



Groupama
la vraie vie s'assure ici

ENTREPRISE

CONDITIONS GÉNÉRALES

**REGIME DE PREVOYANCE
PRODUCTION AGRICOLE**



**AGRICA
PRÉVOYANCE**
Proches par nature, engagés à vos côtés

SOMMAIRE



TITRE 1	PREAMBULE	5
TITRE 2	DISPOSITIONS GENERALES DU CONTRAT	6
ARTICLE 2.1	Objet du contrat	6
ARTICLE 2.2	Composition du contrat	6
ARTICLE 2.3	Organismes assureurs	6
ARTICLE 2.4	Délégation de gestion	6
ARTICLE 2.5	Prescription	7
ARTICLE 2.6	Recours contre tiers responsable	7
ARTICLE 2.7	Protection des données à caractère personnel	7
ARTICLE 2.8	Réclamations -Médiation	8
ARTICLE 2.9	Fausse déclaration	8
ARTICLE 2.10	Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme	9
ARTICLE 2.11	Obligations de l'institution	9
ARTICLE 2.12	Obligations de l'entreprise adhérente	9
ARTICLE 2.13	Obligations du participant	9
ARTICLE 2.14	Loi applicable et juridiction	10
TITRE 3	EXÉCUTION DU CONTRAT	11
ARTICLE 3.1	Adhésion au contrat	11
ARTICLE 3.2	Prise d'effet, Durée et Résiliation du contrat	11
ARTICLE 3.3	Restitution de l'indu	12

ARTICLE 3.4	Révision du contrat	12
ARTICLE 3.5	Affiliation et admission dans l'assurance	12
ARTICLE 3.6	Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail	12
ARTICLE 3.7	Cessation de l'affiliation	12
ARTICLE 3.8	Cessation du droit aux garanties	12

TITRE 4 COTISATIONS 13

ARTICLE 4.1	Assiette des cotisations	13
ARTICLE 4.2	Taux des cotisations	13
ARTICLE 4.3	Évolution des cotisations	13
ARTICLE 4.4	Modalités de paiement des cotisations	13
ARTICLE 4.5	Défaut de paiement des cotisations	14

TITRE 5 GARANTIES INCAPACITÉ DE TRAVAIL 15

ARTICLE 5.1	Garantie incapacité temporaire de travail	15
ARTICLE 5.2	Garantie incapacité permanente de travail	15
ARTICLE 5.3	Conditions de l'indemnisation	16
ARTICLE 5.4	Montant de l'indemnisation	16
ARTICLE 5.5	Durée de l'indemnisation	16
ARTICLE 5.6	Dispositions communes à l'incapacité temporaire et permanente de travail	16
ARTICLE 5.7	Base de calcul des prestations incapacité de travail	17
ARTICLE 5.8	Cumul des prestations	17
ARTICLE 5.9	Revalorisation des prestations	17
ARTICLE 5.10	Maintien des prestations	17

TITRE 6 GARANTIES DECES 18

ARTICLE 6.1	Capital décès	18
ARTICLE 6.2	Frais d'obsèques	20

ARTICLE 6.3	Rente éducation	20
ARTICLE 6.4	Rente de conjoint	20
ARTICLE 6.5	Base de calcul du capital décès et des rentes	21
ARTICLE 6.6	Exclusions	21
ARTICLE 6.7	Maintien des garanties décès	21
ARTICLE 6.8	Revalorisation des prestations décès	21

TITRE 7	PORTABILITE DES DROITS	22
----------------	-------------------------------	-----------

ARTICLE 7.1	Bénéficiaires	22
ARTICLE 7.2	Ouverture et durée des droits à portabilité	22
ARTICLE 7.3	Obligations de l'entreprise adhérente	22
ARTICLE 7.4	Obligations de l'ancien salarié	22
ARTICLE 7.5	Prestations	23
ARTICLE 7.6	Cessation de la portabilité	23

TITRE 8	DÉFINITIONS	24
----------------	--------------------	-----------

TITRE 1

PREAMBULE

Les partenaires sociaux signataires de l'Accord collectif national relatif à la mise en place d'une protection sociale complémentaire en Agriculture ont instauré, le 10 juin 2008, une couverture minimale afin que tous les salariés des entreprises entrant dans le champ d'application dudit Accord bénéficient d'un régime de prévoyance.

L'Accord précité a fait l'objet de révisions par avenants n°1 du 6 janvier 2009, n°2 du 26 juin 2009, n°3 du 9 juillet 2013, n°4 du 2 septembre 2015, n°5 du 28 septembre 2016 et n°6 du 17 avril 2018. Par ce dernier avenant entré en vigueur le 1^{er} octobre 2018, les partenaires sociaux ont souhaité réviser ledit Accord et l'adapter aux nouvelles obligations légales et réglementaires.

AGRI PREVOYANCE est référencé comme organisme assureur de ces garanties.

L'Accord national définit ainsi un socle de garanties minimales qui a vocation à s'appliquer à l'ensemble des salariés non cadres de la production agricole.

Au-delà de ce socle, les partenaires sociaux locaux ou les entreprises peuvent mettre en place des garanties optionnelles définies nationalement ou localement.

Certains partenaires sociaux locaux pourront maintenir les accords existants sans entrer dans la mutualisation nationale, dès lors que les régimes demeurent supérieurs.

Les présentes Conditions Générales et leur Annexe qui les complète et le cas échéant y déroge, définissent les couvertures en matière de prévoyance des salariés non cadres dans les secteurs de la production agricole, tant au niveau national, qu'aux autres niveaux d'un champ professionnel et/ou territorial plus restreint (dénommés ci-après « accords locaux »).

Les Conditions Générales exposent les dispositions communes applicables aux entreprises relevant tant de l'Accord National que d'un accord local. L'Annexe aux Conditions Générales précise le niveau des garanties conventionnelles minimales obligatoires et, le cas échéant, les différentes garanties optionnelles qui peuvent être choisies en complément par les partenaires sociaux locaux ou l'entreprise.

TITRE 2

DISPOSITIONS GÉNÉRALES DU CONTRAT



ARTICLE 2.1

Objet du contrat

Le présent contrat est un contrat collectif ayant pour objet de mettre en oeuvre des garanties de prévoyance couvrant l'ensemble des salariés appartenant au groupe assuré tel que défini à l'Annexe aux Conditions Générales.

L'entreprise qui adhère au présent contrat est dénommée ci-après « entreprise adhérente » et le salarié affilié est dénommé « participant ».



ARTICLE 2.2

Composition du contrat

Le contrat se compose de quatre parties indissociables :

- les présentes Conditions Générales définissant l'ensemble des dispositions communes du contrat et des garanties prévoyance, ainsi que les règles de souscription et de gestion ;
- l'Annexe aux Conditions Générales précisant notamment le champ d'application de l'accord concerné, le groupe assuré, ainsi que les niveaux des garanties correspondant au socle conventionnel obligatoire et, le cas échéant, des garanties optionnelles choisies en complément ;
- le Bulletin d'adhésion signé par l'entreprise, dont les dispositions complètent les Conditions Générales, valant engagement de l'entreprise de faire bénéficier l'ensemble des salariés appartenant au groupe assuré des garanties du contrat ;
- le Certificat d'adhésion valant Conditions Particulières signé par l'Institution et confirmant la prise en compte de l'adhésion de l'entreprise.



ARTICLE 2.3

Organismes assureurs

Les garanties « Prévoyance » du contrat sont assurées par :

AGRI PREVOYANCE, Institution de prévoyance, régie par les dispositions de l'article L.727-2 du Code rural et de la pêche maritime et du livre IX du Code de la Sécurité sociale, (21, rue de la Bienfaisance- 75382 PARIS cedex 08), ci-après dénommée « l'Institution ».

Le contrat est régi par le Code de la Sécurité sociale.

AGRI PREVOYANCE est soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), dont le siège se situe 4, Place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS Cedex 09.

Les garanties « Rente éducation » et « Rente de conjoint » souscrites par l'entreprise adhérente sont gérées par l'Institution qui agit au nom et pour le compte de l'OCIRP, assureur desdites garanties (OCIRP, Organisme Commun des Institutions de Rente et de Prévoyance, sis 17 rue de Marignan - 75008 PARIS).

L'OCIRP est une Union d'Institutions de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale dans les conditions prévues à l'article L.931-2 dudit code et autorisée à fonctionner par agrément délivré le 12 janvier 1995 par le Ministre chargé de la Sécurité sociale.



ARTICLE 2.4

Délégation de gestion

La gestion administrative des affiliations, du recouvrement des cotisations ainsi que la gestion du paiement des indemnités journalières complémentaires afférentes au

présent contrat pour les entreprises de la métropole sont déléguées à la caisse de Mutualité Sociale Agricole (MSA) dont relèvent les entreprises adhérentes et les participants.

Le règlement des prestations incapacité permanente et décès est effectué par l'Institution.

ARTICLE 2.5 **Prescription**

Conformément à l'article L932-13 du Code de la Sécurité sociale, toute action relative aux garanties du présent contrat est prescrite, à compter de l'événement qui y donne naissance :

- par 2 ans en ce qui concerne l'appel de cotisations ;
- par 5 ans en ce qui concerne la garantie incapacité temporaire de travail ;
- par 2 ans en ce qui concerne la garantie incapacité permanente de travail ;
- par 10 ans en ce qui concerne la garantie décès, lorsque le bénéficiaire est une personne distincte de l'assuré et par deux ans lorsque le bénéficiaire est l'assuré.

Toutefois ce délai ne court :

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

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

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

En application de l'article L. 932-13-3 du Code de la Sécurité sociale, la prescription est interrompue lorsqu'une des causes ordinaires énumérées aux articles 2240 et suivants du Code civil s'applique.

Il s'agit notamment de :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel on prescrit (article 2240 du Code civil) ;
- une demande en justice, même en référé, jusqu'à l'extinction de l'instance. Il en est de même lorsque la demande en justice 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 (articles 2241 et 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) ;
- un acte d'exécution forcée ou une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution (article 2244 du Code civil).

La prescription est également interrompue par :

- la désignation d'experts à la suite d'une demande de prestation ;

- l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressé par l'Institution à l'entreprise adhérente en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par le participant à l'Institution en ce qui concerne le règlement de la prestation.

ARTICLE 2.6 **Recours contre tiers responsable**

Pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, les organismes assureurs sont subrogés jusqu'à concurrence desdites prestations dans les droits et actions du participant ou de ses ayants droit, contre les tiers responsables, conformément à l'article L. 931-11 du Code de la Sécurité sociale.

En application de ce texte, lorsque le participant est victime d'un accident (accident de la circulation, accident domestique, agression...), il doit, sous peine de perdre ses droits aux garanties, déclarer à l'assureur de l'auteur de l'accident le nom de l'Institution entant que tiers payeur.

ARTICLE 2.7 **Protection des données à caractère personnel**

Un traitement des données à caractère personnel sera mis en oeuvre dans le cadre du présent contrat. L'Institution est la responsable de ce traitement.

Les données que l'Institution traite sont indispensables à la mise en oeuvre du présent contrat. Le fondement légal justifiant le traitement des données est, soit l'intérêt légitime de l'Institution, soit le respect d'une obligation conventionnelle ou réglementaire.

Sont traitées les catégories de données suivantes :

- les coordonnées professionnelles des représentants de l'Entreprise (nom, prénom, numéro de téléphone, e-mails professionnels) ;
- les données d'identification des participants et, s'il y a lieu, des ayants droit et des bénéficiaires (numéro de Sécurité sociale, civilité, nom, prénom, date et lieu de naissance, adresse postale, numéro de téléphone, e-mail) ;
- les données relatives à leur situation professionnelle ;
- dans le respect du secret médical, les données santé communiquées au Médecin conseil de l'Institution ;
- les données bancaires ;
- le cas échéant, le numéro d'identification de l'espace privé su site internet.

Ces données sont traitées pour les finalités suivantes :

- la gestion de la relation contractuelle et commerciale avec l'Entreprise ;
- la gestion administrative et financière du présent contrat ;
- l'appel des cotisations et le paiement des prestations ;
- la prospection commerciale en vue de la souscription de contrats individuels d'assurance de personnes, améliorant ou complétant les garanties du présent contrat ;

- l'élaboration de statistiques, d'indicateurs de gestion et de qualité ;
- la gestion des éventuelles procédures de médiation ou des procédures précontentieuses et contentieuses ;
- la lutte contre la corruption, le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme ;
- la lutte contre la déshérence ;
- la gestion de l'espace privé du site internet.

Afin de lutter contre la fraude à l'assurance, des données personnelles pourront être utilisées pour prévenir, détecter et gérer les fraudes quel qu'en soit l'auteur.

Dans le cadre du dispositif de lutte contre la fraude, ces données personnelles peuvent faire l'objet d'un traitement par l'Institution et conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

Les destinataires des données sont :

- l'Institution et les services de celle-ci ;
- les personnes qui en raison de leurs fonctions sont habilitées à traiter les données et notamment les éventuels mandataires, délégataires de gestion, intermédiaires, réassureurs, coassureurs, distributeurs, les organismes professionnels et organismes assureurs tiers intervenant au présent contrat.

Les données ne font pas l'objet d'un transfert vers des pays tiers n'appartenant pas à l'Union Européenne. Si toutefois, elles devaient faire l'objet d'un tel transfert, l'Institution s'engage à l'effectuer en conformité avec la réglementation européenne et nationale relative à la protection des données à caractère personnel.

Les données sont conservées pendant la durée du présent contrat, augmentée de la durée d'archivage et de la durée la plus longue des prescriptions légales.

Dans le cadre du traitement, aucune prise de décision automatisée, y compris le profilage, n'est mise en oeuvre.

Les personnes concernées disposent d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation du traitement, d'opposition, ainsi que du droit à la portabilité et à la communication post-mortem de leurs données.

Elles ont le droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

Elles peuvent exercer leurs droits en s'adressant au Délégué à la Protection des données par courrier électronique à l'adresse : dpo.blf@goupagricar.com ou par courrier postal à l'adresse : Groupe AGRICA, Direction déléguée Maîtrise des Risques, 21 rue de la Bienfaisance, 75382 PARIS cedex 08.

S'agissant des garanties assurées par l'OCIRP, il est précisé que les données personnelles de vos salariés font l'objet d'un traitement automatisé tenu par l'OCIRP et AGRICA. Elles sont indispensables à l'adhésion de votre entreprise au contrat d'assurance. Ces données sont destinées à nos services internes, nos partenaires et gestionnaires habilités, ainsi qu'aux autorités publiques chargées de vérifier la conformité de ces traitements. Ces données sont conservées pendant toute la durée d'exécution de votre contrat et pour une durée légale de 10 ans.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de limitation du traitement, d'opposition, de portabilité, d'effacement sur vos données personnelles.

Pour exercer ces droits, vous pouvez vous adresser à :

OCIRP - Protection des données personnelles - 17, rue de Marignan-CS 50 003-75008 PARIS ou par mail à DPOcirp@ocirp.fr

ou

Groupe AGRICA, Direction déléguée Maîtrise des Risques, 21 rue de la Bienfaisance, 75382 PARIS cedex 08 ou par mail à dpo.blf@goupagricar.com

A défaut de réponse, vous pouvez contacter la Commission nationale informatique et libertés (CNIL) au 3 place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07 ou <https://www.cnil.fr>.



ARTICLE 2.8

Réclamations - Médiation

En cas de désaccord persistant concernant le contrat et en dehors de toute demande de renseignement ou d'avis, il est possible d'adresser une réclamation :

- soit par courrier au siège de l'Institution, AGRI PREVOYANCE - Service Réclamations, 21 rue de la Bienfaisance, 75382 Paris cedex 08 ;
- soit par courriel sur le site Internet du Groupe AGRICA (www.groupagricar.com) en cliquant sur la rubrique

"Contactez-nous" puis en sélectionnant le motif "Réclamation" dans la partie « Sujet de votre demande ».

Afin que la demande soit traitée dans les plus brefs délais, les informations suivantes doivent être communiquées :

- le code client de l'entreprise adhérente ou du participant ;
- le domaine concerné (prévoyance).

Dès lors, l'Institution adresse un accusé de réception dans les 10 jours suivants, puis traite la réclamation dans un délai maximal de 2 mois.

Par la suite, un recours peut être présenté par l'entreprise ou le participant auprès du Médiateur de la protection sociale (CTIP) en adressant le dossier complet :

- soit par courrier au siège du CTIP (Centre Technique des Institutions de Prévoyance), 10 rue Cambacérès, 75008 PARIS;
- soit par voie électronique sur le site internet du CTIP, www.ctip.asso.fr, en cliquant sur la rubrique « Médiateur de la protection sociale » puis en complétant le formulaire de saisine en ligne.



ARTICLE 2.9

Fausse déclaration

Les déclarations faites tant par l'entreprise adhérente que par le participant servent de base aux garanties.

L'Institution peut opérer une vérification des données ainsi communiquées.

Toute déclaration intentionnellement fausse ou incomplète, réticence, omission ou inexactitude dans la déclaration du risque entraîne l'application des sanctions prévues par l'article L.932-7 du Code de la Sécurité sociale, c'est-à-dire la nullité de l'assurance le cas échéant.

Les cotisations payées demeurent acquises à l'Institution.

ARTICLE 2.10

Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme

Les opérations du présent contrat s'inscrivent dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme conformément aux articles L561-1 et suivants du Code monétaire et financier. Dans ce cadre, l'Institution se réserve le droit de demander tout justificatif relatif à l'identification de l'entreprise ou à l'origine des fonds qui lui sont versés.

L'Institution procède à nouveau à l'identification de l'entreprise lorsqu'elle a de bonnes raisons de penser que l'identité et les éléments d'identification précédemment obtenus ne sont plus exacts ou pertinents, conformément à l'article R561-11 du Code monétaire et financier.

L'entreprise adhérente doit informer l'Institution en cas d'évolution de sa structure juridique, en cas de changement de dirigeant ou en cas de survenance de tout autre événement de nature à faire évoluer son identification.

ARTICLE 2.11

Obligations de l'institution

En application de la Directive sur la distribution d'assurances et de son ordonnance de transposition du 16 mai 2018, préalablement à l'adhésion de l'entreprise, l'Institution lui transmet :

- l'IPID (document d'information précontractuelle sur le produit d'assurance) : document d'information présentant les caractéristiques essentielles du contrat, notamment le(s) risque(s) couvert(s), les exclusions de garanties, les obligations de l'entreprise adhérente, les modalités de résiliation, la territorialité des garanties (...);
- les informations d'ordre général concernant l'Institution de prévoyance afin d'assurer une meilleure transparence vis à vis de l'entreprise adhérente. Ces informations portent notamment sur l'identité de l'Institution, l'adresse du siège social, la qualité d'institution de prévoyance, les procédures de réclamation-médiation, la nature de la rémunération perçue par le personnel distributeur au titre de la distribution du contrat. L'Institution informe l'entreprise adhérente en cas d'évolution des informations relatives à la rémunération ainsi qu'en cas de paiements postérieurs autres que les cotisations en cours et les versements prévus.
- la fiche conseil exprimant le besoin de l'entreprise adhérente, et les arguments justifiant l'adéquation entre les besoins et les garanties proposées.

L'Institution s'engage à établir une Notice d'information détaillée et son Annexe qui définissent notamment les garanties prévues par le présent contrat et les modalités d'application.

ARTICLE 2.12

Obligations de l'entreprise adhérente

▼ 2.12.1 À l'égard du participant

L'entreprise adhérente doit conformément aux dispositions de l'article L.932-6 du Code de la Sécurité sociale :

- remettre à chaque participant la Notice d'information et son Annexe établies par l'Institution et prévues à l'article précédent ;
- avertir par écrit les participants des modifications apportées à leurs droits et obligations suite à une révision du régime avant la prise d'effet de la modification ;
- prévenir les participants lorsqu'ils sortent du groupe assuré des conditions dans lesquelles ils peuvent bénéficier de la portabilité des droits prévue au Titre « Portabilité des droits » des présentes Conditions Générales.

La preuve de la remise au participant de la Notice d'information et de toutes modifications contractuelles incombe à l'entreprise adhérente.

▼ 2.12.2 À l'égard de l'Institution

L'entreprise adhérente s'oblige :

- à affilier l'ensemble des participants appartenant au groupe assuré ;
- à verser les cotisations selon les modalités définies ci-après ;
- à répondre aux questions de l'Institution ou de la caisse de MSA relatives à l'application du contrat ;
- à fournir à l'Institution ou à la caisse de MSA les éléments nécessaires à la gestion du présent contrat, notamment les entrées et les sorties du personnel.

L'entreprise adhérente devra respecter le dispositif légal relatif à la Déclaration Sociale Nominative (DSN). Pour la gestion du présent contrat, l'entreprise adhérente s'engage, notamment, à compléter la dite déclaration des données de paramétrage transmises par la caisse de MSA.

ARTICLE 2.13

Obligations du participant

Chaque participant s'oblige :

- à accepter le précompte des cotisations ;
- à fournir à l'Institution ou à la caisse de MSA les renseignements nécessaires à l'établissement de ses droits et obligations ;
- à retourner tous justificatifs demandés par l'Institution ou par la caisse de MSA afin de vérifier la persistance des droits.

**ARTICLE 2.14****Loi applicable et juridiction**

Le présent contrat ainsi que les relations précontractuelles sont régies par la loi française à laquelle les parties déclarent se soumettre. Tout litige né de l'exécution, de l'inexécution ou de l'interprétation du présent contrat sera de la compétence des juridictions françaises.

La langue française est utilisée pour le présent contrat.

TITRE 3

EXÉCUTION DU CONTRAT



ARTICLE 3.1

Adhésion au contrat

L'ensemble des entreprises entrant dans le champ d'application défini à l'Annexe aux Conditions Générales ont la faculté d'adhérer au présent contrat.

L'adhésion de l'entreprise au présent contrat est formalisée par la signature du Bulletin d'adhésion.

En fonction de ce que prévoit l'Accord collectif dont elle relève, l'entreprise détermine les éventuelles garanties optionnelles auxquelles elle souhaite adhérer en complément du socle obligatoire conventionnel.

Le Bulletin d'adhésion doit être signé et retourné par l'entreprise à l'Institution.

Un certificat d'adhésion valant Conditions Particulières signé par l'Institution est adressé à l'entreprise adhérente. Ce certificat confirme la prise en compte de l'adhésion de l'entreprise, la date d'effet de l'adhésion et le niveau des garanties.



ARTICLE 3.2

Prise d'effet, Durée et Résiliation du contrat

3.2.1 Prise d'effet

Le présent contrat prend effet à la date indiquée sur le Certificat d'adhésion.

Toutefois, d'un commun accord, la date de prise d'effet peut être fixée à une date ultérieure, le 1er jour d'un mois civil. Cette date est alors précisée sur le Bulletin d'adhésion.

3.2.2 Durée

Le présent contrat expire au 31 décembre de l'année encours et se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année civile.

3.2.3 Résiliation

Le présent contrat peut être résilié par l'entreprise adhérente ou par l'Institution au 31 décembre de chaque année civile.

La résiliation de l'adhésion au présent contrat par l'entreprise s'effectue par l'envoi à l'Institution d'une lettre recommandée au moins 2 mois avant la date d'échéance, le cachet de la poste faisant foi du respect du délai de préavis.

La résiliation du contrat par l'Institution s'effectue dans les mêmes conditions.

En tout état de cause, la résiliation du présent contrat emporte la résiliation des garanties du socle conventionnel obligatoire, et des garanties optionnelles éventuellement souscrites par l'entreprise.

En cas de résiliation du contrat, les engagements réciproques de l'entreprise adhérente et de l'Institution prennent fin à la date d'effet de la résiliation, sauf pour les risques pris en charge antérieurement à celle-ci qui continuent à ouvrir droit au versement des prestations.

Dans ces situations, l'Institution maintiendra :

- les prestations en cours de service, et ce, au niveau atteint à la date d'effet de la résiliation ;
- les garanties décès au participant indemnisé au titre de l'incapacité temporaire, l'invalidité ou l'incapacité permanente professionnelle.

ARTICLE 3.3 **Restitution de l'indu**

Conformément aux articles 1302 et 1302-1 du Code civil, toute prestation indûment versée fera l'objet d'une demande de restitution par l'Institution.

ARTICLE 3.4 **Révision du contrat**

Les dispositions du présent contrat sont établies en fonction de la législation et de la réglementation de la Sécurité sociale en vigueur à la date d'effet du contrat.

En cas de changement de la législation ou de la réglementation, l'Institution se réserve le droit de modifier les cotisations et les garanties du présent contrat.

L'entreprise adhérente peut refuser ces modifications dans le mois qui suit la notification des nouvelles conditions et demander la résiliation du présent contrat, par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception.

ARTICLE 3.5 **Affiliation et admission dans l'assurance**

L'ensemble des salariés présents et futurs constituant le groupe assuré, y compris ceux bénéficiant des dispositions applicables en matière de cumul Emploi/Retraite, doit être obligatoirement affilié au présent contrat.

L'Institution délègue à la caisse de MSA le soin de procéder à l'affiliation des salariés de ces entreprises.

L'affiliation et l'admission dans l'assurance du participant prennent effet :

- à la date de prise d'effet de l'adhésion de l'entreprise au présent contrat, lorsque l'intéressé est inscrit sur les registres du personnel à cette date et qu'il fait partie du groupe assuré;
- à compter du 1^{er} jour du mois civil au cours duquel les conditions nécessaires pour entrer dans le groupe assuré sont satisfaites, notamment lorsque le salarié est engagé postérieurement à la date de prise d'effet de l'adhésion de l'entreprise au présent contrat.

ARTICLE 3.6 **Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail**

Les garanties prévues par le contrat sont maintenues pendant la période de suspension du contrat de travail, au participant indemnisé au titre de l'incapacité temporaire et permanente de travail pour cause de maladie, accident de la vie privée, maternité, accident du travail ou maladie professionnelle pris en charge par le régime de base des assurances sociales.

L'entreprise adhérente et le participant sont exonérés du versement des cotisations pour tout mois civil entier d'arrêt de travail et aussi longtemps que l'intéressé ne reprend pas une activité.

Ce maintien d'affiliation s'effectue également tant que dure le versement d'indemnités journalières complémentaires.

ARTICLE 3.7 **Cessation de l'affiliation**

L'affiliation du participant au contrat cesse :

- à la date à laquelle il cesse d'appartenir au groupe assuré, tel que défini à l'Annexe aux Conditions Générales et au Bulletin d'adhésion ;
- à la date de rupture de son contrat de travail, quel qu'en soit le motif, étant précisé qu'en ce qui concerne le participant bénéficiant des dispositions légales applicables en matière de cumul emploi-retraite, il s'agit de la date de rupture de son contrat de travail au titre de l'activité cumulée avec sa retraite.

ARTICLE 3.8 **Cessation du droit aux garanties**

Pour chaque participant, les garanties prennent fin à la date de cessation de son affiliation dans les conditions de l'article ci-dessus, à l'exception :

- du maintien du versement, au niveau atteint, des prestations incapacité temporaire, invalidité ou incapacité permanente professionnelle en cours de service ;
- du maintien du droit à la garantie décès aux bénéficiaires des prestations incapacité temporaire, invalidité ou incapacité permanente professionnelle durant toute la période de versement de celles-ci.

En tout état de cause, elles cessent, excepté pour les participants bénéficiant des dispositions légales applicables en matière de cumul Emploi/Retraite, à la date de liquidation de la pension de vieillesse du régime de base de Sécurité sociale, y compris pour inaptitude au travail.

La cessation du droit aux garanties s'opère toujours de plein droit.

TITRE 4

COTISATIONS



ARTICLE 4.1

Assiette des cotisations

Les cotisations finançant les garanties du contrat sont calculées sur les éléments de rémunération brute entrant dans l'assiette des cotisations du régime de base de Sécurité sociale, telle que définie à l'article L.741-10 du Code rural et de la pêche maritime.

Les rémunérations soumises à cotisations sont délimitées comme suit :

- Fraction des rémunérations inférieure ou égale au plafond de la Sécurité sociale ;
- Fraction des rémunérations supérieure au plafond de la Sécurité sociale dans la limite de 4 plafonds.



ARTICLE 4.2

Taux des cotisations

Les garanties du présent contrat sont accordées aux participants moyennant le paiement d'une cotisation dont le taux global est exprimé en pourcentage des rémunérations brutes entrant dans l'assiette des cotisations définie à l'article précédent et fixé au Barème des cotisations.



ARTICLE 4.3

Évolution des cotisations

Par ailleurs, en fonction des résultats constatés et afin de maintenir l'équilibre technique du contrat, les taux de cotisations pourront être réajustés selon le ratio « Sinistres sur Primes » (S/P). Ce réajustement pourra également se traduire par une évolution des garanties.



ARTICLE 4.4

Modalités de paiement des cotisations

Les cotisations sont appelées et recouvrées par les caisses de Mutualité Sociale Agricole conjointement aux cotisations sociales de base, dans les mêmes conditions et selon les mêmes modalités que les Assurances Sociales Agricoles.

Chaque mois, l'entreprise adhérente doit procéder à la Déclaration Sociale Nominative (DSN) qui donnera lieu, le cas échéant après traitement par les caisses de Mutualité Sociale Agricole, à une régularisation annuelle des cotisations au cours du 1^{er} trimestre de l'année N+1.

Les cotisations sont exigibles dès la date maximale de dépôt de la DSN, en fonction du choix de l'entreprise adhérente, à savoir soit le 1^{er} jour du mois suivant le mois civil auquel elles se rapportent, soit le 1^{er} jour du trimestre suivant le trimestre civil auquel elles se rapportent.

Le versement des cotisations est de la seule responsabilité de l'entreprise adhérente et doit être effectué au plus tard dans les 15 jours qui suivent le mois ou le trimestre auquel elles se rapportent, dès lors que l'entreprise adhérente est rentrée dans le dispositif DSN complet.



ARTICLE 4.5

Défaut de paiement des cotisations

En cas de non-paiement des cotisations dans le délai imparti, conformément à l'article L 932-9 du Code de la Sécurité sociale, il sera fait application de majorations de retard selon les mêmes modalités que celles applicables aux cotisations d'Assurances Sociales Agricoles.

Si la procédure précontentieuse demeurerait infructueuse, une procédure contentieuse sera diligentée.

À défaut de paiement d'une cotisation dans les 10 jours de son échéance et indépendamment du droit pour l'Institution d'appliquer des majorations de retard à la charge exclusive de l'entreprise adhérente et de poursuivre en justice l'exécution du contrat, la garantie peut être suspendue par l'Institution 30 jours après la mise en demeure de l'entreprise adhérente.

Dans la lettre de mise en demeure qu'elle adresse à l'entreprise adhérente, la caisse de MSA informe celle-ci des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie.

L'Institution a le droit de résilier le contrat 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours précité.

Le contrat non résilié reprend effet à midi, le lendemain du jour où ont été payées les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

TITRE 5

GARANTIES INCAPACITÉ DE TRAVAIL

Sont dénommées « garanties incapacité de travail » les garanties relatives à l'incapacité temporaire, l'invalidité et l'incapacité permanente professionnelle.

ARTICLE 5.1

Garantie incapacité temporaire de travail

▼ 5.1.1 Prestations

Les prestations susceptibles d'être servies pour une incapacité temporaire sont des indemnités journalières complémentaires à celles dues, au titre de l'assurance maladie ou de l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles, par le régime de base.

▼ 5.1.2 Modalités d'indemnisation

L'indemnisation de l'Institution intervient selon les modalités spécifiées à l'Annexe aux présentes Conditions Générales.

▼ 5.1.3 Montant de l'indemnisation

Le montant de l'indemnité journalière complémentaire à celle versée par le régime de base est fixé à un pourcentage (précisé à l'Annexe aux présentes Conditions Générales) de la fraction journalière du salaire de base tel qu'il est défini à l'article « Base de calcul des prestations incapacité de travail » ci après.

En cas de reprise du travail à temps partiel pour raison de santé après une période d'incapacité temporaire totale et à condition que le service des prestations en espèces par le régime de base soit maintenu au participant, les indemnités journalières complémentaires versées par l'Institution sont réduites dans les mêmes proportions que les prestations en espèces du régime de base.

Disposition spécifique au congé de maternité ou paternité :

Le participant se trouvant en état d'incapacité de travail ne bénéficie pas de l'indemnité journalière complémentaire pendant la durée du congé légal de maternité ou de paternité.

▼ 5.1.4 Durée de l'indemnisation

Le service de l'indemnité journalière complémentaire est maintenu tant que l'indemnité journalière du régime de base est servie au participant.

En cas de rupture du contrat de travail intervenant avant la fin de la période d'indemnisation du régime de base, les indemnités journalières complémentaires continuent à être versées jusqu'à la date limite de celle-ci.

Le service de l'indemnité journalière cesse :

- à la date de cessation du versement des indemnités journalières par le régime de base ;
- à la date de reconnaissance par le régime de base d'un état d'incapacité permanente ;
- à la date d'attribution de la pension vieillesse du régime de base étant précisé que pour les participants bénéficiaires du cumul Emploi-Retraite, le service des indemnités journalières attribuées au titre de sa reprise d'activité, cesse à la rupture du contrat de travail.

ARTICLE 5.2

Garantie incapacité permanente de travail

▼ 5.2.1 Prestations

La prestation de l'Institution susceptible d'être servie pour incapacité permanente est une pension mensuelle complémentaire en cas d'attribution par le régime de base :

- d'une pension (catégorie 1, 2 ou 3) dans le cadre de l'assurance invalidité ;

ou

- d'une rente correspondant à un taux d'incapacité au moins égal à 33,33 % dans le cadre de l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles.



ARTICLE 5.3

Conditions de l'indemnisation

Pour bénéficier d'une pension mensuelle complémentaire de l'Institution, le participant ne doit pas pouvoir prétendre à une retraite de base à taux plein, notamment au titre de l'incapacité au travail.

La pension mensuelle complémentaire de l'Institution est versée dès la date de reconnaissance de l'incapacité permanente ou de l'invalidité par le régime de base.



ARTICLE 5.4

Montant de l'indemnisation

Le montant de la pension complémentaire mensuelle est égal à un pourcentage (fixé à l'Annexe aux présentes Conditions Générales) de la fraction mensuelle du salaire de base tel qu'il est défini à l'article « Base de calcul des prestations incapacité de travail ».

La pension nette de CSG et CRDS et de toute autre taxe est payable mensuellement à terme échu par l'Institution, sous réserve de présentation des justificatifs nécessaires, notamment de la notification du régime de base, pendant toute la durée de l'incapacité permanente de travail.

La pension est versée directement au participant.

La pension mensuelle peut être réduite, suspendue ou supprimée en cas de réduction du degré d'incapacité, ainsi qu'en cas de reprise d'une activité professionnelle en application des dispositions relatives au cumul des prestations.



ARTICLE 5.5

Durée de l'indemnisation

Le service de la pension mensuelle d'incapacité permanente de l'Institution est ouvert tant que la pension d'invalidité ou la rente accident du travail ou maladies professionnelles du régime de base est servie au participant.

Le versement cesse définitivement :

- à la date d'attribution de la pension vieillesse du régime de base ;
- au décès du participant s'il intervient avant la liquidation de la pension de vieillesse.



ARTICLE 5.6

Dispositions communes à l'incapacité temporaire et permanente de travail

5.6.1 Contrôle de l'Institution

1 - Contrôle médical

Les prestations susceptibles d'être servies par l'Institution au titre de la garantie incapacité de travail peuvent être suspendues ou supprimées suite à un contrôle médical exercé par le médecin conseil mandaté par l'Institution.

Le médecin conseil mandaté par l'Institution pourra diligenter un contrôle médical auprès du participant ayant fait une demande d'indemnisation au titre de l'incapacité temporaire ou permanente, et ce, afin qu'il puisse constater son état d'incapacité de travail.

Dans le cadre de ce contrôle médical, le médecin conseil mandaté par l'Institution demandera au participant de faire établir par son médecin traitant un certificat médical, lequel sera envoyé sous pli confidentiel à l'adresse du médecin dûment mandaté par l'Institution.

Au vu de ce certificat médical, le médecin conseil mandaté par l'Institution pourra demander des pièces ou des examens médicaux complémentaires auprès du participant. En cas de contestation par le participant, une procédure d'expertise médicale amiable peut être initiée entre le médecin choisi par ce dernier et le médecin désigné par l'Institution.

En cas de désaccord entre le médecin du participant et celui de l'Institution, ceux-ci désignent, d'un commun accord, un troisième médecin expert. Les frais relatifs à l'arbitrage opéré par le troisième médecin expert sont supportés par moitié par chacune des parties.

L'avis du médecin expert s'impose de plein droit à l'Institution comme au participant. Les conclusions du contrôle médical peuvent conduire l'Institution à cesser le versement des prestations sans que le participant puisse se prévaloir de la poursuite de l'indemnisation par le régime de base.

De plus, le refus de satisfaire aux contrôles médicaux, l'utilisation de documents inexacts ainsi que les fausses déclarations ayant pour objet d'induire l'Institution en erreur sur les effets et les suites de la maladie ou de l'accident entraînent la perte de tout droit aux prestations de l'Institution.

2 - Contrôle de la persistance des des droits

L'Institution peut demander au participant les justificatifs nécessaires afin de vérifier que le montant de l'indemnisation ne dépasse pas les limites prévues à l'article sur le cumul des garanties incapacité de travail.

Le défaut de production de justificatif peut entraîner la suspension ou l'interruption du versement des prestations.

**ARTICLE 5.7****Base de calcul des prestations incapacité de travail**

Le salaire servant de base au calcul des prestations incapacité de travail, temporaire et permanente, est égal au salaire brut ayant donné lieu à cotisation, limité à quatre fois le montant du plafond annuel de la Sécurité sociale et se rapportant :

1 - Pour l'incapacité temporaire de travail :

à la période de référence retenue par la Mutualité Sociale Agricole afin de déterminer le salaire journalier de référence servant au calcul de ses prestations ;

2 - Pour l'incapacité permanente de travail :

aux 12 mois civils précédant celui au cours duquel est survenu l'arrêt de travail consécutif à une maladie professionnelle ou à un accident du travail, ou lorsque le salarié ne justifie pas de 12 mois entiers de rémunération dans l'entreprise adhérente, le salaire de référence pris en compte est le salaire mensuel moyen de la période considérée multiplié par 12.

La rémunération définie ci-dessus est dénommée dans les présentes Conditions Générales sous le terme « salaire de base ».

**ARTICLE 5.8****Cumul des prestations**

Les prestations d'incapacité temporaire et permanente de travail de l'Institution sont servies en complément de celles attribuées par l'assurance maladie, invalidité ou par l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles.

Le total des indemnités servies par le régime de base, des prestations servies au titre du présent contrat, des rémunérations notamment en cas de reprise d'activité à temps partiel et des prestations de l'assurance chômage, ne peut permettre au participant de disposer de ressources supérieures à la rémunération qu'il aurait perçue s'il avait continué son activité normalement au même poste de travail et pendant la période considérée.

Dans l'hypothèse de la réduction du montant des indemnités servies au participant par le régime de base dans le cadre du dispositif de pénalités financières en cas d'inobservation des règles du Code de la Sécurité sociale, le montant des prestations allouées par l'Institution diminuera dans les mêmes proportions.

La majoration pour tierce personne versée par le régime de base au participant bénéficiaire d'une pension d'invalidité catégorie 3 ou d'une rente accident du travail ou maladie professionnelle n'est pas prise en compte pour l'application de la règle de cumul visée ci-dessus.

**ARTICLE 5.9****Revalorisation des prestations**

À la fin de chaque année civile, la revalorisation des prestations incapacité temporaire et permanente de travail, est examinée par le Conseil d'administration de l'Institution lequel fixe, pour l'exercice suivant, le coefficient servant à la revalorisation des prestations en cours de service.

**ARTICLE 5.10****Maintien des prestations**

En cas de résiliation du présent contrat ou de rupture du contrat de travail intervenant avant la fin de la période d'indemnisation du participant par le régime de base, le versement des prestations complémentaires est maintenu jusqu'à la fin de l'indemnisation par ce régime.

TITRE 6

GARANTIES DECES



ARTICLE 6.1

Capital décès

6.1.1 Capital décès de base

En cas de décès d'un participant, l'Institution verse, à la demande du (des) bénéficiaire(s) ou de l'entreprise adhérente, un capital de base d'un montant égal à un pourcentage (fixé à l'Annexe aux présentes Conditions Générales) de son salaire de base, tel que défini à l'article « Base de calcul du capital décès et des rentes » ci-après.

En cas de maintien de la garantie décès par un précédent organisme assureur, le montant des prestations garanties par cet organisme sera déduit des prestations versées au titre du présent contrat.

6.1.2 Majorations familiales

Le capital de base peut être majoré en fonction de la situation familiale du participant au moment du décès. Les majorations familiales (majoration « conjoint » ou majoration « enfant ») dont le montant exprimé en pourcentage du salaire annuel de base défini à l'article « Base de calcul du capital décès et des rentes » ci-après, est fixé à l'Annexe aux présentes Conditions Générales.

6.1.3 Bénéficiaires du capital décès

1 - Capital de base

Le capital décès est attribué :

- au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) par le participant. En l'absence de désignation expresse, le capital de base est attribué dans l'ordre de priorité suivant :

- à son conjoint non divorcé ni séparé de corps judiciairement ou à son cocontractant d'un pacte civil de solidarité ou à son concubin ou à ses enfants nés et à naître, vivants ou représentés comme en matière de succession ;

- à défaut, à ses autres héritiers.

Pour ouvrir droit au versement du capital décès de base, le conjoint, le cocontractant d'un PACS, le concubin et l'enfant à charge, tels que définis au Titre « Définitions » des présentes Conditions Générales, doivent être reconnus comme tels au jour du décès du participant.

Si le participant désire que le capital décès ne soit pas attribué selon la clause ci-dessus ou si, en cours de contrat, il souhaite désigner un ou plusieurs autres bénéficiaires, il doit en faire la déclaration à l'Institution.

Cette désignation peut :

- se faire en remplissant le bulletin de désignation prévu à cet effet ;
- ou faire l'objet d'un acte sous seing privé ou d'un acte authentique.

En cas de pluralité de bénéficiaires, le capital est partagé en fonction de la répartition éventuellement indiquée par le participant ou, en l'absence de répartition ou de bénéficiaires désignés, de façon égale entre bénéficiaires de même rang.

Afin d'éviter tout risque d'homonymie et pour faciliter la recherche du (des) bénéficiaire(s) désigné(s), le participant doit indiquer, pour chaque bénéficiaire, toutes précisions permettant son identification exacte, notamment ses nom, prénoms, date et lieu de naissance.

Toute désignation ou changement de désignation non portés à la connaissance de l'Institution lui est inopposable. En cas d'acceptation par le ou les bénéficiaire(s) désigné(s), la désignation faite à son ou leur profit devient irrévocable.

2 - Majorations familiales

Si l'Annexe aux présentes Conditions Générales le prévoit, le capital décès peut être majoré en fonction de la situation familiale du participant :

- En cas de décès d'un participant marié, cocontractant d'un PACS ou en concubinage, l'Institution peut verser, à la demande du (des) bénéficiaire(s) ou de l'entreprise adhérente, une majoration « conjoint » dont le montant est fixé à l'Annexe aux présentes Conditions Générales ;
- L'Institution peut verser une majoration par enfant à charge du participant décédé, dite majoration « enfant », dont le montant est fixé à l'Annexe aux présentes Conditions Générales.

Les majorations familiales (majoration « conjoint » et/ou majoration « enfant ») sont versées dans tous les cas aux seules personnes qui les ont générées.

En tout état de cause, la somme des majorations générées par les enfants à charge, est répartie par parts égales entre eux, étant précisé que les enfants à charge doivent être reconnus comme tels au jour du décès du participant.

6.1.4 Double effet

Si l'Annexe aux présentes Conditions Générales le prévoit, lorsque le conjoint, le cocontractant d'un PACS ou le concubin décède simultanément (dans les 24 heures qui précèdent ou suivent le décès du participant) ou postérieurement au décès du participant (dans un délai maximal de 12 mois), il est versé à chaque enfant à charge du dernier décédé un capital décès.

Le montant de ce capital décès est fixé à l'Annexe aux présentes Conditions Générales.

6.1.5 Invalidité absolue et définitive

Est assimilée au décès, l'invalidité absolue et définitive interdisant au participant toute activité rémunérée et lui permettant de bénéficier de l'assistance d'une tierce personne au sens de l'assurance maladie, invalidité ou de l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles du régime de base.

Dans ce cas, l'invalidité absolue et définitive ouvre droit :

- dès la constatation médicale fournie à l'Institution par le participant ;
- après en avoir fait la demande ;
- pour autant que cet état persiste ;
- et à condition que l'intéressé ne puisse pas prétendre à une retraite de base à taux plein notamment au titre de l'incapacité au travail, au paiement par anticipation entre les mains de l'invalidé ou de son représentant légal du capital décès de base.

Le paiement du capital décès s'effectue par un versement unique et met définitivement fin à l'attribution de celui-ci.

Si l'invalidité cesse d'être absolue et définitive postérieurement au versement par anticipation du capital décès et avant la liquidation de la retraite de base de l'intéressé, les bénéficiaires ne peuvent plus prétendre au versement dudit capital décès.

6.1.6 Règlement du capital décès

En cas de décès du participant, l'entreprise adhérente ou le (s) bénéficiaire(s) des prestations déclare(nt) dans les plus brefs délais le décès du participant à l'Institution, qui doit transmettre, dans un délai de quinze jours après réception de l'avis de décès et de sa prise de connaissance des coordonnées du (des) bénéficiaire(s), un dossier de demande de règlement des prestations pour demander au(x) bénéficiaire(s) de lui fournir l'ensemble des pièces justificatives suivantes :

- un bulletin de décès ;
- un extrait d'acte de naissance de l'assuré décédé avec mentions marginales (datant de moins de 3 mois) ;
- un certificat médical, à l'attention du Médecin Conseil de la Caisse indiquant la cause du décès ;
- un certificat d'hérédité ;
- un relevé d'identité bancaire au nom des bénéficiaires ;
- une photocopie lisible du livret de famille tenu à jour ;
- une attestation de concubinage délivrée par la Mairie et précisant le début de vie commune jusqu'au jour du décès ou une photocopie du PACS

- une photocopie de la carte d'identité ou du passeport au nom des bénéficiaires ;

Pour l'assuré divorcé ou séparé de corps :

- une photocopie du jugement de divorce ou de séparation

Pour l'assuré licencié :

- une photocopie de la notification de décision et un avis de paiement de Pôle Emploi jusqu'au décès

Pour les enfants mineurs :

- la désignation du tuteur légal des enfants ou la délibération du conseil de famille ou l'autorisation du jugement des Tutelles.

Dans les cas où l'Institution communique le dossier de demande de règlement de prestations au-delà d'un délai de 15 jours après réception de l'avis de décès et de sa prise de connaissance des coordonnées du (des) bénéficiaire(s), le capital produira de plein droit intérêt au double du taux légal durant un mois puis, à l'expiration de ce délai d'un mois, au triple du taux légal.

Le règlement des prestations (capital décès et indemnité funéraire) est effectué dans les dix jours ouvrés, hors délais bancaires, suivant la date de réception par l'Institution du dossier de demande de versement, dûment complété et accompagné de l'intégralité des pièces justificatives.

Les prestations non versées au-delà d'un délai d'un mois civil suivant la réception des pièces nécessaires au paiement produisent de plein droit intérêt au double du taux légal pendant deux mois puis à l'expiration de ce délai de deux mois, au triple du taux légal. Si le capital a déjà produit des intérêts en raison du retard de l'Institution dans la communication du dossier de règlement des prestations en application de la règle précitée, cette période ayant déjà produit des intérêts s'impute sur le délai de deux mois susmentionné.

Lorsqu'un bénéficiaire n'a pu être identifié à l'issue d'un délai de dix ans à compter de la date de prise de connaissance par l'Institution du décès du participant, les sommes dues au titre des prestations décès seront déposées à la Caisse des dépôts et consignations. Ce dépôt libère l'Institution de ses

obligations envers le bénéficiaire. Par suite, le bénéficiaire a la possibilité de demander le versement de sa prestation auprès de la Caisse des dépôts et consignations. A défaut de demande de versement, ces sommes sont acquises à l'Etat dans un délai de trente ans suivant le décès du participant.

Entre le jour du décès et la réception des pièces justificatives permettant le versement des sommes par l'Institution, s'applique une revalorisation annuelle du capital, calculée en application du TME fixé au 1^{er} novembre de l'année précédente. Cette revalorisation est calculée prorata temporis en fonction du délai écoulé.

ARTICLE 6.2

Frais d'obsèques

Si l'Annexe aux présentes Conditions Générales le prévoit, la présente garantie consiste dans le versement d'une indemnité funéraire dont le montant est égal à un pourcentage du plafond mensuel de Sécurité sociale en vigueur à la date du décès, fixé à l'Annexe aux présentes Conditions Générales.

Cette garantie se décompose en deux types de prestations :

- soit elle est versée en cas de décès d'un ayant droit du participant, tel que défini au Titre « Définitions » des présentes Conditions Générales ;

ou

- soit elle est versée en cas de décès du participant ou d'un de ses ayants droit (tels que définis au Titre « Définitions » des présentes Conditions Générales).

La garantie Obsèques est versée à la personne qui a supporté elle même les frais d'obsèques.

En cas de décès d'un enfant de moins de 12 ans, l'indemnité funéraire sera limitée aux frais réels conformément à l'article L 932-23 du Code de la Sécurité sociale, et en tout état de cause ne pourra dépasser le montant prévu à l'Annexe aux Conditions générales.

ARTICLE 6.3

Rente éducation

Si l'Annexe aux présentes Conditions Générales le prévoit, en cas de décès d'un participant, il est versé aux enfants à charge (tels que définis au Titre « Définitions » des présentes Conditions Générales) une rente dont le montant peut varier selon l'âge et sous condition de poursuite des études à partir du 18^{ème} anniversaire.

Cette rente est exprimée en pourcentage (fixé à l'Annexe aux présentes Conditions Générales) du salaire de base du participant, tel qu'il est défini à l'article « Base de calcul du capital décès et des rentes » ou en pourcentage du Plafond Annuel de la Sécurité Sociale (PASS).

La rente est versée viagèrement aux enfants invalides déclarés avant leur 26^{ème} anniversaire. Elle est doublée pour les orphelins des deux parents.

La rente éducation est versée trimestriellement :

- soit directement à l'enfant à charge qui l'a générée, s'il est majeur ;

- soit à son représentant légal ou, avec son accord, à la personne ayant la charge effective, s'il est mineur ou majeur protégé.

La rente éducation cesse d'être payée à la fin du trimestre civil précédant celui au cours duquel le bénéficiaire ne répond plus à la définition de l'enfant à charge, et en tout état de cause à la date de son décès.

La rente définie ci-dessus est régie par les présentes Conditions Générales et leur Annexe et par le Règlement général de l'OCIRP.

ARTICLE 6.4

Rente de conjoint

Si l'Annexe aux présentes Conditions Générales le prévoit, deux rentes peuvent être servies par l'Institution en cas de décès d'un participant :

1 - La rente temporaire

À condition de ne pas être bénéficiaire d'une pension de réversion, le conjoint survivant ou le cocontractant d'un PACS ou le concubin (tels que définis au Titre « Définitions » des présentes Conditions Générales) ouvre droit au décès du participant à une rente temporaire dans les conditions fixées à l'Annexe aux présentes Conditions Générales.

La rente temporaire est égale à un pourcentage (fixé à l'Annexe aux présentes Conditions Générales) du salaire de base du participant, tel qu'il est défini à l'article « Base de calcul du capital décès et des rentes ».

La rente temporaire est versée trimestriellement.

La rente de conjoint temporaire cesse en tout état de cause dès lors que le bénéficiaire se remarie, décède ou atteint l'âge normal pour prétendre au paiement de l'allocation de réversion à taux plein du régime Arrco pour les droits correspondant au salaire limité au plafond de la Sécurité sociale et du régime Agirc pour les droits correspondant au salaire excédant ce plafond.

2 - La rente viagère

Le conjoint survivant ou le cocontractant d'un PACS ou le concubin (tels que définis au Titre « Définitions » des présentes Conditions Générales) ouvre droit au décès du participant à une rente viagère égale à un pourcentage (fixé à l'Annexe aux présentes Conditions Générales) du salaire annuel de base du participant, tel qu'il est défini à l'article « Base de calcul du capital décès et des rentes ».

La rente viagère est versée trimestriellement et cesse à la date de décès du bénéficiaire.

Les rentes définies ci-dessus sont régies par les présentes Conditions Générales et leur Annexe et par le Règlement général de l'OCIRP.



ARTICLE 6.5

Base de calcul du capital décès et des rentes

Le salaire servant de base au calcul des prestations « capital décès » (visées à l'article « Capital décès » des présentes Conditions Générales) et rentes (visées à aux articles « Rente éducation » et « Rente de conjoint » des présentes Conditions Générales) est égal au salaire annuel brut ayant donné lieu à cotisations.

La rémunération prise en compte se rapporte aux 12 mois civils précédant celui au cours duquel est survenu le décès ou l'arrêt de travail si le décès a été précédé d'une période d'arrêt de travail.

En cas de décès intervenant avant 12 mois d'ancienneté, le capital est calculé sur la base du salaire moyen mensuel du participant multiplié par 12.

En cas de décès précédé d'un arrêt de travail en raison d'une maladie ou d'un accident, le salaire de base est revalorisé, pour tout participant indemnisé depuis au moins trois mois, en fonction de l'évolution du coefficient de revalorisation défini à l'article « Revalorisation des prestations » entre la date d'arrêt de travail et celle du décès.



ARTICLE 6.6

Exclusions

Sont garantis par l'Institution tous les risques de décès, y compris le suicide du salarié, à l'exclusion de ceux résultant :

1° de la guerre civile ou étrangère ;

2° du fait volontaire du bénéficiaire du capital décès.



ARTICLE 6.7

Maintien des garanties décès

Les garanties décès sont maintenues dans les cas suivants :

1° aux participants indemnisés par l'Institution au titre des garanties incapacité temporaire, invalidité et incapacité permanente professionnelle de travail lorsque leur contrat de travail est rompu ;

2° aux participants indemnisés par l'Institution au titre des garanties incapacité temporaire, invalidité et incapacité permanente professionnelle de travail lorsque l'entreprise adhérente a résilié le contrat.



ARTICLE 6.8

Revalorisation des prestations décès

L'OCIRP fixe les coefficients ainsi que la périodicité des revalorisations à appliquer aux prestations « rente éducation » et « rente de conjoint » en cours de service.

TITRE 7

PORTABILITE DES DROITS

En cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, les anciens salariés bénéficient du maintien des garanties prévues par le présent contrat en application de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale et ce, pour toute notification de rupture intervenue à compter de la date d'effet du présent contrat.

L'entreprise disposant préalablement à l'entrée en vigueur du présent contrat de garanties prévoyance doit, dans un délai de trente jours suivant la souscription du contrat, informer l'Institution des anciens salariés susceptibles d'ouvrir droit à portabilité au titre de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale.

Le bénéfice du maintien des garanties est acquis sans versement de cotisation durant la période de portabilité, le financement de ce maintien étant inclus dans la cotisation des actifs.

ARTICLE 7.1 Bénéficiaires

Continuent à bénéficier des garanties qui les couvraient en tant qu'actifs, les anciens salariés de l'entreprise adhérente, dont le contrat de travail a été rompu et remplissant les conditions suivantes :

- ouvrir droit à indemnisation par le régime de l'assurance chômage;
- avoir été affilié et ouvrir droit aux garanties avant la rupture de leur contrat de travail.

ARTICLE 7.2 Ouverture et durée des droits à portabilité

L'ancien salarié a acquis la possibilité de se voir ouvrir, sous conditions, des droits à prestations au titre de la portabilité à compter de la date de rupture effective de son contrat de travail.

La durée du maintien des garanties est égale à la durée du dernier contrat de travail de l'ancien salarié ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail de l'intéressé lorsqu'ils sont consécutifs dans l'entreprise adhérente.

Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, dans la limite maximale de 12 mois. Par dérogation, les garanties rentes éducation et de conjoint sont maintenues au participant tant qu'il est indemnisé par le régime d'assurance chômage.

ARTICLE 7.3 Obligations de l'entreprise adhérente

L'entreprise adhérente doit informer l'Institution de la cessation du contrat de travail du salarié susceptible d'ouvrir droit à la portabilité.

ARTICLE 7.4 Obligations de l'ancien salarié

L'ancien salarié doit justifier auprès de l'Institution qu'il remplit les conditions requises au plus tard au moment de la demande de versement des prestations.

Pour les prestations incapacité de travail (temporaire ou permanente), l'ancien salarié doit fournir une copie de son certificat de travail et de l'attestation de prise en charge par l'assurance chômage ainsi qu'une copie de l'ensemble des attestations de paiement de Pôle emploi précédant l'arrêt de travail.

En cas de décès de l'ancien salarié, l'ensemble des pièces justificatives doivent être produites par le(s) bénéficiaire(s) au moment de la demande d'attribution des prestations décès.

L'ancien salarié doit informer l'Institution de la cessation du versement des allocations chômage lorsque celle-ci intervient au cours de la période de portabilité.

ARTICLE 7.5 **Prestations**

Les prestations pour les bénéficiaires de la portabilité sont identiques à celles définies par le présent contrat pour les salariés en activité.

Toutefois, pour les prestations incapacité temporaire et permanente de travail, le maintien des garanties ne peut conduire l'ancien salarié à percevoir une indemnisation globale (y compris indemnisation du régime de base) supérieure à celle des allocations chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période.

Toute modification des prestations du présent contrat intervenant au cours de la période de portabilité est applicable aux bénéficiaires du maintien des garanties.

ARTICLE 7.6 **Cessation de la portabilité**

Le maintien des garanties cesse au plus tard 12 mois après la date de rupture du contrat de travail de l'ancien salarié et, en tout état de cause :

- à la fin de la durée de maintien à laquelle l'ancien salarié a droit si elle est inférieure à 12 mois ;
- à la date de reprise d'une activité professionnelle par l'ancien salarié ;
- à la date de cessation du versement des allocations chômage ;
- à la date de la liquidation de la pension d'assurance vieillesse du régime de base, y compris pour inaptitude au travail ;
- en cas de décès de l'ancien salarié ;
- en cas de résiliation du présent contrat par l'entreprise adhérente.

En cas de changement d'organisme assureur, le nouvel assureur doit prendre en charge les bénéficiaires de la portabilité à compter de la date d'effet du nouveau contrat collectif.

TITRE 8

DÉFINITIONS

AYANTS DROIT

Sont considérés comme ayants droit du participant au sens dudit contrat :

- **le conjoint** : la personne mariée avec le participant et non séparé(e) de corps ou non divorcé(e) par un jugement définitif passé en force de chose jugée, exerçant ou non une activité professionnelle.

Sont assimilés au conjoint :

- **le cocontractant d'un PACS** : est assimilé au conjoint, la personne qui a conclu un Pacte Civil de Solidarité avec le participant conformément aux dispositions de l'article 515-1 et suivant du Code civil.

- **le concubin** : il faut entendre la personne vivant en concubinage, selon les dispositions de l'article 515-8 du Code civil, avec le salarié, au même domicile, de façon notoire et continue depuis au moins deux ans à la date de l'événement ouvrant droit aux prestations, sous réserve que les concubins soient l'un et l'autre libres au regard de l'état civil de tout lien de mariage ou de PACS. Toutefois, la condition de durée est considérée comme remplie lorsqu'au moins un enfant est né ou à naître de l'union ou a été adopté.

La preuve du lien se fera par déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire et accompagnée impérativement de la justification du domicile commun respectant les conditions ci-dessus.

• les enfants à charge

Sont considérés comme « enfants à charge » les enfants à charge du salarié, de son conjoint, de son partenaire pacsé ou de son concubin tels que définis ci-dessus sous réserve de remplir l'une des conditions suivantes :

- tous les enfants âgés de moins de 21 ans et bénéficiant du dispositif social de base de l'ouvrant droit, de son conjoint, partenaire pacsé ou concubin ;

- tous les enfants âgés de moins de 26 ans s'ils sont étudiants et inscrits au régime de Sécurité sociale des étudiants ou au régime général au titre de la Couverture Maladie Universelle (C.M.U.) ;

- tous les enfants âgés de moins de 26 ans s'ils se trouvent sous contrat d'alternance ou aidé aux conditions prévues par le Code du travail, sous réserve qu'ils justifient de ne bénéficier d'aucune couverture maladie complémentaire dans le cadre de leur activité ;

- tous les enfants, quel que soit leur âge, s'ils sont atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et perçoivent l'Allocation pour Adulte Handicapé -AAH- (article L.821-1 du Code de la sécurité sociale). Les personnes handicapées qui remplissent les conditions d'attribution de l'allocation précitée mais auxquelles celle-ci n'est pas versée en raison de leur niveau de ressources sont également considérées comme étant à charge.

- les enfants du participant nés « viables » moins de 300 jours après son décès.



**AGRICA
PRÉVOYANCE**

Proches par nature, engagés à vos côtés

AGRI PRÉVOYANCE – Institution de prévoyance régie par le code rural et de la pêche maritime, soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de
Résolution (ACPR), dont le siège se situe 4, Place de Budapest CS 92459 75436 PARIS Cedex 09 - SIRET - 423 959 295 00035 - Membre du GIE AGRICA
GESTION - RCS Paris n°493 373 682 - Siège social - 21 rue de
la Bienfaisance 75008 Paris - Tél : 01 71 21 00 00 - Fax 01 71 21 00 01 - www.groupagricar.com