 32 - Garanties en cas d'incapacité et d'invalidité	11
		Article 33 - Garantie Indemnité de congé légal de maternité	12

Titre I -

Dispositions générales

Article 1 - Définitions

Pour l'application des dispositions du présent Règlement, il faut entendre par :

Adhérent

L'employeur ayant adhéré au règlement de l'Institution pour la mise en œuvre des garanties indiquées au présent Règlement, au profit de tout ou partie de ses salariés ou anciens salariés.

Accident

Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part du participant, provenant de l'action soudaine et fortuite d'une cause extérieure.

Bénéficiaire

La personne qui reçoit les prestations qui sont prévues au présent Règlement en cas de réalisation du risque couvert.

Concubin

La personne avec laquelle le participant vit en couple et sous le même toit depuis au moins deux ans au moment du sinistre, aucun des deux n'étant par ailleurs marié.

La durée de la vie commune peut être inférieure à deux ans si un enfant est né de cette union de fait.

Les concubins peuvent être de sexe différent ou non.

Conjoint

La personne liée au participant par le mariage non séparé judiciairement.

Enfants à charge

Les enfants âgés de moins de 26 ans à charge du participant au sens de la législation fiscale.

Pacsé

La personne liée au participant par un pacte civil de solidarité non rompu.

Participant

Salarié ou ancien salarié au profit duquel l'employeur a adhéré au règlement de l'Institution pour la mise en œuvre des garanties indiquées au présent Règlement.

Régime

Ensemble de garanties proposées permettant la couverture d'un risque déterminé.

Risque

Evènement incertain ou de date incertaine contre lequel l'adhérent souhaite couvrir les participants.

Article 2 - Objet du Règlement

Le présent Règlement fixe les conditions dans lesquelles Audiens Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale, assure une couverture du participant en réponse aux obligations fixées par la Convention Collective Nationale de la Production de films d'animation.

Article 3 - Adhésion

L'adhésion de l'entreprise à l'Institution pour assurer cette couverture prend la forme d'une adhésion obligatoire et l'employeur s'engage à affilier tous ses salariés présents et futurs appartenant à la catégorie visée par la Convention Collective.

L'adhésion sera matérialisée par un bulletin d'adhésion comportant notamment :

- la date d'effet de l'adhésion ;
- la définition de la (ou des) catégorie(s) de personnes assurée(s) ;
- les assiettes et taux de cotisation correspondant aux garanties souscrites.

Article 4 - Durée de l'adhésion / renouvellement

L'adhésion prend effet à la date fixée au bulletin d'adhésion et expire le 31 décembre suivant. Sous réserve des dispositions visées à l'article 21, elle se renouvelle par tacite reconduction le 1er janvier de chaque année.

Article 5 - Conditions d'affiliation

Sont affiliés les salariés de l'entreprise appartenant aux catégories de personnel définies par la Convention Collective.

5.1 - Affiliation à l'adhésion

Les salariés de l'entreprise adhérente sont affiliés à la date de prise d'effet du bulletin d'adhésion à l'aide des demandes d'affiliation remplies et signées par l'adhérent. A défaut les participants intermittents seront affiliés soit au vu du paiement des cotisations par leurs employeurs respectifs, soit au vu du traitement des déclarations nominatives annuelles les concernant, soit au vu de leurs fiches de paie.

L'adhérent s'engage à affilier tous les salariés présents et futurs appartenant aux catégories de personnel définies au bulletin d'adhésion.

Les salariés en incapacité de travail ou invalidité à la date d'effet du bulletin d'adhésion bénéficient immédiatement de la couverture du risque décès; en revanche, ils ne bénéficieront de la couverture du risque incapacité/invalidité qu'à compter

de leur reprise d'activité, validée par la médecine du travail, au sein d'une entreprise adhérente.

5.2 - Affiliation postérieure à l'adhésion

Pour les nouveaux participants, les garanties prennent effet à compter de la date d'embauche ou de changement de catégorie.

Article 6 - Modification des garanties

La modification des garanties ne peut résulter que du fait :

- de l'Institution, dans le respect des obligations fixées par l'Accord de Prévoyance Conventionnel,
- du changement du contenu de l'Accord de Prévoyance Conventionnel.

En cas de modification des garanties, le participant en arrêt de travail pour maladie ou accident est couvert selon les modalités contractuelles en vigueur à la date d'arrêt de travail, sauf en cas de rechute dans un délai maximum de 2 mois suivant la reprise de travail. Dans ce dernier cas, aucune franchise en dehors de celle éventuellement pratiquée par la Sécurité sociale ne sera appliquée et les prestations seront calculées sur les mêmes bases que celles de l'arrêt précédent.

Pour le personnel intermittent, les dispositions en cas de rechute de l'article 32.4 alinéa 4 sont applicables.

Article 7 - Révision des conditions de garantie

Lorsque la législation ou la réglementation en vigueur vient à modifier les conditions préexistantes de l'adhésion ou la portée des engagements de l'Institution, cette dernière procède, pour la date d'effet des modifications en cause, à la révision des conditions de l'adhésion, dans le respect des obligations fixées par l'Accord conventionnel de Prévoyance.

Jusqu'à la date de notification de ces modifications, les garanties resteront acquises sur la base du présent Règlement et du bulletin d'adhésion.

Article 8 - Cessation des garanties

Les garanties, sous réserve des dispositions de l'article 17, cessent au plus tard :

- à la date de prise d'effet de leur suspension ou de leur résiliation ;
- à la date de radiation du participant des effectifs de l'adhérent ou celle à laquelle il cesse d'appartenir à la catégorie de personnel définie au bulletin d'adhésion ;
- à la date de prise d'effet de la retraite de la Sécurité sociale du participant .

Article 9 - Assiette de cotisation

L'assiette des cotisations est la rémunération brute annuelle telle qu'elle est déclarée à l'Administration fiscale et limitée à la tranche de rémunération suivante :

- Tranche I ou TI : fraction du salaire limitée au plafond du régime d'assujettissement de la Sécurité sociale

Pour les participants en arrêt de travail, cette assiette comprend l'ensemble des éléments de rémunération y compris la part déclarée à la Sécurité sociale des indemnités journalières complémentaires versées dans le cadre d'un régime de prévoyance obligatoire.

Article 10 - Paiement des cotisations

Les cotisations sont payables trimestriellement à terme échu dans les 30 premiers jours de chaque trimestre civil. Chacun des paiements doit être accompagné de la déclaration trimestrielle mentionnant :

- le nombre de participants à la fin du trimestre civil concerné ;
- l'assiette ou les assiettes servant de base au calcul des cotisations pour la période concernée.

L'adhérent est seul responsable du paiement des cotisations. A ce titre, il procède à leur calcul et à leur versement aux échéances prévues sur appel de l'Institution.

En cas de retard dans le paiement des cotisations, des majorations à la charge exclusive de l'employeur sont applicables à toutes cotisations réglées plus d'un mois après la fin du trimestre de versement des salaires.

Le taux de majoration est égal à autant de fois le pourcentage fixé chaque année par la réglementation des institutions de retraite complémentaire qu'il s'est écoulé de mois ou de fraction de mois entre la date d'exigibilité et la date de paiement.

Article 11 - Formalités / Bordereau nominatif

L'adhérent fait parvenir à l'Institution à la fin de chaque exercice civil et au plus tard au 31 janvier suivant, la liste de son personnel participant, précisant notamment pour chacun : nom, prénom, date de naissance, numéro d'immatriculation à la Sécurité sociale, situation de famille, date d'entrée, date de sortie dans l'exercice, assiette de cotisation.

L'adhérent tient ses états de salaires et de personnel à la disposition de l'Institution pour consultation éventuelle.

L'adhérent informe l'Institution de toute transformation intervenant dans sa situation juridique ou économique (cession d'exploitation, location gérance, etc...).

Article 12 - Information des participants

L'adhérent s'engage :

- à remettre à chaque participant une notice, rédigée par l'Institution, précisant l'étendue des garanties dont il bénéficie et leurs modalités d'application ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre ;
- à informer les participants de modifications apportées à leurs droits et obligations en leur remettant une notice établie à cet effet par l'Institution.

La preuve de la remise de la notice au participant et de l'information relative aux modifications contractuelles incombe à l'adhérent.

Article 13 - Traitement de base

Le traitement de base servant au calcul des prestations est limité à la tranche définie à l'article 9.

Le traitement de base, ainsi déterminé à l'arrêt de travail, est actualisé, entre la date de l'arrêt de travail et la date du point de départ des prestations incapacité/invalidité ou la date du décès, en fonction de l'évolution du taux de revalorisation prévu à l'article 14.

13.1 - Personnel permanent

Le traitement de base est égal à la rémunération fixe brute telle que déclarée à l'Administration fiscale et effectivement perçue au cours des 12 mois civils précédant le décès ou l'arrêt de travail et majorée des éléments variables sur la même période.

13.2 - Personnel intermittent

Le traitement de base des prestations s'apprécie selon que le participant est affilié depuis moins ou au moins deux ans dans une entreprise adhérente à l'Institution.

Intermittents ayant moins de deux ans d'affiliation :

- pour le Décès :

Le traitement de base est égal aux cotisations versées et dues durant l'année civile ou les douze mois précédant le décès, le montant maximum des cotisations versées étant retenu.

- pour l'Incapacité et l'Invalidité :

Le traitement de base est égal aux rémunérations brutes telles que déclarées à l'Administration fiscale et effectivement perçues au cours de l'année civile ou au cours des 12 mois civils précédant l'arrêt de travail et majoré des éléments variables sur les mêmes périodes, le montant maximum étant retenu, sans que le salaire brut correspondant à ces rémunérations soit supérieur à la Tranche I.

Intermittents ayant au moins deux ans d'affiliation :

- pour le Décès :

Le traitement de base est égal aux cotisations versées et dues durant l'année civile ou la moyenne des cotisations versées au cours des deux années civiles précédant le décès, le montant maximum des cotisations versées étant retenu.

- pour l'Incapacité et l'Invalidité :

Le traitement de base est égal aux rémunérations brutes telles que déclarées à l'Administration fiscale et effectivement perçues au cours de l'année civile ou la moyenne des deux dernières années civiles précédant l'arrêt de travail et majoré des éléments variables sur les mêmes périodes, le montant maximum étant retenu, sans que le salaire brut correspondant à ces rémunérations soit supérieur à la Tranche I.

Article 14 - Revalorisation des prestations

Les prestations sont revalorisées une fois par an dans la limite de l'évolution du point du régime de retraite A.R.R.C.O et des ressources du fonds de revalorisation du régime.

Article 15 - Déclaration des sinistres

Tout sinistre doit être déclaré par lettre à l'Institution. Cette déclaration, précisant la date du sinistre, doit être faite dans le respect des délais propres à chaque garantie.

Lors de la demande de prestations, l'adhérent atteste que le participant appartenait bien à la catégorie de personnel garantie à la date de l'événement ouvrant droit aux prestations et fournit les éléments permettant de constituer le traitement de base tel que défini à l'article 13.

L'Institution peut demander les justifications nécessaires et se réserve le droit de vérifier l'exactitude des déclarations sur les états de salaires de l'adhérent.

Article 16 - Contrôle médical

Lors d'une demande de prestations ou pendant leur service, l'Institution se réserve le droit de procéder à un contrôle médical et de réviser les conditions de versement des prestations.

Le participant qui conteste une décision de l'Institution relative à son état de santé peut se faire représenter par son médecin dans une entrevue amiable avec le médecin de l'Institution.

En cas de désaccord entre le participant et son médecin d'une part, et le médecin de l'Institution d'autre part, les parties font appel à un troisième médecin pour les départager. Faute d'accord sur le choix de ce médecin, un médecin sera désigné par le Tribunal de Grande Instance de la résidence du participant sur requête de la partie la plus diligente. L'avis de ce troisième médecin est accepté par les deux parties.

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.

En cas de refus d'un participant de répondre à un contrôle médical ou de justifier sa situation médicale ou sa situation au regard de la Sécurité sociale, le paiement des prestations sera refusé ou suspendu sans droit de rappel ultérieur.

Article 17 - Maintien des garanties

17.1 - En cas d'arrêt de travail

Les garanties en cas de décès, quand elles sont souscrites, sont maintenues pendant la durée du versement par la Sécurité sociale des indemnités journalières, des pensions d'invalidité ou des rentes d'accident du travail ou de maladie professionnelle correspondant à un taux d'incapacité égal ou supérieur à 33 %, les cotisations restant dues dans les conditions prévues à l'article 10 .

Le maintien prend fin :

- à la date de la reprise d'activité à temps plein chez l'employeur ;
- à la date de la reprise d'activité à temps plein ou partiel chez un autre employeur ;
- à la date de liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale.

17.2 - En cas de départ de l'entreprise

Pour les salariés permanents, le maintien de l'ensemble des garanties s'applique pendant une durée de 30 jours après la date leur départ de l'entreprise adhérente, sans reprise du travail ailleurs.

Pour les salariés intermittents, le maintien des garanties incapacité invalidité s'applique pendant une durée de 30 jours après la date leur départ de l'entreprise adhérente, sans reprise du travail ailleurs.

Il est précisé que pour ce maintien au personnel intermittent, le salarié doit avoir perçu au cours des douze mois précédents ou sur les deux ans précédents, une rémunération égale ou supérieure à un plafond annuel de la Sécurité sociale dans la branche du Film d'animation.

Article 18 - Exclusions / Déchéance

18.1 - Exclusions concernant l'incapacité /invalidité

Les faits intentionnellement et volontairement provoqués par le participant ne sont pas couverts.

18.2 - Exclusions concernant le capital décès accidentel

La garantie " capital décès accidentel " ne s'applique pas dans les cas suivants :

- faits intentionnellement et volontairement provoqués par le participant ;
- guerres civiles ou étrangères : quelles qu'en soient les circonstances ;
- émeutes et actes de terrorisme : sauf si le participant n'y prend pas une part active ou s'il effectue son devoir professionnel pour le compte de l'adhérent ;
- rixes : sauf en cas de légitime défense ;
- utilisation de l'ULM, du deltaplane, du parachute et autres formes de vol libre ;
- courses, matches, paris : lorsque le participant prend part en tant que concurrent à des compétitions sportives, matches, paris, concours ou essais, comportant l'utilisation d'animaux, de véhicules et d'embarcations à moteur ou de moyens de vols aériens ;
- état d'ivresse : lorsque le taux d'alcoolémie du participant est susceptible d'être pénalement sanctionné par la législation française en vigueur pour la conduite d'un véhicule (sauf si le bénéficiaire prouve que l'accident est sans relation avec cet état) ;
- usage de stupéfiants non prescrits médicalement ;
- atome : sont exclus les sinistres provenant directement ou indirectement de la désintégration du noyau atomique ou dus à des radiations ionisantes quelle qu'en soient l'origine et l'intensité.

18.3 - Déchéance

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

Article 19 - Etendue territoriale

Les garanties s'exercent sur le territoire français. Elles peuvent cependant s'exercer dans le monde entier lors de déplacements privés ou professionnels ou à l'occasion du détachement d'un participant hors du territoire français.

Article 20 - Résiliation

La faculté de résiliation n'est pas ouverte aux entreprises visées par le présent Règlement, leur adhésion résultant d'une obligation prévue dans une convention de branche, d'un accord professionnel ou interprofessionnel.

Article 21 - Redressement judiciaire / Liquidation judiciaire / Disparition d'entreprise

En cas de redressement judiciaire ou de liquidation judiciaire de l'adhérent, l'Institution pourra dénoncer le bulletin d'adhésion dans les 3 mois à compter de la date du jugement de redressement ou de liquidation judiciaire.

La résiliation interviendra 10 jours après la date de notification adressée à l'adhérent ou à la personne qui le représente.

En cas de disparition de l'entreprise, les participants en arrêt de travail pour maladie ou accident ou invalides bénéficient de dispositions suivantes :

- les garanties en cas de décès sont maintenues, le traitement de base servant au calcul des prestations étant actualisé en fonction de l'évolution du taux de revalorisation prévu à l'article 14. Dans le cas où le salarié exerce une activité réduite et bénéficie de ce fait de droits au titre d'un nouveau contrat ou bulletin d'adhésion, les prestations versées au titre de ces dispositions le seront sous déduction des prestations accordées au titre du nouveau contrat ou bulletin d'adhésion ;

- les prestations d'incapacité de travail ou d'invalidité en cours de service continueront d'être versées sur la base du montant de la dernière échéance précédant la disparition de l'entreprise et sans revalorisation postérieure à la date de la disparition de l'entreprise.

Il en est de même pour les bénéficiaires de rentes de conjoint ou d'éducation.

Article 22 - Arbitrage

Pour toute contestation découlant du présent Règlement et du bulletin d'adhésion, l'adhérent et l'Institution s'engagent, à avoir recours à l'arbitrage prévu ci-dessous :

Tous les différends qui n'auraient pu être réglés par accord amiable préalable, seront résolus par un tribunal arbitral siégeant à Paris, composé de 3 arbitres désignés comme suit :

- l'adhérent et l'Institution désignent chacun un arbitre ;
- le 3e arbitre est désigné par les 2 premiers.

En l'absence de désignation d'un arbitre dans un délai d'un mois, le Président du Tribunal de Grande Instance de Paris, statuant en référé sur simple requête de la partie la plus diligente, procédera à cette désignation.

Le tribunal arbitral statuera à la majorité de ses membres et devra motiver sa décision.

La sentence arbitrale sera définitive et exécutoire. Elle préciera dans quelles conditions les parties supporteront les frais d'arbitrage.

Il est précisé que la présente clause ne s'applique pas aux actions en recouvrement de cotisations.

Article 23 - Prescription

Les actions relatives au bulletin d'adhésion sont prescrites par 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance. La prescription est portée à 5 ans en ce qui concerne l'incapacité de travail et l'invalidité. Elle est portée à 10 ans lorsque le bénéficiaire n'est pas le participant.

Article 24 - Subrogation

Les prestations ayant un caractère indemnitaire pour le participant et étant versées en remboursement des frais supportés par celui-ci, il pourra être fait application, le cas échéant, des dispositions de l'article L.931-11 du Code de la Sécurité sociale. L'Institution est subrogée, à concurrence des sommes versées, dans les droits et actions du participant contre tout tiers responsable.

Article 25 - Contrôle

L'Institution est soumise au contrôle de la Commission de Contrôle des Assurances des Mutuelles et des Institutions de prévoyance.

Article 26 - Informatique et libertés

L'Institution s'engage à prendre toutes les précautions utiles afin de préserver la sécurité des informations qu'elle a recueillies pour sa gestion. Aucune information gérée ne pourra faire l'objet d'une cession ou d'une mise à disposition à des fins commerciales.

Dans le cadre strict du groupe de protection sociale auquel appartient l'Institution, les données gérées par l'Institution sont appelées à être partagées et ce dans le respect des dispositions du présent article.

Tout participant ou bénéficiaire, peut demander toute communication, rectification, mise à jour ou effacement d'informations le concernant ; il pourra exercer ce droit d'accès au siège social de l'Institution.

Titre II - Couverture du personnel permanent administratif et technique

Article 27 - Taux de cotisations

Le taux de cotisations est fixé, en pourcentage de l'assiette des cotisations définies à l'article 9, comme suit :

- garanties décès :
personnel cadre et non cadre:0,90 % de la Tranche I
- garanties incapacité invalidité :
personnel cadre et non cadre:0,60 % de la Tranche I

Soit un total de 1,50 % de la Tranche I.

Ces cotisations sont réparties comme suit :

- pour le personnel cadre :
Les cotisations sont à la charge exclusive de l'employeur.

- pour le personnel non cadre :

Employeur Salarié

Garanties Décès:

Employeur0,40% Tranche I

Salarié0,50% Tranche I

Garanties Incapacité invalidité

Employeur mensualisation0,10% Tranche I

Employeur hors mensualisation0,25% Tranche I

Salarié hors mensualisation0,25% Tranche I

Article 28 - Garanties en cas de décès

28.1 - Garantie Capital Décès toutes causes

28.1.1 - Capital de base

En cas de décès du participant, quelle que soit sa situation de famille, l'Institution verse aux bénéficiaires un capital dont le montant est égal, à :

350 % du traitement de base Tranche I défini à l'article 13.

28.1.2 - Majoration supplémentaire par enfant à charge

L'Institution verse par enfant à charge un capital supplémentaire égal à :

50 % du traitement de base Tranche I défini à l'article 13.

La définition des enfants à charge retenus pour le calcul de cette majoration figure à l'article I du présent Règlement.

28.1.3 - Invalidité Permanente et Totale

En cas d'invalidité permanente totale, le participant peut percevoir par anticipation le capital prévu en cas de décès toutes causes, y compris la majoration pour enfant à charge.

Le participant est considéré en état d'invalidité permanente totale lorsque, avant son 60e anniversaire, il est reconnu invalide de 3e catégorie par la Sécurité sociale ou bénéficie au titre de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles d'une rente correspondant à un taux d'incapacité de 100 % assortie d'une majoration pour assistance d'une tierce personne.

La demande doit être effectuée dans les 12 mois qui suivent la date de notification d'attribution de la pension ou de la rente par la Sécurité sociale.

La situation de famille retenue pour le calcul du capital est celle du participant au jour de la reconnaissance de l'invalidité ou de l'incapacité permanente par la Sécurité sociale.

Le versement du capital en cas d'invalidité permanente totale met fin à la garantie " capital décès toutes causes " du participant.

28.2 - Capital "orphelin de père et de mère" ou "double effet"

28.2.1 - En cas de décès postérieur du conjoint, du pacsé ou du concubin

Si le conjoint, le pacsé ou le concubin du participant, remarié ou non, décède dans un délai de deux ans après le décès du salarié, en ayant encore fiscalement à charge un ou plusieurs

enfants du salarié décédé, un second capital égal au capital décès initialement attribué, est versé et partagé entre tous les enfants à charge fiscalement.

28.2.2 - En cas de décès simultanés du participant et du conjoint, du pacsé ou du concubin

En cas de décès simultanés du participant et de son conjoint, de son pacsé ou de son concubin provenant d'une même cause accidentelle, dans les 24 heures qui suivent l'accident : au capital versé en raison du décès du participant, s'ajoute un second capital égal au capital décès initialement attribué, et partagé entre tous les enfants à charge fiscalement.

28.3 - Capital Décès accidentel

Un capital supplémentaire égal à 100% du capital de base décès défini à l'article 28.1.1 est versé lorsque le décès est imputable à un accident. Le décès doit intervenir dans les douze mois qui suivent cet accident.

Le capital décès accidentel n'est pas dû en cas d'accident postérieur à la date à laquelle le participant est reconnu en invalidité permanente totale si celui-ci a perçu par anticipation le capital décès toutes causes.

N'est pas considéré comme accidentel, le décès survenu à la suite d'une affection cardiaque ou d'une intervention chirurgicale. La preuve de la relation directe de cause à effet entre l'accident et le décès du participant, ainsi que la preuve de la nature de l'accident, incombent au bénéficiaire.

28.4 - Bénéficiaires des capitaux

En cas de décès du participant, le capital est versé :

- en priorité au conjoint du participant, à son pacsé ou à son concubin ;
- à défaut, par parts égales entre eux, aux enfants du participant légitimes, reconnus, adoptifs ou recueillis, vivants ou représentés ou bien nés viables dans les 300 jours suivant le décès du participant ;
- à défaut, par parts égales entre eux, au père et à la mère du participant et, en cas de décès de l'un d'eux, au survivant pour la totalité ;
- à défaut, par parts égales entre eux, aux héritiers du participant.

Le participant peut à tout moment, par désignation particulière, indiquer un ou plusieurs bénéficiaires de son choix.

La naissance ou l'adoption d'un enfant, le mariage, le divorce constaté judiciairement, la rupture du Pacs rendent caduque la désignation antérieure d'un ou de plusieurs bénéficiaires, à défaut par ce ou ces derniers d'avoir expressément accepté le bénéfice de la désignation antérieurement à l'un de ces événements par notification à l'Institution.

Il est cependant précisé que pour le divorce, le bénéfice de la désignation est maintenu au conjoint si le participant en a émis la volonté et qu'elle a été constatée par le juge au moment du prononcé du divorce (article 265 al 2 du Code civil).

En cas de divorce, la date d'effet de la caducité est celle à laquelle le jugement le prononçant est devenu définitif entre les ex-époux.

En cas de rupture du Pacs, la date d'effet de la caducité est celle de la mention en marge de l'acte initial si la rupture est conjointe, 3 mois après la signification au copacsé si la rupture est unilatérale, et à la date du mariage ou du décès pour les ruptures inhérentes à ces deux cas.

Il est toutefois précisé que dans les cas où les garanties prévoient des majorations pour enfant à charge :

- lorsque le bénéficiaire n'est pas le conjoint, le pacsé, le concubin ou les enfants à charge
ou
- lorsque le conjoint, le pacsé ou le concubin est privé de l'exercice de l'autorité parentale,

la majoration éventuelle pour enfant à charge doit obligatoirement profiter aux seuls enfants ouvrant droit à cette majoration qui leur est alors attribuée par parts égales (sauf stipulation particulière de l'intéressé).

La part de capital correspondant aux majorations pour enfants à charge est attribuée par parts égales à ceux-ci.

En cas d'invalidité permanente totale, l'intégralité du capital est versée au participant lui-même.

28.5 - Formalités pour le paiement des capitaux

Le paiement des capitaux garantis sera effectué après réception par l'Institution des pièces justificatives transmises par l'adhérent et comprenant notamment :

- une demande de prestations comportant l'attestation par l'adhérent que le participant était bien garanti à la date du décès ;
- les éléments nécessaires à la détermination des prestations :
 - un extrait d'acte de décès du participant ou bien la notification de l'invalidité permanente totale ;
 - un certificat médical attestant que le décès est dû ou non à une cause naturelle ;
 - les pièces justificatives de la qualité de bénéficiaire ou permettant l'obtention des majorations.

Toute autre pièce nécessaire sera mentionnée au bulletin d'adhésion ou spécialement demandée par l'Institution.

Article 29 - Garanties en cas d'incapacité et d'invalidité

Ces garanties ont pour objet le service :

- d'une indemnité journalière, en cas d'incapacité temporaire de travail du participant ouvrant droit aux prestations en espèces de la Sécurité sociale au titre de l'assurance maladie ou au titre de la législation sur les accidents du travail et maladies professionnelles.
- d'une rente, en cas d'invalidité permanente du participant ouvrant droit à la pension d'invalidité de la Sécurité sociale,
- d'une rente, en cas d'incapacité permanente du participant ouvrant droit aux prestations de la Sécurité sociale au

titre de la législation sur les accidents du travail et maladies professionnelles.

29.1 - Incapacité temporaire de travail

Il est précisé que la garantie Incapacité de travail ne dispense pas l'employeur de l'obligation de prendre en charge le maintien de salaire pour les salariés ayant plus de 3 ans d'ancienneté, à concurrence de la garantie légale, définie par l'accord interprofessionnel du 10 Décembre 1977 annexé à l'article 1er de la loi du 19 janvier 1978 relative à la mensualisation et à la procédure conventionnelle, au cours de cette période.

29.1.1 - Franchise

Suite à une maladie ou un accident professionnel ou non, l'Institution verse une indemnité journalière complémentaire à compter du 31^e jour d'arrêt de travail continu.

29.1.2 - Montant de l'indemnité journalière

Le montant de l'indemnité journalière est fixé comme suit en pourcentage de la 36^e partie du traitement de base défini à l'article 13, sous déduction des prestations versées par la Sécurité sociale et des éventuels maintiens de salaires effectués par l'employeur :

80% du traitement de base Tranche I .

29.2 - Rente d'invalidité

Il est attribué une rente complémentaire d'invalidité à tout participant bénéficiant d'une pension d'invalidité de 1^{re}, 2^e ou 3^e catégories de la Sécurité sociale, telles que définies ci-dessous :

- 1^{ère} catégorie : invalide capable d'exercer une activité rémunérée ;
- 2^{ème} catégorie : invalide absolument incapable d'exercer une profession quelconque ;
- 3^{ème} 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.

Le montant annuel de la rente est fonction de la catégorie d'invalides dans laquelle le participant est classé par la Sécurité sociale. Il est fixé comme suit en pourcentage du traitement de base défini à l'article 13, sous déduction des prestations versées par la Sécurité sociale et des éventuels maintiens de salaires effectués par l'employeur :

- invalidité 1^{re} catégorie :60 % du traitement de base Tranche I
- invalidité 2^e ou 3^e catégories :80 % du traitement de base Tranche I

En cas de modification de catégorie d'invalidité reconnue par la Sécurité sociale, l'allocation versée par l'Institution est modifiée à partir de la même date, sous réserve des dispositions de l'article 16.

29.3 - Incapacité permanente résultant d'un accident du travail ou de maladie professionnelle

Les prestations décrites ci-après sont versées sous déduction des prestations de la Sécurité sociale.

- Incapacité permanente dont le taux est supérieur ou égal à 66%

Le montant de la rente annuelle servie est égal à :

365 fois le montant de l'indemnité journalière versée précédemment au titre de l'incapacité temporaire complète de travail.

- Incapacité permanente dont le taux est compris entre 33 et 66%

Le montant de la rente annuelle est calculé par référence au taux d'incapacité permanente déterminé par la Sécurité sociale.

La garantie est limitée au service d'une rente égale à la différence existant entre :

- le total des montants qui auraient été alloués par la Sécurité sociale et par l'Institution au titre de l'invalidité de la 1^{ère} catégorie ;
- et le montant alloué au titre de l'incapacité permanente par la Sécurité sociale.

- Incapacité permanente dont le taux est inférieur à 33%

Aucune rente n'est servie si le taux d'incapacité déterminé par la Sécurité sociale, est inférieur à 33%.

29.4 - Rechute

Tout nouvel arrêt de travail, imputable à une maladie ou à un accident ayant déjà donné lieu à paiement des indemnités journalières complémentaires et survenant dans un délai maximum de trois mois suivant la reprise du travail, est considéré comme une rechute.

Aucune franchise, en dehors de celle éventuellement pratiquée par la Sécurité sociale, n'est alors appliquée et les prestations sont calculées sur les mêmes bases que celles de l'arrêt de travail précédent.

La garantie en vigueur à la date du premier arrêt de travail est retenue.

29.5 - Reprise d'activité

En cas de reprise totale ou partielle d'activité, si le participant continue à bénéficier d'indemnités journalières ou d'une rente d'invalidité, l'Institution accorde des prestations complémentaires réduites dans la limite fixée par la règle de cumul de l'article 29.6.

Le participant ou l'adhérent doit sans délai informer l'Institution de la reprise d'activité totale ou partielle ou bien de toute modification de la situation à l'égard de la Sécurité sociale.

A défaut, le participant doit rembourser les prestations qui lui ont été indûment versées et, dans le cas où il est animé d'une intention frauduleuse, il est déchu de ses droits.

29.6 - Règle de cumul

Le montant des prestations pourra être réduit si l'Institution

constate que le participant en incapacité ou invalidité perçoit une rémunération totale supérieure à son salaire net d'activité, défini comme étant égal au traitement de base brut d'activité diminué de la part salariale des cotisations légales, conventionnelles, contractuelles et de la C.S.G.

Pour la détermination de cette rémunération totale, sont pris en compte :

- le salaire éventuellement perçu de l'employeur ;
- les indemnités ou rentes versées par la Sécurité sociale et autres organismes complémentaires et ;
- les indemnités ou rentes versées par l'Institution.

Dans le cas où le participant bénéficiant d'une rente d'invalidité reprend une activité à temps partiel, le calcul des prestations pouvant lui être versées dans le cadre de la règle de cumul est effectué une fois pour toutes au moment de la reprise d'activité à temps partiel.

29.7 - Paiement et durée

29.7.1 - Indemnités journalières

Les indemnités journalières sont versées, sous réserve des dispositions de l'article 15, sur présentation des décomptes de la Sécurité sociale, soit à l'adhérent soit au participant après rupture du contrat de travail.

Elles sont versées tant que le participant perçoit les indemnités journalières de la Sécurité sociale.

Elles cessent au jour où la pension vieillesse Sécurité sociale du participant est liquidée.

29.7.2 - Rentes d'invalidité ou d'incapacité permanente

Les rentes complémentaires d'invalidité sont versées par douzième, à la fin de chaque mois civil, sur présentation d'un justificatif de la Sécurité sociale, le premier et le dernier paiement pouvant ne représenter qu'un prorata de rente.

Elles sont servies tant que dure l'invalidité et que le participant perçoit une pension d'invalidité ou une rente d'accident du travail ou de maladie professionnelle de la Sécurité sociale, sous réserve des dispositions de l'article 15.

Elles cessent au jour où la pension vieillesse Sécurité sociale du participant est liquidée.

29.8 - Formalités

Tout accident ou maladie entraînant un arrêt de travail donnant lieu à prestations complémentaires doit être déclaré par l'adhérent par courrier à l'Institution accompagné de la déclaration d'arrêt de travail et des décomptes de la Sécurité sociale. Toute autre pièce nécessaire sera mentionnée au bulletin d'adhésion ou spécialement demandée par l'Institution.

Cette déclaration doit être réalisée dans un délai de deux mois (de date à date) à compter de l'expiration de la franchise, sinon l'arrêt de travail est considéré comme ayant débuté au jour de la déclaration.

Titre III -

Couverture du personnel intermittent technique artiste et musicien

Article 30 - Taux de cotisations

Le taux de cotisations est fixé, en pourcentage de l'assiette des cotisations définies à l'article 9, comme suit :

- garanties décès :
personnel cadre et non cadre:.....0,75 % de la Tranche I
- garanties incapacité invalidité :
personnel cadre et non cadre:.....0,75 % de la Tranche I

Soit un total de 1,50 % de la Tranche I.

Ces cotisations sont réparties comme suit :

- pour le personnel cadre :
les cotisations sont à la charge exclusive de l'employeur
- pour le personnel non cadre :
Les cotisations sont réparties à parité entre l'employeur et le salarié.

Article 31 - Garanties en cas de décès

Ces garanties sont accordées dans ou hors période où le participant est en contrat de travail avec une entreprise adhérente au présent régime.

31.1 - Garantie Capital Décès toutes causes

31.1.1 - Capital décès

En cas de décès du participant, l'Institution verse aux bénéficiaires un capital dont le montant est égal à 600 fois le traitement de base décès fixé à l'article 13.

31.1.2 - Invalidité permanente et totale

En cas d'invalidité permanente totale, le participant peut percevoir par anticipation le capital prévu en cas de décès toutes causes.

Le participant est considéré en état d'invalidité permanente totale lorsque, avant son 60^e anniversaire, il est reconnu invalide de 3^e catégorie par la Sécurité sociale ou bénéficie au titre de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles d'une rente correspondant à un taux d'incapacité de 100.% assortie d'une majoration pour assistance d'une tierce personne.

La demande doit être effectuée dans les 12 mois qui suivent la date de notification d'attribution de la pension ou de la rente par la Sécurité sociale.

La situation de famille retenue pour le calcul du capital est celle du participant au jour de la reconnaissance de l'invalidité

ou de l'incapacité permanente par la Sécurité sociale.

Le versement du capital en cas d'invalidité permanente totale met fin à la garantie " capital décès toute cause " du participant.

31.2 - Capital "orphelin de père et de mère" ou "double effet"

31.2.1 - En cas de décès postérieur du conjoint, du pacsé ou du concubin

Si le conjoint, le pacsé ou le concubin du participant, remarié ou non, décède dans un délai de deux ans, après le décès du salarié, en ayant encore fiscalement à charge un ou plusieurs enfants du salarié décédé, un second capital égal au capital décès initialement attribué, est versé et partagé entre tous les enfants à charge fiscalement.

31.2.2 - En cas de décès simultanés du participant et du conjoint, du pacsé ou du concubin

En cas de décès simultanés du participant et de son conjoint, de son pacsé ou de son concubin, provenant d'une même cause accidentelle, dans les 24 heures qui suivent l'accident : au capital versé en raison du décès du participant, s'ajoute un second capital égal au capital décès initialement attribué et partagé entre tous les enfants à charge fiscalement.

31.3 - Bénéficiaires des capitaux

En cas de décès du participant, le capital est versé :

- en priorité au conjoint du participant, à son pacsé ou à son concubin ;
- à défaut, par parts égales entre eux, aux enfants du participant légitimes, reconnus, adoptifs ou recueillis, vivants ou représentés ou bien nés viables dans les 300 jours suivant le décès du participant ;
- à défaut, par parts égales entre eux, au père et à la mère du participant et, en cas de décès de l'un d'eux, au survivant pour la totalité ;
- à défaut, par parts égales entre eux, aux héritiers du participant.

Le participant peut à tout moment, par désignation particulière, indiquer un ou plusieurs bénéficiaires de son choix.

La naissance ou l'adoption d'un enfant, le mariage, le divorce constaté judiciairement, la rupture du Pacs rendent caduque la désignation antérieure d'un ou de plusieurs bénéficiaires, à défaut par ce ou ces derniers d'avoir expressément accepté le bénéfice de la désignation antérieurement à l'un de ces événements par notification à l'Institution.

Il est cependant précisé que pour le divorce, le bénéfice de la désignation est maintenu au conjoint si le participant en a émis la volonté et qu'elle a été constatée par le juge au moment du prononcé du divorce (article 265 al 2 du Code civil).

En cas de divorce la date d'effet de la caducité est celle à laquelle le jugement le prononçant est devenu définitif entre les ex-époux.

En cas de rupture du Pacs, la date d'effet de la caducité est celle de la mention en marge de l'acte initial si la rupture est

conjointe, 3 mois après la signification au copacsé si la rupture est unilatérale, et à la date du mariage ou du décès pour les ruptures inhérentes à ces deux cas.

Il est toutefois précisé que dans les cas où les garanties prévoient des majorations pour enfant à charge :

- lorsque le bénéficiaire n'est pas le conjoint, le pacsé, le concubin ou les enfants à charge ou
- lorsque le conjoint, le pacsé ou le concubin est privé de l'exercice de l'autorité parentale,

la majoration éventuelle pour enfant à charge doit obligatoirement profiter aux seuls enfants ouvrant droit à cette majoration qui leur est alors attribuée par parts égales (sauf stipulation particulière de l'intéressé).

La part de capital correspondant aux majorations pour enfants à charge est attribuée par parts égales à ceux-ci.

En cas d'invalidité permanente totale, l'intégralité du capital est versée au participant lui-même.

31.4 - Formalités pour le paiement des capitaux

Le paiement des capitaux garantis sera effectué après réception par l'Institution des pièces justificatives transmises par l'adhérent et comprenant notamment :

- une demande de prestations comportant l'attestation par l'adhérent que le participant était bien garanti à la date du décès ;
- les éléments nécessaires à la détermination des prestations :
 - un extrait d'acte de décès du participant ou bien la notification de l'invalidité permanente totale ;
 - un certificat médical attestant que le décès est dû ou non à une cause naturelle ;
 - les pièces justificatives de la qualité de bénéficiaire ou permettant l'obtention des majorations.

Toute autre pièce nécessaire sera mentionnée au bulletin d'adhésion ou spécialement demandée par l'Institution.

Article 32 - Garanties en cas d'incapacité et d'invalidité

Ces garanties ont pour objet le service :

- d'une indemnité journalière, en cas d'incapacité temporaire de travail du participant ouvrant droit aux prestations en espèces de la Sécurité sociale au titre de l'assurance maladie ou au titre de la législation sur les accidents du travail et maladies professionnelles.
- d'une rente, en cas d'invalidité permanente du participant ouvrant droit à la pension d'invalidité de la Sécurité sociale,
- d'une rente, en cas d'incapacité permanente du participant ouvrant droit aux prestations de la Sécurité sociale au titre de la législation sur les accidents du travail et maladies professionnelles.

Ces garanties ne sont accordées que si le fait générateur de l'arrêt de travail se trouve inscrit dans une période où le participant est en contrat de travail avec une entreprise

adhérente au présent régime, sous réserve des dispositions de l'article 17.2.

32.1 - Incapacité temporaire de travail

32.1.1 - Franchise

Suite à une maladie ou un accident professionnel ou non, l'institution verse une indemnité journalière complémentaire à compter du 3^e jour d'arrêt de travail continu.

32.1.2 - Montant de l'indemnité journalière

Le montant de l'indemnité journalière est fixé comme suit en pourcentage de la 365^e partie du traitement de base défini à l'article 13, sous déduction des prestations versées par la Sécurité sociale et des éventuels maintiens de salaires effectués par l'employeur :

75% du traitement de base Tranche I.

Toutefois, le montant des indemnités journalières versées par l'Institution, cumulé à celui versé par la Sécurité sociale, ne peut excéder le cumul des sommes auquel le participant aurait pu prétendre auprès de ces deux organismes s'il n'avait pas été victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ; le montant des prestations serait alors réduit à due concurrence.

32.2 - Rente d'invalidité

Il est attribué une rente complémentaire d'invalidité à tout participant bénéficiant d'une pension d'invalidité de 1^{re}, 2^e ou 3^e catégories de la Sécurité sociale telles que définies ci-dessous :

- 1^{ère} catégorie : invalide capable d'exercer une activité rémunérée ;
- 2^{ème} catégorie : invalide absolument incapable d'exercer une profession quelconque ;
- 3^{ème} 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.

Le montant annuel de la rente est fixé comme suit en pourcentage du traitement de base défini à l'article 13, sous déduction des prestations versées par la Sécurité sociale et des éventuels maintiens de salaires effectués par l'employeur :

Invalidité 1^{re}, 2^e ou 3^e catégories :
100 % du traitement de base Tranche I.

32.3 - Incapacité permanente résultant d'un accident du travail ou de maladie professionnelle

Les prestations décrites ci-après sont versées sous déduction des prestations de la Sécurité sociale.

- Incapacité permanente dont le taux est supérieur ou égal à 33%

Le montant de la rente annuelle servie est égal au montant de la rente qui aurait été versé en cas d'invalidité tel que défini à l'article 32.2.

- Incapacité permanente dont le taux est inférieur à 33%

Aucune rente n'est servie si le taux d'incapacité déterminé par la Sécurité sociale est inférieur à 33%.

32.4 - Rechute

Tout nouvel arrêt de travail, imputable à une maladie ou à un accident ayant déjà donné lieu à paiement des indemnités journalières complémentaires et survenant dans un délai maximum de trois mois suivant la reprise du travail, est considéré comme une rechute.

Aucune franchise, en dehors de celle éventuellement pratiquée par la Sécurité sociale, n'est alors appliquée et les prestations sont calculées sur les mêmes bases que celles de l'arrêt de travail précédent.

La garantie en vigueur à la date du premier arrêt de travail est retenue.

En cas de reprise de travail effectuée auprès d'un second employeur adhérent à l'Institution, le participant pourra prétendre à un complément de prestation :

- si cet employeur a souscrit une garantie supérieure ;
- si la possibilité est prévue au certificat d'adhésion de ce second employeur.

32.5 - Règle de cumul

Le montant des prestations pourra être réduit si l'Institution constate que le participant en incapacité ou invalidité perçoit une rémunération totale supérieure à son salaire net d'activité, défini comme étant égal au traitement de base brut d'activité diminué de la part salariale des cotisations légales, conventionnelles, contractuelles et de la C.S.G.

Pour la détermination de cette rémunération totale sont pris en compte :

- le salaire éventuellement perçu de l'employeur ;
- les indemnités ou rentes versées par la Sécurité sociale et autres organismes complémentaires et ;
- les indemnités ou rentes versées par l'Institution.

32.6 - Paiement et durée

32.6.1 - Indemnités journalières

Les indemnités journalières sont versées, sous réserve des dispositions de l'article 15, sur présentation des décomptes de la Sécurité sociale, soit à l'adhérent soit au participant après rupture du contrat de travail.

Elles sont versées tant que le participant perçoit les indemnités journalières de la Sécurité sociale.

Elles cessent au jour où la pension vieillesse Sécurité sociale du participant est liquidée.

32.6.2 - Rentes d'invalidité ou d'incapacité permanente

Les rentes complémentaires d'invalidité sont versées par douzième, à la fin de chaque mois civil, sur présentation d'un justificatif de la Sécurité sociale, le premier et le dernier paiement pouvant ne représenter qu'un prorata de rente.

Elles sont servies tant que dure l'invalidité et que le participant perçoit une pension d'invalidité ou une rente d'accident du travail ou de maladie professionnelle de la Sécurité sociale, sous réserve des dispositions de l'article 15.

Elles cessent au jour où la pension vieillesse Sécurité sociale du participant est liquidée.

32.7 - Formalités

Tout accident ou maladie entraînant un arrêt de travail donnant lieu à prestations complémentaires doit être déclaré par l'adhérent par courrier à l'Institution accompagné de la déclaration d'arrêt de travail et des décomptes de la Sécurité sociale. Toute autre pièce nécessaire sera mentionnée au bulletin d'adhésion ou spécialement demandée par l'Institution.

Cette déclaration doit être réalisée dans un délai de deux mois (de date à date) à compter de l'expiration de la franchise, sinon l'arrêt de travail est considéré comme ayant débuté au jour de la déclaration.

Article 33 - Garantie Indemnité de congé légal de maternité

Lors du congé légal de maternité, si la salariée a perçu au cours des 12 mois ou la moyenne sur les 2 ans précédant la déclaration officielle de sa grossesse, un salaire égal ou supérieur à un plafond annuel de la Sécurité sociale, et au plus tôt à partir de cette date, il est prévu une indemnité forfaitaire, dont le montant s'élève à :

50 % du Plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur lors du congé.

Le versement s'effectuera à compter de la date de départ de l'indemnisation par la Sécurité sociale soit :

- à la date présumée du début de la grossesse ;
- à la date de début du repos prénatal ;
- ou à la date réelle d'accouchement s'il survient avant le début du repos prénatal.



74 rue Jean Bleuzen · 92177 Vanves Cedex
Tél. 0811 65 50 50 · Fax 0811 65 60 60 (*Appel local*)
Site : www.audiens.org