

La Défense, le 29 janvier 2021,

NOTE D'INFORMATION N° 7 / 2021

Objet : Mise à jour de la notice d'information du contrat Prévoyance / Santé du BCAC Montant des cotisations sur le contrat santé sur-complémentaire

Le BCAC a diffusé sa notice d'information mise à jour à effet du 1^{er} janvier 2021 pour le contrat prévoyance / Santé appliqué dans le secteur des Assurances.

La notice a été scindée en 2 volets :

- Notice Prévoyance : elle vient couvrir les risques de la vie (Incapacité temporaire, invalidité, décès)
- Notice Santé : il s'agit du volet « obligatoire » conventionnel de la couverture complémentaire santé.

Nous vous rappelons que ce contrat santé conventionnel est complété d'un contrat sur-complémentaire, permettant d'améliorer les garanties couvertes et souscrit auprès d'ALLIANZ.

La renégociation de ce contrat, fin 2019, avait permis de compléter les garanties existantes (ouverture du tiers-payant à l'optique, le dentaire et l'audition, accès au réseau SantéClair, révision des plafonds de remboursements sur les soins hors SS) avec un surcout maîtrisé.

Cette négociation avait également porté sur un **maintien à l'identique des taux de cotisations pendant deux ans** (2020 et 2021).

Seul une évolution du plafond de la sécurité sociale (3428€ / mois en 2020) peut faire évoluer les montants de cotisations sur le contrat. Or, pour 2021, le plafond de la sécurité sociale restera identique au plafond de l'année 2020.

Il n'y aura donc aucune augmentation des montants de cotisations en santé et prévoyance pour 2021.

Gaëlle BONTET
Ressources Humaines



Diffusion générale

CONTRAT SUR-COMPLEMENTAIRE ALLIANZ

Les cotisations mensuelles 2021 restent identiques à 2020, soit :

	Non cadres	Cadres	Direction
Part patronale	16,25	21,66	27,08
Part CSE	18,96	16,25	
Part salariale	18,96	16,25	27,08

- Cotisation pour les non affiliés au RPP et enfants :

=> Pour les salariés non affiliés au RPP et les conjoints le taux de 2,14% du PMSS.
Le montant de la cotisation 2021 est de 73,36 €.

=> Pour les enfants non considérés comme ayant-droits, le taux de 1,18% du PMSS.
Le montant de la cotisation 2021 est de 40,45 €.

Le contrat surcomplémentaire ALLIANZ est géré directement par le BCAC.
Vous n'avez pas besoin d'adresser vos pièces justificatives à ALLIANZ.

Dans le cas de remboursements de frais non pris en charge par la sécurité sociale, et remboursés par notre contrat Santé, nous vous conseillons de scanner et d'adresser au BCAC via le portail adhérent vos factures acquittées. Le remboursement se fait plus rapidement.

BCAC

RPP
PRÉVOYANCE



**Notice
d'information**
à effet du
1^{er} janvier 2021

Réservé au personnel des sociétés d'assurances

La présente notice est celle prévue à l'article L.141-4 du Code des assurances. Elle a été établie par le Bureau Commun d'Assurances Collectives (BCAC)¹, mandataire des compagnies d'assurances coassurant les contrats de prévoyance souscrits par l'Association de Surveillance des Activités Retraite et Prévoyance Assurances (ASARPA)². Cegedim est en charge de la gestion du Régime RPP.

La présente notice d'information RPP remplace la précédente à compter du 1^{er} janvier 2021 (date de sa prise d'effet) pour les sinistres dont le fait générateur survient à compter de cette date : elle s'applique ainsi aux arrêts de travail prescrits à compter de cette date d'effet ainsi qu'à leurs suites.

Les sinistres (entendus comme l'arrêt de travail initial et ses suites) dont le fait générateur est antérieur à la date d'effet de la nouvelle notice d'information continuent de se voir appliquer les dispositions de la notice d'information en vigueur à la date du fait générateur.

(1) GIE régi par les articles L.251-1 et suivants du Code de commerce, immatriculé au RCS de Nanterre sous le numéro 312 395 684.

(2) Siège social : 18 avenue d'Alsace 92400 Courbevoie. Adresse postale : 18 avenue d'Alsace, TSA 30002, 92926 La Défense Cedex.



SOMMAIRE

1_ Objet	3	6_ Réclamation – Médiation	12
2_ Bénéficiaires	3	7_ Contrôle de l'assureur	13
3_ Obligations de l'employeur et du salarié	3	8_ Législation sur la protection des données à caractère personnel	13
3.1 Obligations de l'employeur	3	9_ Loi applicable et langue utilisée	13
3.2 Obligations du salarié	3	Annexe 1	16
3.3 Obligations spécifiques à la garantie décès – perte totale et irréversible d'autonomie	3	Liste des coassureurs	
3.4 Obligations spécifiques aux garanties incapacité de travail - invalidité	4	Annexe 2	17
3.5 Délai de présentation des dossiers - Déclarations tardives – Prescription	4	Maintien des garanties décès, incapacité de travail et invalidité	
3.6 Subrogation	5	<i>Application des dispositions relatives à la portabilité des droits de prévoyance visées à l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale (loi n°2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi)</i>	
4_ Cotisations	5	Annexe 3	18
5_ Garanties	5	Capital décès : définition des descendants et ascendants à charge	
5.1 Dispositions communes à toutes les garanties	5	Annexe 4	19
5.2 Garantie décès	5	Assurance Déplacement Professionnel	
5.3 Garanties incapacité de travail - invalidité - Mi-temps thérapeutique	8		
5.4 Garantie assurance déplacement professionnel	11		
5.5 Exclusions des garanties	12		

1_ OBJET

Le Régime Professionnel de Prévoyance (RPP) a pour objet de procurer aux salariés des sociétés d'assurances ou aux membres de leur famille des garanties en matière de décès, d'incapacité de travail, d'invalidité et d'accident survenu au cours d'un déplacement professionnel, dans les conditions et limites prévues aux articles ci-après.

2_ BÉNÉFICIAIRES

Sont bénéficiaires les salariés :

- des entreprises ou organismes visés par les conventions collectives nationales de travail des 13 novembre 1967, 27 mars 1972, 27 mai 1992, 27 juillet 1992 ou de l'accord du 3 mars 1993 concernant les cadres de direction des sociétés d'assurances ;
- des syndicats professionnels auxquels sont adhérents les employeurs précités ou les membres de leurs personnels si ces syndicats se sont engagés à appliquer les accords professionnels en matière de retraite et de prévoyance.

L'adhésion du salarié est obligatoire dès son premier jour de travail.

En cas de rupture du contrat de travail survenant alors que l'intéressé est en arrêt de travail indemnisé par la Sécurité sociale pour maladie ou accident, le bénéfice des dispositions du règlement RPP est maintenu pendant toute la durée de l'arrêt de travail.

3_ OBLIGATIONS DE L'EMPLOYEUR ET DU SALARIÉ

3.1_ Obligations de l'employeur

L'employeur est tenu :

- d'affilier au RPP le salarié répondant aux conditions stipulées par le règlement du régime ;
- de précompter, sur la rémunération du salarié, les cotisations à la charge de celui-ci et fixées par le règlement ;
- de verser au BCAC, dans les délais indiqués, les cotisations fixées et de fournir les justifications demandées ;
- de fournir aux dates fixées les renseignements nécessaires sur le salarié affilié ;
- de remettre au salarié la notice d'information établie en application de l'article L. 141-4 du Code des assurances ;
- de déclarer au BCAC les sinistres dont il a connaissance.

3.2_ Obligations du salarié

Chaque salarié est tenu :

- d'accepter le précompte, par son employeur, de la cotisation à sa charge ;
- de fournir tous les renseignements demandés par le BCAC ;
- de se soumettre aux examens médicaux jugés nécessaires par le BCAC pour le versement des prestations ;
- d'adresser tous les justificatifs nécessaires à la prise en charge du sinistre à l'adresse suivante :

BCAC
Centre de gestion Santé et Prévoyance
TSA 50001
15 rue Paul Dautier
78457 Vélizy Villacoublay Cedex

Le fait de ne pas se soumettre aux obligations précitées est susceptible d'entraîner la suspension du service des prestations et la restitution des sommes indûment perçues, sans préjudice de toutes autres actions qui pourraient être intentées auprès des tribunaux compétents.

Conformément aux dispositions de l'article L.113-8 du Code des assurances, le présent contrat est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration.

3.3_ Obligations spécifiques à la garantie décès – perte totale et irréversible d'autonomie

Règlement du capital garanti en cas de décès

Le capital est versé sur remise des pièces nécessaires, qui comprennent notamment :

- 1° le bulletin d'affiliation ;
- 2° une pièce d'état civil établissant le décès ;
- 3° la justification des charges de famille existant au jour du décès.

Le paiement est effectué dans les quinze jours de la réception du dossier complet.

Règlement du capital garanti en cas de perte totale et irréversible d'autonomie

Le salarié qui entend obtenir le versement anticipé du capital décès doit adresser une demande au BCAC avec, à l'appui :

- une photocopie de la notification de pension d'invalidité de troisième catégorie de la Sécurité sociale ;
- ou, en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, une photocopie de la notification de versement de la majoration pour tierce personne prévue par l'article L. 434-2 du Code de la Sécurité sociale.

Avant le versement anticipé de ce capital, le BCAC est fondé à obtenir la preuve que l'intéressé continue bien à être en état de perte totale et irréversible d'autonomie et, notamment, à être classé dans la troisième catégorie d'invalides ou à bénéficier de la majoration pour tierce personne prévue par l'article L. 434-2 du Code de la Sécurité sociale. A cet effet, les médecins mandatés par le BCAC auront, sous peine de déchéance de garantie, un libre accès auprès du salarié.

3.4_ Obligations spécifiques aux garanties incapacité de travail - invalidité

Toute interruption de travail excédant trois mois, et susceptible d'entraîner une incapacité donnant lieu à paiement de prestations incapacité - invalidité fera l'objet d'une déclaration émanant de l'employeur à défaut de celui-ci, du salarié. A cette déclaration, sera jointe une attestation détaillée du médecin traitant.

La preuve de l'incapacité complète de travail incombe au salarié.

A toute époque, les médecins mandatés par le BCAC auront, sous peine de déchéance de garantie, un libre accès auprès du salarié afin de pouvoir constater son état. En cas de désaccord entre le médecin du salarié et le médecin du BCAC sur ledit état d'incapacité de travail ou d'invalidité, les parties intéressées choisiront pour les départager un troisième médecin dont l'avis s'imposera de manière obligatoire aux deux parties ; faute d'entente sur la désignation de ce troisième médecin, le choix sera fait par le président du tribunal de grande instance du domicile du salarié. Les frais éventuels de nomination du troisième médecin et le règlement de ces honoraires seront, en principe, supportés par le BCAC.

Si une modification survenait dans l'état d'invalidité constaté à l'origine, la pension précédemment allouée serait, sous réserve des dispositions des deux alinéas précédents, ramenée, pour l'avenir au taux qui aurait correspondu, à l'origine, au nouveau taux d'invalidité.

3.5_ Délais de présentation des dossiers - Déclarations tardives - Prescription

Sauf cas de force majeure ou cas particulier admis sur justification, les arrêts de travail pour accident ou maladie doivent être déclarés dans un délai de trois mois à compter du début de la période indemnisable par le Régime professionnel de prévoyance ; à défaut, la prise en charge éventuelle par le régime s'effectuera à partir de la déclaration.

Les demandes de règlement sont soumises aux délais de prescription prévus par l'article L. 114-1 et suivants du Code des assurances.

Article L. 114-1 du Code des assurances :

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- 1° en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
- 2° en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque là.

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier. La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du

souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

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

Article L. 114-2 du Code des assurances :

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

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

- La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait qui interrompt le délai de prescription (Article 2240 du Code civil).
- La demande en justice, même en référé, qui interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (Article 2241 du Code civil).
- L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance (Article 2242 du Code civil).
- L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée (Article 2243 du Code civil).
- Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (Article 2244 du Code civil).
- L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers (Article 2245 du Code civil).

- L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution (Article 2246 du Code civil).

Article L. 114-3 du Code des assurances :

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

3.6_ Subrogation

L'assureur est subrogé dans les droits et actions de l'assuré ou du bénéficiaire, victime d'un accident, dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que le BCAC a exposées pour le compte des coassureurs, à due concurrence de la part d'indemnités mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

4_ COTISATIONS

Le Régime Professionnel de Prévoyance est financé par des cotisations patronales et salariales. Leurs taux sont exprimés comme suit :

La cotisation est assise sur la rémunération de l'assuré. Deux taux s'appliquent en fonction des tranches de rémunération.

La rémunération prise en compte est la rémunération brute annuelle de l'année en cours, constituée de l'ensemble des éléments de rémunération servant de calcul des cotisations de Sécurité sociale, dans la limite de 8 fois le Plafond Annuel de Sécurité sociale (PASS).

Tranche de salaire inférieure ou égale à 1 PASS		Tranche de salaire supérieure à 1 PASS	
Employeur	Salarié	Employeur	Salarié
1,50 %	0,13 %	1,16 %	0,10 %

5_ GARANTIES

5.1_ Dispositions communes à toutes les garanties

5.1.1. Début des garanties

Les garanties débutent dès le 1^{er} jour de travail du salarié.

5.1.2. Cessation des garanties

5.1.2.1. Règle générale

Les garanties cessent pour le salarié à l'expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail.

Seule la garantie déplacement professionnel cesse le jour où du fait de la rupture du contrat de travail il quitte le service de l'employeur pour quelque cause que ce soit.

La cessation de l'assurance s'opère de plein droit et sans aucune formalité.

5.1.2.2. Exceptions – Maintien des garanties

Les garanties décès, perte totale et irréversible d'autonomie, incapacité de travail et invalidité peuvent être maintenues dans certains cas et sous certaines conditions qui sont reprises dans les articles relatifs à chaque garantie.

En revanche, la garantie Assurance déplacement professionnel ne peut pas faire l'objet d'un maintien dès lors que le contrat de travail a cessé ou est suspendu.

5.1.3. Traitement de base

Les garanties décès, perte totale et irréversible d'autonomie, incapacité de travail-invalidité et les garanties en cas d'accidents prévues par l'assurance déplacement professionnel sont assises sur le traitement de base de l'intéressé.

La rémunération brute servant de base de calcul à la cotisation est égale à la rémunération brute fixe et variable des 12 derniers mois précédant la date du sinistre dans la limite de huit fois le plafond annuel de la Sécurité sociale. Lorsqu'un salarié bénéficiaire a moins de 12 mois d'ancienneté chez l'employeur, le traitement de base est déterminé à partir des rémunérations brutes fixes et variables calculées au *pro rata temporis*.

5.1.4. Revalorisations des garanties et prestations

Modalités de la revalorisation

La rémunération servant au calcul des prestations prévues en cas de décès, d'incapacité de travail, d'invalidité ou d'accident lié à un déplacement professionnel, est revalorisée chaque année.

Il en est de même pour la rente éducation visées au paragraphe 5.2.4.

Cette revalorisation consiste à appliquer aux valeurs de l'année $n - 1$ la moyenne arithmétique des taux d'augmentation du plafond de la Sécurité sociale et de la valeur moyenne du point AGIRC-ARRCO observés dans l'année $n - 1$ par rapport à l'année $n - 2$.

5.2_ Garantie décès

Il existe deux sortes de prestations décès : le capital décès (avec un versement anticipé possible en cas de perte totale et irréversible d'autonomie) et la rente d'éducation.

5.2.1. Capital décès

Bénéficiaires

Le régime prévoit une clause bénéficiaire type aux termes de laquelle sauf désignation expresse contraire par le salarié, le versement du capital décès est effectué dans l'ordre suivant : au conjoint ou au partenaire lié à l'assuré par un pacte civil de solidarité (PACS), à défaut aux descendants par parts égales entre eux, la part d'un prédécédé revenant à ses propres descendants, ou à ses frères et sœurs s'il n'a pas de descendant, à défaut aux père et mère par parts égales entre eux ou au survivant en cas de prédécès ou, à défaut, aux héritiers.

Bien entendu, une désignation expresse particulière par le salarié est toujours possible. Toutefois dans le cas où celle-ci serait caduque, le capital serait versé selon les dispositions de la clause bénéficiaire type.

Montant du capital garanti (montant exprimé en % du traitement de base) (Tableau ci-dessous)

Le montant assuré suit immédiatement la variation des charges de famille du salarié.

Exemples

Situation du salarié au moment de son décès : marié, deux descendants à charge.

Si le salarié a désigné expressément comme bénéficiaire son conjoint, ou s'il a opté pour la clause bénéficiaire type, le montant du capital décès est de :

Capital de base : 50 % + Majoration pour le salarié marié : 125 %

>> versé au conjoint

Majoration pour descendants à charge : 2 X 50 %

>> versée aux descendants à charge eux-mêmes. Toutefois, si l'enfant est mineur, la majoration est versée exclusivement au conjoint ayant la garde de cet enfant si le conjoint a été désigné pour recueillir le capital décès.

Si le salarié a désigné expressément comme bénéficiaire ses descendants, le montant du capital décès est de :

Capital de base : 50 %

Majoration pour le salarié marié : 125 %

Majoration pour descendants à charge : 2 X 50 %

>> Soit un total de 275 % du traitement de base versé aux enfants.

Si le salarié a désigné expressément comme bénéficiaire une personne autre que son conjoint ou ses descendants ou ascendants, le montant du capital décès est de :

Capital de base : 50 %

>> Soit un total de 50% du traitement de base versé au bénéficiaire désigné autre que le conjoint ou les descendants et ascendants

Majoration pour descendants à charge : 2 X 50 %

>> Soit un total de 100 % du traitement de base versé aux descendants à charge eux-mêmes. Toutefois, si l'enfant est mineur, la majoration est versée exclusivement au conjoint ayant la garde de cet enfant si le conjoint a été désigné pour recueillir le capital décès.

Montant du capital garanti en cas de décès

Situation du salarié au moment de son décès	Garantie de base	Majoration pour salarié marié ou lié par un PACS	Majorations pour ⁽¹⁾	
			Descendant à charge	Ascendant à charge
Célibataire, veuf (veuve), divorcé(e)	50 % ⁽²⁾	-	50 % ⁽³⁾	50 %
Marié(e) ou lié(e) par un PACS	50 %	125 % ⁽⁴⁾	50 %	50 %

(1) Ces majorations sont toujours dues. Elles seront toujours versées aux ascendants ou descendants à charge eux-mêmes. Toutefois, si l'enfant est mineur, la majoration est versée exclusivement au conjoint ayant la garde de cet enfant si le conjoint a été désigné pour recueillir le capital décès. Le salarié ayant un ou plusieurs ascendants ou descendants à charge bénéficie d'une garantie supplémentaire égale à autant de fois 50 % du traitement de base qu'il existe d'ascendants ou de descendants à sa charge.

(2) La garantie de base est de 100 % pour les célibataires, veufs (veuves), divorcés (es) ayant au moins un descendant à charge.

(3) La majoration est de 100 % pour le 1er descendant à charge pour le salarié veuf. En cas de pluralité de descendants à charge, le montant de cette majoration est réparti entre eux par parts égales.

(4) Cette majoration n'est due qu'au conjoint, partenaire lié par un pacte civil de solidarité, ascendant ou descendant. Si le bénéficiaire désigné est une tierce personne autre que le conjoint, partenaire lié par un pacte civil de solidarité, ascendant ou descendant, la majoration de 125 % n'est pas due. En cas de pluralité de bénéficiaires désignés parmi les personnes précitées, cette majoration est répartie entre eux par parts égales.

5.2.2. Versement anticipé du capital décès : perte totale et irréversible d'autonomie

Les salariés considérés comme étant en perte totale et irréversible d'autonomie peuvent demander le paiement anticipé du capital décès.

Est considéré en état de perte totale et irréversible d'autonomie, le salarié qui est dans l'incapacité de se livrer à la moindre activité ou occupation de façon permanente et dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie, et qui bénéficie, de ce fait, de la prestation correspondante de la Sécurité sociale (pension d'invalidité de la troisième catégorie ou majoration pour tierce personne prévue par l'article L. 434-2 du Code de la Sécurité sociale).

Six mois au plus tôt après la date d'effet du classement en troisième catégorie d'invalides par la Sécurité sociale et à la condition que ce classement subsiste, le salarié pourra sur sa demande expresse recevoir par anticipation le montant du capital assuré en cas de décès.

Le paiement anticipé du capital en cas de décès s'effectue, en un seul versement.

Montant du capital versé en cas de perte totale et irréversible d'autonomie

Le montant du capital assuré en cas de décès est défini suivant les dispositions de l'article 5.2.1.

Le montant assuré suit immédiatement la variation des charges de famille du salarié.

Ce capital comprend la garantie de base et, le cas échéant, les majorations prévues à l'article 5.2.1.

(Tableau ci-dessous)

Ce versement met fin à la garantie du capital décès.

Toutefois, si le salarié le demande expressément au moment du service de la garantie, le versement du capital peut être limité à la garantie de base. Les majorations restant dues (majorations pour le salarié marié ou lié par un pacte civil de solidarité, celles pour descendants ou ascendants à charge) seront alors versées au moment du décès compte tenu de la situation à cette date.

Les dispositions ci-dessus sont également applicables, dans les mêmes conditions, à la demande d'un assuré victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle se trouvant dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie, et percevant, à ce titre, la majoration prévue à l'article L.434-2 du Code de la Sécurité sociale.

5.2.3. Revalorisation Post Mortem

En cas de décès de l'assuré, le montant des prestations décès est revalorisé à compter de la date du décès de l'assuré et jusqu'à la réception des pièces justificatives nécessaires au règlement du capital et au plus tard jusqu'au transfert à la Caisse des Dépôts et Consignations suivant les modalités prévues ci-après :

A compter de la date de décès de l'assuré, la prestation produira intérêts nets de frais, pour chaque année civile, au minimum à un taux égal au moins élevé des deux taux suivants :

- la moyenne sur les 12 derniers mois du taux moyen des emprunts de l'Etat français, calculée au 1er novembre de l'année précédente ;
- le dernier taux moyen des emprunts de l'Etat français disponible au 1^{er} novembre de l'année précédente.

5.2.4. Rente d'éducation

En cas de décès d'un salarié, chaque descendant à charge (cf. annexe 3) ouvre droit à une rente d'éducation d'un montant annuel égal à :

- 5 % du traitement de base pour les descendants à charge âgés de moins de 6 ans ;
- 10 % du traitement de base pour les descendants à charge âgés d'au moins 6 ans et de moins de 14 ans ;
- 15 % du traitement de base pour les descendants à charge âgés d'au moins 14 ans.

Montant du capital garanti en cas de PTIA

Situation du salarié au moment de sa perte totale et irréversible d'autonomie	Garantie de base	Majoration	Majorations pour ⁽³⁾	
			Descendant à charge	Ascendant à charge
Célibataire, veuf (veuve), divorcé(e)	50 % ⁽¹⁾	125 %	50 % ⁽²⁾	50 %
Marié(e) ou lié(e) par un PACS	50 %	125 %	50 %	50 %

(1) La garantie de base est de 100% pour les célibataires, veufs (veuves), divorcé(es) ayant au moins un descendant à charge.

(2) La majoration est de 100 % pour le 1^{er} descendant à charge pour le salarié veuf. En cas de pluralité de descendants à charge, le montant de cette majoration est réparti entre eux par parts égales.

(3) Le salarié ayant un ou plusieurs ascendants ou descendants à charge bénéficie d'une garantie supplémentaire égale à autant de fois 50% du traitement de base qu'il existe d'ascendants ou de descendants à sa charge.

Le montant annuel de la rente ne peut être inférieur à 1 798 € (valeur pour 2021). Ce minimum est revalorisé chaque année comme indiqué au paragraphe 5.1.4.

La rente prend effet au 1^{er} jour du mois suivant la date de décès du salarié et le paiement s'effectue par trimestre civil d'avance. Elle est revalorisée chaque année comme indiqué au paragraphe 5.1.4.

Dès que le descendant ne répond plus aux conditions requises, la rente cesse d'être versée.

Dans l'éventualité du décès de ses deux parents, membres du personnel, le descendant cumulera deux rentes telles que prévues ci-dessus.

5.2.5. **Maintien de la garantie décès (capital décès, versement anticipé en cas de perte totale et irréversible d'autonomie et rente d'éducation).**

Par exception aux règles définies à l'article 5.1.2.1., la garantie est maintenue :

- en cas de rupture ou de cessation du contrat de travail survenant alors que l'intéressé est en incapacité de travail ou en invalidité médicalement reconnue. Le salarié qui remplit toutes les conditions exigées pour recevoir une indemnité journalière ou une pension d'invalidité au titre de l'article 5.3. continue à bénéficier de la garantie décès sans contrepartie de cotisations ;
- en cas de cessation du contrat de travail (non consécutive à une faute lourde) ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, pour une durée égale à la durée du dernier contrat de travail (appréciée en mois et, le cas échéant, arrondie au nombre supérieur), ou le cas échéant des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez un même employeur, et au maximum pendant douze mois sans contrepartie de cotisations. Les intéressés doivent justifier, auprès du BCAC, de leur prise en charge par le régime d'assurance chômage.

La garantie prend alors effet à la date de cessation du contrat de travail.

Les intéressés sont tenus d'informer le BCAC de la cessation du versement des allocations du régime d'assurance chômage lorsque celle-ci intervient au cours de la période du maintien de la garantie.

5.3_ Garantie d'incapacité de travail - invalidité - Mi-temps thérapeutique

5.3.1. **Incapacité de travail**

5.3.1.1 *Incapacité de travail n'excédant pas 12 mois*

Conditions :

Le salarié recevra une indemnité complémentaire à celle versée par la Sécurité sociale sous réserve de pouvoir justifier par la production d'arrêts de travail établis par un médecin traitant, d'une interruption de l'activité professionnelle ou d'une reprise en mi-temps thérapeutique pour cause de maladie ou d'accident professionnel ou non, pendant trois mois continus¹ et à la condition de percevoir les indemnités journalières de la Sécurité sociale.

(1) Les trois mois d'arrêt de travail peuvent ne pas être continus si la cause en est la même maladie.

Durée :

A partir du début du quatrième mois et tant que l'incapacité subsistera, mais au plus tard jusqu'à la fin du douzième mois qui suivra l'interruption du travail.

Montant :

Cette indemnité sera calculée de manière à compléter, à concurrence de 85 % de la rémunération brute telle que définie au paragraphe 5.1.3., les sommes versées par la Sécurité sociale et d'éventuelles indemnités dues par des tiers responsables ou l'assurance de ces derniers.

La rémunération à considérer est, par jour d'indisponibilité, de 1/360^{ème} de celle définie au paragraphe 5.1.3. de la présente notice.

Pour les salariés dont la rémunération comporte des commissions, quelle qu'en soit la nature, l'indemnité complémentaire à celle versée par la Sécurité sociale visée au présent article doit être calculée déduction également faite des éléments de rémunération que l'intéressé peut recevoir pendant cette même période d'absence pour maladie ou accident.

En aucun cas, la somme des rémunérations et indemnités complémentaires nettes de charges versées au salarié ne peut excéder 100% de la rémunération nette qu'aurait perçue le salarié en activité.

Paiement :

L'indemnité est payable mensuellement.

Cessation :

En cas de cessation ou suspension du versement des indemnités journalières de la Sécurité sociale, le versement des indemnités complémentaires l'est également. En cas de réduction des indemnités journalières de Sécurité sociale, les indemnités complémentaires sont maintenues à hauteur du montant précédant cette réduction.

5.3.1.2 *Incapacité de travail excédant 12 mois*

Conditions :

Le salarié dont l'incapacité de travail excèdera douze mois recevra une indemnité brute complémentaire à celle versée par la Sécurité sociale sous réserve d'en justifier par la production d'arrêts de travail établis par le médecin traitant.

Durée :

Dès le début du 13^{ème} mois d'arrêt de travail, tant que l'incapacité subsistera à la condition de percevoir les indemnités journalières de la Sécurité sociale et au plus tard jusqu'au terme du 36^{ème} mois.

Montant :

Cette indemnité brute sera calculée de manière à compléter, à concurrence de 70% de la rémunération brute telle que définie au paragraphe 5.1.3. de la présente notice, les sommes perçues par l'intéressé au titre de la Sécurité sociale, et d'éventuelles indemnités dues par des tiers responsables ou l'assurance de ces derniers.

La rémunération à considérer est, par jour d'indisponibilité, de 1/360^{ème} de celle définie au paragraphe 5.1.3. Pour les salariés dont la rémunération comporte des commissions, quelle qu'en soit la nature, l'indemnité complémentaire à celle versée par la Sécurité sociale visée au présent article doit être calculée déduction également faite des éléments de rémunération que l'intéressé peut recevoir pendant cette même période d'absence pour maladie ou accident.

En aucun cas, la somme des rémunérations et indemnités complémentaires nettes de charges versées au salarié ne peut excéder 100 % de la rémunération nette qu'aurait perçue le salarié en activité.

Païement :

L'indemnité est payable mensuellement.

Cessation :

En cas de cessation ou suspension du versement des indemnités journalières de la Sécurité sociale, le versement des indemnités complémentaires l'est également. En cas de réduction des indemnités journalières de Sécurité sociale, les indemnités complémentaires sont maintenues à hauteur du montant précédant cette réduction.

5.3.2. Mi-temps thérapeutique

Le salarié en incapacité de travail qui reprend partiellement son activité professionnelle pour des raisons thérapeutiques bénéficie d'indemnités journalières complémentaires⁽²⁾.

(2) Seuls les mi-temps thérapeutiques débutés ou renouvelés à compter du 1^{er} janvier 2019 sont concernés.

Conditions :

Le bénéfice de cette prestation est conditionné :

- à la perception d'indemnités journalières de la Sécurité sociale ;
- à la production d'arrêt(s) de travail établis par le médecin traitant ;
- à l'autorisation de reprise du travail pour raison médicale, délivrée par la Sécurité sociale et le médecin du travail.

Montant :

Le montant de l'indemnité journalière complémentaire est calculé de manière à compléter à concurrence de 85 % la rémunération brute du salarié pendant toute la durée du mi-temps thérapeutique. Le salaire à prendre en considération est le traitement de base tel que définit à l'article 5.1.3 de la présente notice d'information.

Toutefois, entreront en déduction du montant de cette indemnité :

- les indemnités journalières versées par la sécurité sociale ;
- les indemnités dues par des tiers responsables ou l'assurance de ces derniers ;
- le salaire perçu dans le cadre de l'activité professionnelle à temps partiel thérapeutique,
- l'indemnité perçue, le cas échéant, d'un contrat d'assurance prévoyance de tout organisme.

En aucun cas, la somme des rémunérations et indemnités journalières complémentaires nettes de charges versées au salarié ne peut excéder 100 % de la rémunération nette qu'aurait perçue le salarié en activité à temps complet.

Durée :

Le versement de la prestation ne peut débiter qu'à l'issue d'une période d'incapacité de travail indemnisée par la sécurité sociale et au plus tard jusqu'à la fin du versement des indemnités journalières par la Sécurité sociale.

La prestation cesse également à tout moment dès lors que le salarié ne remplit plus les conditions énoncées ci-dessus.

Maintien des droits et cotisations :

Pour le calcul des prestations dues en cas de décès pendant une période durant laquelle le salarié a repris son travail à temps partiel pour motif thérapeutique, est pris en compte le salaire brut à temps complet reconstitué de manière théorique. Les cotisations du salarié en mi-temps thérapeutique sont calculées sur la somme de son salaire brut à temps partiel et des indemnités journalières complémentaires perçues.

5.3.3. Invalidité

5.3.3.1 Invalidité partielle

Conditions :

Lorsque le salarié qui, soit est classé en invalidité de 1^{ère} catégorie par la Sécurité sociale (au sens de l'article L. 341-4 du Code de la Sécurité sociale), soit est reconnu par la Sécurité sociale comme étant atteint d'une incapacité permanente comprise entre 33 et 66 %, recevra, tant qu'il justifiera de cet état et au plus tard jusqu'à l'entrée en jouissance de la pension de retraite de la Sécurité sociale, une pension annuelle brute payable mensuellement à terme échu.

Montant :

Cette pension sera calculée de manière à compléter, à concurrence de 70% de sa rémunération brute telle que définie à l'article 5.1.3., s'il y a lieu, les sommes perçues par l'intéressé au titre :

- de la Sécurité sociale ;
- des indemnités dues par des tiers responsables ou l'assurance de ces derniers ;
- d'une activité professionnelle ou du régime d'assurance chômage ;
- des retraites ou pensions de toute nature qui résultent de toutes les activités de l'intéressé et dont il perçoit déjà les arrérages³.

Cette pension ne sera due qu'à la condition que le salarié perçoive des prestations de la Sécurité sociale au titre de son invalidité.

(3) Cette formule ne vise pas les pensions de retraite dont l'acquisition n'est pas liée directement aux activités de l'intéressé et qui lui sont éventuellement attribuées en raison d'évènements passés (par exemple : accident, blessure de guerre, distinction honorifique).

5.3.3.2 Invalidité totale

Le salarié recevra une rente annuelle sous réserve d'être réputé atteint d'une invalidité totale au sens du présent régime.

Conditions :

Est réputé atteint d'invalidité totale au sens du présent régime, le salarié qui, après avoir interrompu son travail pour cause de maladie ou d'accident professionnel ou non :

- est classé par les services de la Sécurité sociale en invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie (au sens de l'article L. 341-4 du Code de la Sécurité sociale) ou dont le taux d'incapacité permanente est supérieur à 66 % ;
- est dans l'incapacité totale de se livrer à une activité professionnelle quelconque ;
- et bénéficie auprès de la Sécurité sociale soit d'une pension d'invalidité, soit d'une rente d'incapacité permanente.

Durée :

Elle est payée à compter de la date de classement en invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie ou à la date d'effet de la rente d'incapacité permanente de la Sécurité sociale.

Montant :

Cette rente annuelle est calculée de manière à compléter à concurrence de 70 % de sa rémunération, telle que définie au paragraphe 5.1.3., les sommes perçues par l'intéressé au titre :

- de la Sécurité sociale ;
- des indemnités dues par des tiers responsables ou l'assurance de ces derniers ;
- du régime d'assurance chômage ;
- et s'il y a lieu, des retraites ou pensions de toute nature qui résultent de toutes les activités de l'intéressé et dont il perçoit déjà les arrérages⁴.

(4) La formule « retraites ou pensions de toute nature qui résultent de toutes les activités de l'intéressé » ne vise pas les pensions ou retraites dont l'acquisition n'est pas liée directement aux activités de l'intéressé et qui lui sont éventuellement attribuées en raison d'évènements passés (par exemple : accident, blessure de guerre, distinction honorifique).

Paiement :

La rente annuelle est payable mensuellement à terme échu.

Cessation :

Cette rente est servie tant que dure l'état d'invalidité ou d'incapacité permanente et que le salarié reçoit de la Sécurité sociale, soit une pension d'invalidité de deuxième catégorie au minimum, soit une rente d'incapacité permanente et tant qu'il ne reprendra pas d'activité professionnelle.

Elle cesse d'être versée :

- lorsque les conditions ci-dessus ne sont plus remplies ;
- en cas de reprise d'une activité professionnelle quelconque ;

- en cas d'attribution de la pension vieillesse de la Sécurité sociale au titre de l'inaptitude au travail ;

- et, en tout état de cause, au plus tard à la date d'entrée en jouissance de la pension de la retraite de Sécurité sociale.

5.3.4. Reprise d'activité et arrêts de travail successifs

La franchise contractuelle ne s'applique pas en cas de nouvel arrêt de travail pour cause de maladie ou accident survenant :

- moins de douze mois suivant une reprise de travail intervenant après le versement des prestations prévues par les articles 5.3. de la présente notice ;
- ou au cours d'une période en mi-temps thérapeutique.

Conditions :

Les prestations que l'assuré percevaient avant ladite reprise d'activité s'appliquent immédiatement si :

- le nouvel arrêt de travail résulte de la même maladie ou du même accident ;
- la cause de l'interruption ouvre droit aux indemnités journalières ou à une pension d'invalidité de deuxième ou troisième catégorie de la Sécurité sociale ;
- et s'il remplit toujours les conditions prévues au paragraphe 5.3.1. de la présente notice.

Il appartient au salarié concerné d'apporter, le cas échéant, la preuve médicale permettant de déterminer qu'il s'agit ou non de la même maladie ou du même accident.

Application :

- il n'est pas fait de distinction suivant que les périodes d'incapacité de travail dont il s'agit interviennent ou non au cours d'une même année civile ;
- lorsque la réadmission s'effectue dans le cadre du paragraphe 5.3.1. de la présente notice, les périodes de prise en charge antérieures au titre de la même maladie ou du même accident sont prises en compte pour le calcul de la durée maximale d'indemnisation ;
- l'arrêt de travail intervenant au cours d'un mi-temps thérapeutique n'est indemnisé au titre de la garantie incapacité ou invalidité que si le délai de carence fixé à l'article 5.3.1.1 a été effectué.

Lorsque la nouvelle interruption de travail intervient après une reprise d'activité effective de douze mois consécutifs ou plus, elle sera considérée comme un nouvel arrêt de travail, entraînant, conformément au paragraphe 5.3.1. de la présente notice, l'application d'une nouvelle franchise de trois mois.

5.3.5. Maintien des garanties décès et frais de santé souscrites en cas d'incapacité de travail ou d'invalidité

Le salarié qui remplit toutes les conditions exigées pour recevoir une indemnité journalière ou une pension d'invalidité au titre des articles 5.3.1 et 5.3.3 de la présente notice continue à bénéficier sans contrepartie de cotisation des garanties décès et de frais de soins souscrites.

La garantie remboursement des frais de soins souscrite est également maintenue au salarié dont la rupture ou la cessation du contrat de travail survient alors que l'intéressé est en incapacité de travail ou en invalidité médicalement reconnue. Le salarié qui remplit toutes les conditions exigées pour recevoir une indemnité journalière ou une pen-

sion d'invalidité au titre de l'article 5.3. continue à bénéficier de la garantie remboursement des frais de soins sans contrepartie de cotisation et tant que l'intéressé n'a pas pris sa retraite.

5.3.6. Maintien des garanties incapacité de travail et invalidité

Par exception aux dispositions de l'article 5.1.2.1., les garanties des risques incapacité de travail - invalidité sont maintenues :

- au salarié dont la rupture ou la cessation du contrat de travail survient alors que l'intéressé est en arrêt de travail indemnisé par la Sécurité sociale pour maladie ou accident tant que subsiste cette incapacité de travail pour maladie ou accident constatée pendant la période d'activité et que l'intéressé n'a pas pris sa retraite, sans contrepartie de cotisation ;
- au salarié dont la cessation du contrat de travail (non consécutive à une faute lourde) ouvre droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, pour une durée égale à la durée de leur dernier contrat de travail⁵ ou le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez un même employeur, et au maximum pendant douze mois sans contrepartie de cotisation.

Les intéressés doivent justifier, auprès du BCAC de leur prise en charge par le régime d'assurance chômage.

La garantie prend alors effet à la date de cessation du contrat de travail.

Les intéressés sont tenus d'informer le BCAC de la cessation du versement des allocations du régime d'assurance chômage lorsque celle-ci intervient au cours de la période de maintien de ces garanties.

Le montant des prestations versées au titre de l'article 5.3.1. de la présente notice ne peut être supérieur à celui des allocations d'assurance chômage que l'ancien salarié aurait perçues au titre de la même période.

(5) Appréciée en mois et, le cas échéant arrondie au nombre supérieur.

5.4. Garantie assurance déplacement professionnel

5.4.1. Garantie en cas d'accident

Pendant la durée des déplacements qu'il effectue pour les besoins de l'entreprise, le salarié bénéficie, en cas d'accident, de garanties en capital – venant en supplément des garanties existantes par ailleurs – pour les risques décès et invalidité, et incapacité fonctionnelle permanente.

5.4.2. Événements couverts

Sont couverts les accidents survenus pendant les périodes où le salarié se trouve en déplacement pour les besoins de l'employeur et à condition que ces accidents soient reconnus par la Sécurité sociale comme accidents du travail.

D'une façon générale, ne sont pas visés les accidents de trajet.

La garantie s'exerce dans le monde entier et est acquise de façon continue, quelle que soit la durée du déplacement, pendant la durée de celui-ci.

Toutefois, les périodes (notamment week-end, jours fériés, etc.) situées à l'intérieur d'un déplacement professionnel de plusieurs jours et où l'intéressé rentre à sa résidence principale ou secondaire, ne sont pas couvertes ; cependant dans ce cas, les risques survenant à l'occasion de trajets jusqu'à ladite résidence principale ou secondaire et retour sont garantis.

5.4.3. Risques couverts

Les risques couverts sont le décès accidentel et l'incapacité fonctionnelle permanente par accident.

5.4.3.1. Capital en cas de décès accidentel

Le montant du capital assuré en cas de décès accidentel et les conditions de versement sont les mêmes que ceux indiqués au paragraphe 5.2.1.

5.4.3.2. Capital en cas d'incapacité fonctionnelle permanente par accident

En cas d'incapacité fonctionnelle permanente, appréciée selon le barème A (cf. annexe 4), il est versé un capital à l'intéressé dont le montant est égal à :

K x D

K étant le taux d'indemnisation figurant au barème B (cf. annexe 4).

D étant le montant du capital assuré en cas de décès.

La preuve de l'incapacité fonctionnelle permanente incombe au salarié.

Le taux d'incapacité fonctionnelle permanente est, si nécessaire, fixé par accord entre le médecin du salarié et le médecin du BCAC, les parties intéressées choisiront pour les départager un troisième médecin dont l'avis s'imposera de manière obligatoire aux deux parties.

Faute d'entente sur la désignation de ce troisième médecin, le choix sera fait par le président du tribunal de grande instance du domicile du salarié.

Dans le cas où l'évolution de l'état de santé du salarié accidenté ne permet pas que soit fixé le taux définitif d'incapacité - et par conséquent le montant du capital correspondant - avant que le salarié cesse de percevoir les indemnités complémentaires prévues au paragraphe 5.3.1., il pourra lui être consenti, s'il continue à être en arrêt de travail indemnisé au titre du régime, une avance sur ledit capital.

Cette avance lui sera versée dès lors que le taux d'incapacité fonctionnelle prévisible sera au moins égal à 40%.

Exemple :

Accident constaté le 14/04/2015

Taux d'incapacité fonctionnelle permanente (IFP) apprécié selon le barème A : 50%

Taux d'indemnisation selon barème B : 70%

Capital assuré en cas de décès : 87 000 euros

Le capital à verser en cas d'incapacité fonctionnelle permanente serait de :

$87000 \times 70\% = 60900$ euros

5.4.4. Règlement du capital garanti

En cas d'accident, le salarié ou ses ayants droit fourniront au BCAC les éléments permettant à ce dernier d'établir si l'accident invoqué s'est bien produit pendant la période où la garantie était acquise.

Ces éléments comprennent notamment :

- Une attestation relatant les faits de l'accident ;
- Une photocopie de la déclaration de l'accident ou du décès à la Sécurité sociale ;
- Un certificat médical précisant la cause du décès (accident) ou une photocopie du titre de rente accident du travail émanant de la Sécurité sociale.

5.5_ Exclusions des garanties

5.5.1. Clauses d'exclusion propres au risque Décès (capital décès, rente d'éducation) Tous les risques de décès, quelle qu'en soit la cause, sont garantis, sous réserve :

- du décès de l'assuré par le fait volontaire du bénéficiaire ;
- du décès occasionné par une guerre civile ou étrangère, une insurrection, une émeute, quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels que soient les protagonistes, sauf si l'intéressé n'y prend pas une part active ou s'il est appelé à effectuer une mission d'entretien ou de surveillance en vue du maintien de la sécurité des personnes et des biens au bénéfice de l'employeur.

5.5.2. Clauses d'exclusion propres au risque Perte totale et irréversible d'autonomie

Est exclue de la garantie, la perte totale et irréversible d'autonomie résultant :

- du fait volontaire du salarié ;
- d'une guerre civile ou étrangère, une insurrection, une émeute, quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels que soient les protagonistes, sauf si l'assuré n'y prend pas une part active ou s'il est appelé à effectuer une mission d'entretien ou de surveillance en vue du maintien de la sécurité des personnes et des biens au bénéfice de l'employeur.

5.5.3. Clauses d'exclusion propres aux risques Incapacité de travail - Invalidité

Sont exclues des garanties Incapacité de travail – Invalidité, les conséquences :

- des accidents ou maladies qui sont le fait volontaire du bénéficiaire, ou qui résultent d'une tentative de mutilation volontaire du salarié ;
- des accidents occasionnés par une guerre civile ou étrangère, une insurrection, une émeute, quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels que soient les protagonistes, sauf si l'assuré n'y prend pas une part active ou s'il est appelé à effectuer une mission d'entretien ou de surveillance en vue du maintien de la sécurité des personnes et des biens au bénéfice de l'employeur.

5.5.4. Clauses d'exclusion spécifiques à l'assurance déplacement professionnel

Sont exclus de la garantie assurance déplacement professionnel, les risques résultant :

- du fait volontaire du salarié ;
- d'une guerre civile ou étrangère, une insurrection, une émeute, quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels que soient les protagonistes, sauf si l'assuré n'y prend pas une part active ou s'il est appelé à effectuer une mission d'entretien ou de surveillance en vue du maintien de la sécurité des personnes et des biens au bénéfice de l'employeur ;
- de la participation de l'assuré à un crime, à un délit intentionnel, à une rixe, sauf cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger ;
- d'un état d'ivresse pouvant être sanctionné pénalement ou de l'usage, par l'assuré, de stupéfiants non prescrits médicalement ;
- de la pratique d'un sport ou d'une activité à risque (notamment : sports aériens, sports de combat, ascension en haute montagne, sports nécessitant l'utilisation de véhicules ou embarcations à moteur, compétitions sportives, pratique d'un sport à titre professionnel).

6_ RÉCLAMATION - MÉDIATION

En cas de réclamation relative à l'exécution du contrat, l'assuré pourra contacter le BCAC. Les courriers sont à adresser à :

BCAC
Centre de gestion Santé et Prévoyance
TSA 50001
15 rue Paul Dautier
78457 Vélizy Villacoublay Cedex

Si un désaccord persistait après épuisement des procédures internes de traitement des réclamations propres au BCAC et à la condition qu'aucune action judiciaire n'ait été engagée, l'assuré pourra faire appel à la Médiation de l'Assurance, TSA 50110 – 75441 Paris Cedex 09, ceci sans préjudice des autres voies de recours légales.

7_ **CONTRÔLE DE L'ORGANISME ASSUREUR**

L'autorité chargée du contrôle de l'assureur est l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution - 4 Place de Budapest CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.

9_ **LOI APPLICABLE ET LANGUE UTILISÉE**

La loi applicable au contrat RPP est la loi française. Tout litige né de l'exécution, de l'inexécution ou de l'interprétation du contrat sera de la compétence des juridictions françaises. La langue française sera utilisée pendant toute la durée de l'adhésion.

8_ **LÉGISLATION SUR LA PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL**

Le Bureau Commun d'Assurances Collectives (BCAC) intervient en qualité de responsable du traitement. Les informations personnelles concernant l'assuré sont utilisées dans le cadre de la relation contractuelle avec le BCAC. Elles font l'objet d'un traitement et sont nécessaires au traitement de son adhésion ainsi que pour la gestion et l'exécution des prestations prévues au contrat. Ces données pourront également faire l'objet de traitements dont les finalités sont les suivantes : études statistiques, évaluation du risque, et prévention de la fraude et recouvrement et lutte contre le blanchiment d'argent. Elles sont destinées aux services de gestion et pourront être transmises aux co-assureurs et mandataires intervenant dans la gestion ou l'exécution du contrat. Enfin, elles pourront être transmises à des organismes publics et de contrôle afin de satisfaire aux obligations légales et réglementaires incombant au BCAC. Toute déclaration fautive ou irrégulière pourra faire l'objet d'un traitement spécifique destiné à prévenir la fraude.

Les données sont conservées pendant la durée de la relation contractuelle et pour les finalités pour lesquelles elles ont été obtenues. Ce délai sera prolongé du délai de prescription de dix ans pour les prestations dues au titre des garanties incapacité et invalidité et de trente ans pour les prestations dues au titre des garanties décès, à compter de la fin de la relation contractuelle, afin de permettre l'exercice des droits et le respect des obligations légales et réglementaires.

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, l'assuré dispose (ainsi que ses ayants droit) d'un droit d'accès, de rectification et de suppression de toutes les données à caractère personnel qui le concernent. Il dispose également d'un droit d'opposition pour motifs légitimes au traitement de vos données. Il peut exercer ces droits en adressant un courrier accompagné d'une copie d'un justificatif d'identité comportant sa signature à destination du Délégué à la protection des données - BCAC - 18, Avenue d'Alsace - TSA 30002 - 92926 La Défense Cedex

Enfin, en cas de désaccord, l'assuré a la possibilité de saisir la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.





ANNEXES

ANNEXE 1_ **Liste des coassureurs**

ANNEXE 2_ **Maintien des garanties décès, incapacité de travail et invalidité**

ANNEXE 3_ **Capital décès : définition des descendants et ascendants à charge**

ANNEXE 4_ **Assurance déplacement professionnel**

ANNEXE 1_ LISTE DES COASSUREURS

COASSUREURS
ALLIANZ
AREAS
AXA France
GROUPAMA GAN VIE
GENERALI VIE
Groupe PREVOIR
LA MONDIALE
QUATREM
SMAVIE BTP
SWISS LIFE ASSURANCES ET PATRIMOINE
SWISS LIFE PREVOYANCE ET SANTE



ANNEXE 2_ MAINTIEN DES GARANTIES DECES, INCAPACITE DE TRAVAIL ET INVALIDITE

Application des dispositions relatives à la portabilité des droits de prévoyance visées à l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale (loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi)

L'article 14 de l'accord National Interprofessionnel (ANI) sur la modernisation du marché du travail du 11 janvier 2008 a mis en place un mécanisme de maintien des garanties santé et prévoyance d'entreprise.

La portabilité des droits de prévoyance a été transposée et codifiée par la loi de sécurisation de l'emploi à l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale.

Ce dispositif s'adresse aux salariés dont la cessation du contrat de travail ouvre droit à une allocation d'assurance chômage, à l'exception des salariés licenciés pour faute lourde.

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

Toutes les garanties en vigueur dans l'ancienne entreprise sont concernées¹².

La portabilité prend effet à la date de cessation du contrat de travail.

Les anciens salariés conservent le bénéfice de ces garanties pendant leur période de chômage et pour une durée égale à celle de leur dernier contrat de travail, ou le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez un même employeur, appréciée en mois entiers (et, le cas échéant, arrondie au nombre supérieur), dans la limite de douze mois.

L'ancien salarié devra fournir au BCAC, la justification de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties.

Le maintien des garanties cesse à l'issue de la période de portabilité, ou à la reprise d'un nouvel emploi. Dans ce cas, l'ancien salarié doit impérativement en informer le BCAC.

Incapacité de travail :

Le montant des indemnités complémentaires versées par le RPP ne peut être supérieur à celui des allocations d'assurance chômage que l'ancien salarié aurait perçues au titre de la même période.

Les dispositions ci-dessus s'appliquent dans les mêmes conditions aux ayants droit du salarié qui bénéficient effectivement des garanties à la date de cessation du contrat de travail.

(12) A l'exception de la garantie Assurance déplacement professionnel qui ne peut s'appliquer lorsque le salarié ne fait plus partie de l'entreprise.



ANNEXE 3_ CAPITAL DÉCÈS : DÉFINITION DES DESCENDANTS ET ASCENDANTS À CHARGE

1° Sont considérés comme descendants à charge :

- les descendants du salarié âgés de moins de 18 ans ;
- les enfants posthumes, nés viables et conçus au jour du décès de l'assuré, selon les dispositions prévues en matière de succession ;
- les descendants du salarié âgés de plus de 18 ans et de moins de 26 ans, poursuivant leurs études.

Par poursuite des études, il convient d'entendre le fait de fréquenter, pendant l'année scolaire ou universitaire, un établissement où est donnée une instruction générale, technologique ou professionnelle comportant des conditions de travail, d'assiduité, de contrôle, de discipline, telles que l'exige normalement la préparation de diplômes officiels ou de carrières publiques ou privées.

- les descendants au profit desquels est versée l'allocation aux adultes handicapés prévue par l'article L. 821-1 du Code de la Sécurité sociale ou l'allocation d'éducation spéciale prévue par l'article L. 541-1 du Code de la Sécurité sociale.

2° Sont considérés comme ascendants à charge :

- les ascendants vivant au domicile du salarié et pris en compte, à ce titre, dans le calcul de l'impôt sur le revenu ou de la taxe d'habitation de celui-ci ;
- les ascendants au profit desquels le salarié versait, au moment du décès, une pension alimentaire dont le montant fait l'objet d'une déduction fiscale de son revenu imposable.



ANNEXE 4_ ASSURANCE DÉPLACEMENT PROFESSIONNEL

BAREME A - Taux d'incapacité fonctionnelle permanente par accident

Aliénation mentale incurable excluant tout travail		100%	
Paralysie organique totale		100%	
Cécité complète		100%	
Perte d'un œil avec énucléation		30%	
Perte complète de la vision d'un œil sans énucléation		25%	
Surdité complète des deux oreilles		40%	
Surdité complète d'une oreille		10%	
Perte par amputation ou perte complète de l'usage :			
- des 2 bras ou 2 mains		100%	
- des 2 jambes ou 2 pieds		100%	
- d'un bras ou d'une main et d'une jambe ou d'un pied		100%	
- d'une jambe au-dessus du genou		50%	
- d'une jambe au-dessous ou au niveau du genou ou d'un pied		40%	
- d'un gros orteil		8%	
		Droit	Gauche
- d'un bras ou d'une main		60%	50%
- d'un pouce		20%	17%
- de l'index		15%	12%
- d'un des autres doigts de la main :	médius	10%	8%
	annulaire	8%	6%
	auriculaire	7%	5%
Perte totale des 3 doigts ou du pouce et d'un doigt autre que l'index		25%	20%
Perte complète de l'usage :			
- de l'épaule		25%	20%
- du poignet ou du coude		20%	15%
- de la hanche			30%
- du genou			20%
- du cou de pied			15%
Fracture vicieusement consolidée du maxillaire inférieur amenant des troubles dans la mastication, la déglutition et la parole : maximum		25%	
Fracture non consolidée :			
- d'une jambe		30%	
- d'une rotule ou d'un pied		20%	

Si le salarié est gaucher, le pourcentage d'incapacité prévu pour le membre supérieur droit s'applique au membre supérieur gauche et inversement.

Les infirmités non énumérées ci-dessus, même d'importance moindre, sont indemnisées en proportion de leur gravité comparée à celle des cas énumérés sans tenir compte de la profession du salarié.

BAREME B - Taux d'indemnisation en cas d'incapacité fonctionnelle permanente

- pour tout sinistre entraînant un taux d'incapacité fonctionnelle permanente (IFP) inférieur ou égal à 15%, aucune indemnité n'est versée ;
- pour tout sinistre entraînant un taux d'IFP égal ou supérieur à 65%, l'indemnité est égale à 100% du capital garanti ;
- pour tout sinistre entraînant un taux d'IFP compris entre 15% et 65%, l'indemnité se calcule en appliquant au capital garanti un coefficient égal au double de l'excédent du taux d'infirmité à 15%.

Exemples :

TAUX D'IFP	TAUX D'INDEMNISATION	TAUX D'IFP	TAUX D'INDEMNISATION
Jusqu'à 15%	0%	pour 45%	60%
pour 20%	10%	pour 50%	70%
pour 25%	20%	pour 55%	80%
pour 30%	30%	pour 60%	90%
pour 35%	40%	pour 65% et plus	100%
pour 40%	50%		

BCAC

RPP
FRAIS DE SANTÉ



**Notice
d'information**
à effet du
1^{er} janvier 2021

➔ Réservé au personnel des sociétés d'assurances

La présente notice est celle prévue à l'article L.141-4 du Code des assurances. Elle a été établie par le Bureau Commun d'Assurances Collectives (BCAC)¹, mandataire des compagnies d'assurances coassurant les contrats frais de santé souscrits par l'Association de Surveillance des Activités Retraite et Prévoyance Assurances (ASARPA)². Cegedim est en charge de la gestion du Régime RPP.

La présente notice d'information RPP remplace la précédente à compter du 1^{er} janvier 2021 (date de sa prise d'effet) pour les sinistres dont le fait générateur survient à compter de cette date.

(1) GIE régi par les articles L.251-1 et suivants du Code de commerce, immatriculé au RCS de Nanterre sous le numéro 312 395 684.

(2) Siège social : 18 avenue d'Alsace 92400 Courbevoie. Adresse postale : 18 avenue d'Alsace, TSA 30002, 92926 La Défense Cedex.



SOMMAIRE

1_ Objet	3	Annexe 1 Liste des coassureurs	12
2_ Bénéficiaires	3	Annexe 2 Maintien de la garantie remboursement des frais de soins	13
3_ Obligations de l'employeur et du salarié	3	<i>Application des dispositions relatives à la portabilité des droits de prévoyance visées à l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale (loi n°2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi)</i>	
3.1 Obligations de l'employeur	3		
3.2 Obligations du salarié	3		
3.3 Obligations spécifiques au remboursement des frais de soins	3	Annexe 3 Maintien de la garantie remboursement des frais de soins aux anciens salariés bénéficiant d'une pension de retraite	14
3.4 Délai de présentation des dossiers - Déclarations tardives – Prescription	4		
3.5 Subrogation	4	Annexe 4 Cas d'ordre public dits « de plein droit » de dispense à l'adhésion à la complémentaire santé du RPP	15
4_ Cotisations	4		
5_ Garanties	5		
5.1 Début et cessation des garanties frais de soins	5		
5.2 Garantie remboursement des frais de soins	5		
6_ Réclamation – Médiation	9		
7_ Contrôle de l'assureur	9		
8_ Législation sur la protection des données à caractère personnel	9		
9_ Loi applicable et langue utilisée	10		

1_ OBJET

Le Régime Professionnel de Prévoyance (RPP) a pour objet de procurer aux salariés des sociétés d'assurances ou aux membres de leur famille des garanties en matière de frais de soins dans les conditions et limites prévues aux articles ci-après.

2_ BÉNÉFICIAIRES

Sont bénéficiaires les salariés :

- des entreprises ou organismes visés par les conventions collectives nationales de travail des 13 novembre 1967, 27 mars 1972, 27 mai 1992, 27 juillet 1992 ou de l'accord du 3 mars 1993 concernant les cadres de direction des sociétés d'assurances ;
- des syndicats professionnels auxquels sont adhérents les employeurs précités ou les membres de leurs personnels si ces syndicats se sont engagés à appliquer les accords professionnels en matière de retraite et de prévoyance.

L'adhésion du salarié est obligatoire dès son premier jour de travail.

Toutefois, les salariés qui sont éligibles aux cas de dispense d'ordre public issus des articles L.911-7 III, D.911-2 et D.911-6 du Code de la Sécurité sociale tels que listés en annexe de la présente notice d'information, pourront être, à leur demande, dispensés des remboursements des frais de soins (complémentaire santé du RPP : section V du règlement RPP).

Les salariés remplissant les conditions de l'une de ces dispenses doivent en faire la demande par un écrit stipulant leur refus d'affiliation et le motif exact, accompagné des justificatifs nécessaires le cas échéant, auprès de l'employeur qui en conservera la preuve et en transmettra une copie au BCAC.

En cas de rupture du contrat de travail survenant alors que l'intéressé est en arrêt de travail indemnisé par la Sécurité sociale pour maladie ou accident, le bénéfice des dispositions du règlement RPP est maintenu pendant toute la durée de l'arrêt de travail.

3_ OBLIGATIONS DE L'EMPLOYEUR ET DU SALARIÉ

3.1_ Obligations de l'employeur

L'employeur est tenu :

- d'affilier au RPP le salarié répondant aux conditions stipulées par le règlement du régime ;
- de précompter, sur la rémunération du salarié, les cotisations à la charge de celui-ci et fixées par le règlement ;
- de verser au BCAC, dans les délais indiqués, les cotisations fixées et de fournir les justifications demandées ;
- de fournir aux dates fixées les renseignements nécessaires sur le salarié affilié ;

- de remettre au salarié la notice d'information établie en application de l'article L. 141-4 du Code des assurances ;
- de déclarer au BCAC les sinistres dont il a connaissance.

3.2_ Obligations du salarié

Chaque salarié est tenu :

- d'accepter le précompte, par son employeur, de la cotisation à sa charge ;
- de fournir tous les renseignements demandés par le BCAC ;
- de se soumettre aux examens médicaux jugés nécessaires par le BCAC pour le versement des prestations ;
- d'adresser tous les justificatifs nécessaires à la prise en charge du sinistre à l'adresse suivante :

BCAC
Centre de gestion Santé et Prévoyance
TSA 50001
15 rue Paul Dautier
78457 Vélizy Villacoublay Cedex

Le fait de ne pas se soumettre aux obligations précitées est susceptible d'entraîner la suspension du service des prestations et la restitution des sommes indûment perçues, sans préjudice de toutes autres actions qui pourraient être intentées auprès des tribunaux compétents.

Conformément aux dispositions de l'article L.113-8 du Code des assurances, le présent contrat est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration.

3.3_ Obligations spécifiques au remboursement des frais de soins

Chaque assuré est tenu de vérifier auprès de sa caisse de Sécurité sociale que la télétransmission des données au BCAC est effective ; à défaut, il doit lui adresser tous les justificatifs des frais de santé engagés.

En fonction du soin, l'assuré devra transmettre les justificatifs :

- soit via son espace client : www.bcac-adherent.gestionsante.fr
- soit à l'adresse postale du BCAC :

BCAC
Centre de gestion Santé et prévoyance
TSA 50001
15 Rue Paul Dautier
78547 VELIZY VILLACOUBLAY CEDEX

Le BCAC est en droit d'exiger de l'assuré tous les renseignements ou documents originaux qu'il estime nécessaires en vue du règlement des prestations.

3.4_ Délais de présentation des dossiers - Déclarations tardives - Prescription

Les demandes de règlement sont soumises aux délais de prescription prévus par l'article L. 114-1 et suivants du Code des assurances.

Article L. 114-1 du Code des assurances :

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- 1° en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
- 2° en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque là.

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier. La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

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

Article L. 114-2 du Code des assurances :

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

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

- La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait qui interrompt le délai de prescription (Article 2240 du Code civil).
- La demande en justice, même en référé, qui interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (Article 2241 du Code civil).
- L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance (Article 2242 du Code civil).
- L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée (Article 2243 du Code civil).
- Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (Article 2244 du Code civil).
- L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers (Article 2245 du Code civil).

- L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution (Article 2246 du Code civil).

Article L. 114-3 du Code des assurances :

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

3.5 Subrogation

L'assureur est subrogé dans les droits et actions de l'assuré ou du bénéficiaire, victime d'un accident, dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que le BCAC a exposées pour le compte des coassureurs, à due concurrence de la part d'indemnités mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

4 COTISATIONS

Le Régime Professionnel de Prévoyance est financé par des cotisations patronales et salariales. Leurs taux sont exprimés comme suit :

La cotisation est assise sur le Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS). Le taux applicable est déterminé selon la rémunération brute de l'année N-1 de l'assuré.

	Salariés dont le salaire annuel N-1 est inférieur ou égal à 1 PASS (en % du PMSS)		Salariés dont le salaire annuel N-1 est supérieur à 1 PASS (en % du PMSS)	
	Employeur	Salarié	Employeur	Salarié
Haut-Rhin, Bas-Rhin, Moselle*	0,804 %	0,042 %	1,155 %	0,061 %
Autres départements	1,339 %	0,070 %	1,925 %	0,101 %

(* Taux de cotisations en matière de remboursement de frais de soins réduits dans les départements du Haut-Rhin, Bas-Rhin et de la Moselle par rapport aux autres départements, compte tenu du régime local complémentaire obligatoire.

Pour les situations spécifiques ci-après, les modalités sont les suivantes :

- pour les salariés à temps partiel, le PASS de référence est proratisé en fonction de la durée de travail prévue par le contrat de travail ;

- pour les salariés dont le régime de travail (temps plein / temps partiel) évolue en cours d'année N-1, le PASS de référence est proratisé en fonction de la durée de travail effective globale au cours de l'année N-1 ;
- pour les salariés recrutés au cours de l'année N-1, le salaire versé au cours de ladite année est reconstitué en salaire annuel, en tenant compte éventuellement de la proratisation liée au temps partiel ;
- pour les salariés recrutés en cours de l'année N, il est tenu compte pour l'année N du salaire prévu par le contrat de travail (ou tout document équivalent) reconstitué en salaire annuel, en tenant compte éventuellement de la proratisation liée au temps partiel.

5_ GARANTIES

5.1_ Début et cessation des garanties frais de soins

5.1.1. Début des garanties

Les garanties débutent dès le 1^{er} jour de travail du salarié.

5.1.2. Cessation des garanties

5.1.2.1. Règle générale

Les garanties cessent pour le salarié à l'expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail.

La cessation de l'assurance s'opère de plein droit et sans aucune formalité.

5.1.2.2. Exceptions – Maintien des garanties

Les garanties peuvent être maintenues dans certains cas et sous certaines conditions qui sont reprises dans l'article 5.2.4.

5.1.3. Traitement de base

La rémunération brute servant de base de calcul à la cotisation est égale à la rémunération brute fixe et variable des 12 derniers mois précédant la date du sinistre dans la limite de huit fois le plafond annuel de la Sécurité sociale. Lorsqu'un salarié bénéficiaire a moins de 12 mois d'ancienneté chez l'employeur, le traitement de base est déterminé à partir des rémunérations brutes fixes et variables calculées au prorata temporis.

5.2_ Garantie remboursement des frais de soins

Ces remboursements sont toujours complémentaires à ceux versés au titre de l'assurance maladie et maternité par la Sécurité sociale, sauf indications contraires mentionnées au tableau de garanties ci-après.

5.2.1. Bénéficiaires

Le salarié a droit, dans les conditions ci-après, à des prestations complémentaires à celles qui lui sont versées au titre de l'assurance maladie et maternité par la Sécurité sociale.

Sont également admis au bénéfice de la garantie remboursement des frais de soins :

- Ses enfants mineurs âgés de moins de 18 ans lorsque les prestations de la Sécurité sociale sont servies sous le numéro du salarié ;
- Ses enfants âgés de plus de 18 ans qui, bien que ne bénéficiant pas des remboursements de la Sécurité sociale du chef de l'immatriculation du salarié, sont à la charge de celui-ci au sens de la législation fiscale ;
- Son conjoint, son concubin, son partenaire de pacte civil de solidarité (PACS) dès lors que ces derniers justifient n'exercer aucune activité professionnelle et ne percevoir aucun revenu professionnel (traitement/salaire⁵, BIC⁶, BA⁷, BNC⁸, pension/retraite/rente⁹) tel que défini dans le cadre de l'imposition sur le revenu.

En cas de décès du salarié, les personnes énumérées ci-dessus restent couvertes pendant les douze mois qui suivent le décès, sans contrepartie de cotisation.

(5) Traitements et salaires : les revenus d'activité (les salaires et ses accessoires, les indemnités journalières de Sécurité sociale maladie et maternité, les indemnités temporaires d'accident du travail ou de maladie professionnelle, les indemnités journalières complémentaires servies dans le cadre de régime de prévoyance obligatoire), les allocations chômage, les allocations de préretraite, etc.

(6) BIC : les Bénéfices Industriels et Commerciaux constituent l'une des catégories de revenu passibles de l'impôt sur le revenu.

(7) BA : Les Bénéfices Agricoles constituent l'une des catégories de revenu passibles de l'impôt sur le revenu.

(8) BNC : Les Bénéfices des professions Non Commerciales et revenus assimilés constituent l'une des catégories de revenu passibles de l'impôt sur le revenu.

(9) Pensions, retraites et rentes : les sommes perçues au titre des retraites publiques ou privées, y compris celles de source étrangère, les pensions, allocations et rentes d'invalidité imposables servies par les organismes de Sécurité sociale, les pensions alimentaires, les rentes viagères à titre onéreux, etc.

5.2.2. Garanties collectives - Barème de remboursement

Les prestations prévues dans le tableau de garanties sont fixées dans le respect des dispositions relatives au « Contrat responsable » telles que prévues aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Elles sont également conformes aux dispositions relatives à la couverture minimale visées aux articles L.911-7 et D.911-1 du Code de la Sécurité sociale.

Régime Professionnel de Prévoyance du Personnel des Sociétés d'Assurances (RPP)

Barème des remboursements maladie pour les actes effectués à compter du 1^{er} janvier 2021

GARANTIES	Niveau de garantie ¹ (incluant celui de la S.S. et dans la limite des frais réels)
HOSPITALISATION	
Forfait journalier hospitalier	100% FR ²
Frais de séjour	100% BR
Actes de chirurgie, actes de spécialité adhérent à un DPTAM	280% BR
Actes de chirurgie, actes de spécialité (conventionnés et non-conventionnés) non adhérent à un DPTAM	200% BR
Chambre particulière	1,50% PMSS/jour
SOINS COURANTS	
Consultation – Visite généraliste (conventionnés et non-conventionnés) adhérent ou non adhérent à un DPTAM	100% BR ³
Consultation – Visites spécialiste (conventionnés et non-conventionnés) adhérent ou non adhérent à un DPTAM	100% BR ³
Auxiliaires médicaux ⁴	100% BR
Frais examen de biologie médicale (analyse)	100% BR
Actes de chirurgie, actes de spécialité adhérent à un DPTAM	270% BR
Actes de chirurgie, actes de spécialité (conventionnés et non-conventionnés) non adhérent à un DPTAM	200% BR
Radiologie adhérent à un DPTAM	245% BR
Radiologie non adhérent à un DPTAM	200% BR
Transport accepté par la S.S.	195% BR
PHARMACIE	
Médicaments à 65% ⁵	100% BR
Médicaments à 30% ⁶	51% BR
Médicaments à 15% ⁷	36% BR
Contraception prescrite (y compris celle non remboursée par la S.S.)	50€ par an
DENTAIRE	
Soins dentaires 100% Santé	Prise en charge intégrale, dans le respect des tarifs applicables et des honoraires limites de facturation
Soins dentaires hors 100% Santé	105% BR
Inlay-Onlay	105% BR
Prothèses dentaires 100% Santé	Prise en charge intégrale, dans le respect des tarifs applicables et des honoraires limites de facturation
Prothèses dentaires hors 100% Santé	210% BR
Orthodontie (acceptée par la S.S.)	300% BR
Aides AUDITIVES	
Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de quatre ans et dans le respect des plafonds de remboursement réglementaires. Ce délai s'applique pour chaque oreille indépendamment.	
Audioprothèses 100% Santé	Prise en charge intégrale, dans le respect des tarifs applicables et des prix limites de vente
Audioprothèses autres que 100% Santé	180% BR, dans le respect des plafonds de remboursement réglementaires
Autres prothèses (remboursées par la S.S.)	
Orthopédie et autres prothèses	180% BR
PREVENTION	
Consultations - Actes de prévention (acceptées par la S.S.)	100% BR

(1) Niveau de garanties (incluant celui de la S.S. et dans la limite des frais réels) : Dans les cas spécifiques où la prise en charge de la Sécurité sociale est de 100% (ex : affection de longue durée), les prestations du régime sont augmentées d'un montant équivalent au ticket modérateur.

(2) Forfait journalier hospitalier : Dans les établissements de santé, hors établissements médico-sociaux

(3) Consultation - Visite généraliste (conventionnés et non-conventionnés) adhérent ou non adhérent à un DPTAM : Pour une consultation chez le généraliste en secteur 1 à 25 € la prise en charge de la S. S. 16.50 €, celle de la complémentaire à 7.50 € et la participation forfaitaire non-remboursable à 1 €

(4) Auxiliaires médicaux : Infirmières, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues

(5) Médicaments à 65 % : Médicament à service médical rendu majeur ou important et préparation magistrale

(6) Médicaments à 30 % : Médicament à service médical rendu modéré

(7) Médicaments à 15 % : Médicament à service médical faible

OPTIQUE		
<p>Le dispositif 100% Santé définit 2 classes de verres et montures : ceux de la Classe A (100% Santé) intégralement pris en charge et ceux de la Classe B, hors 100% Santé</p> <ul style="list-style-type: none"> Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement (monture limitée à 100€ [ou 30€ dans le cadre du 100% Santé] + 2 verres) par période de 2 ans, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est autorisé : enfant de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue. Dans ce dernier cas, la période est de 1 an. La période précitée de deux ans s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique (sauf en cas d'évolution de la vue ou pour les mineurs). 		
Composition de l'équipement	Prise en charge des verres	Prise en charge de la monture
Classe A : 100% santé Classe B : autres que 100% santé		
2 verres A + monture A	Intégrale dans le respect des PLV 100% santé	
2 verres A + monture B	Intégrale dans le respect des PLV 100% santé	<ul style="list-style-type: none"> Dans la limite du plafond des tableaux ci-dessous, déduction faite du coût des verres Et Dans la limite de 100€
2 verres B + monture A	Dans la limite du plafond des tableaux ci-dessous, déduction faite du coût de la monture	Intégrale dans le respect des PLV 100% santé
Verre A + verre B + monture A	<p><i>Verre A</i> Intégrale dans le respect des PLV 100% santé</p> <p><i>Verre B</i> Dans la limite du plafond des tableaux ci-dessous, déduction faite du coût de la monture et du verre A</p>	Intégrale dans le respect des PLV 100% santé
Verre A + verre B + monture B	<p><i>Verre A</i> Intégrale dans le respect des PLV 100% santé</p> <p><i>Verre B et Monture B</i> Dans la limite du plafond du tableau ci-dessous, déduction faite du coût du verre A et compte tenu que le remboursement de la monture est limité à 100€.</p>	
2 verres B + monture B	Dans la limite du plafond des tableaux ci-dessous. Monture limitée à 100 euros.	

PLAFONDS DE REMBOURSEMENTS POUR UN ÉQUIPEMENT HORS 100% SANTÉ	
a) équipement à : <ul style="list-style-type: none"> verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries ; verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries 	100 € dont 100 € au maximum pour la monture
b) équipement comportant 1 verre mentionné au a) et 1 verre mentionné au c)	150 € dont 100 € au maximum pour la monture
c) équipement à : <ul style="list-style-type: none"> verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ; verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ; verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries ; verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries ; 	200 € dont 100 € au maximum pour la monture
d) équipement comportant 1 verre mentionné au a) et 1 verre mentionné au f)	150 € dont 100 € au maximum pour la monture
e) équipement comportant 1 verre mentionné au c) et 1 verre mentionné au f)	200 € dont 100 € au maximum pour la monture
f) équipement à : <ul style="list-style-type: none"> verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries ; verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries. 	200 € dont 100 € au maximum pour la monture
Lentilles (acceptées par la S.S./an)	360 % BR
Chirurgie réfractive ou Kératotomie	250 € par œil

BR : Base de remboursement. **FR** : Frais réel. **PMSS** : Plafond mensuel de la Sécurité sociale. **S.S.** : Sécurité sociale. **DPTAM** : Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée : OPTAM, OPTAM-CO. **OPTAM/OPTAM-CO** : Options des dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées ouvertes à certains médecins par la convention avec l'assurance maladie obligatoire pour les accompagner dans la limitation des pratiques excessives de dépassement d'honoraires. En adhérant à cette option, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans les limites établies par la convention. **PLV** : Prix limite de vente. **100% Santé** : dispositif qui a pour objectif de donner accès à des soins, pris en charge à 100% dans le domaine de l'optique, dentaire et audiologie. Son principe consiste à proposer un ensemble de prestations, appelés « Paniers », des soins identifiés qui répond aux besoins de santé nécessaires. La composition des prestations des Paniers est définie réglementairement et visés à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.

5.2.3. Contrat responsable

Le contrat d'assurance conclu au titre du RPP respecte les exigences légales et réglementaires applicables aux contrats responsables, notamment les dispositions concernant la réforme du 100% santé dont l'objectif est de garantir l'accès aux soins dans les domaines de l'optique, du dentaire et de l'audiologie sans aucun reste à charge pour l'assuré.

Le régime ne doit pas prendre en charge :

- Conformément à l'article R. 871-1 du Code de la Sécurité sociale : la majoration de la participation de l'assuré (ticket modérateur) prévue aux articles L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale (consultation d'un médecin en dehors du parcours de soins) et L. 1111-15 du Code de la santé publique (refus du droit d'accès au dossier médical personnel) ;
- Conformément à l'article R. 871-1 du Code de la Sécurité sociale : les dépassements d'honoraires pratiqués par certains spécialistes lorsque l'assuré consulte sans prescription du médecin traitant (et hors protocole de soins) et ce, sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du dépassement autorisé sur les actes cliniques et techniques ;
- La participation forfaitaire définie à l'article L. 160-13 II du Code de la Sécurité sociale ;
- Les franchises médicales définies à l'article L. 160-13 III du Code de la Sécurité sociale.

Les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré ou de l'adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L.861-3 du Code de la Sécurité sociale.

Dans le cadre de la généralisation du tiers payant*, le contrat complémentaire santé R.P.P. propose le tiers payant sur la part complémentaire à hauteur du ticket modérateur** conformément aux dispositions relatives aux contrats responsables et solidaires et dans les limites édictées par ces règles.

L'effectivité de la généralisation du tiers payant sur la part complémentaire reste conditionnée par sa mise en oeuvre au niveau du professionnel de santé.

Si ce dernier refuse de l'appliquer, l'assuré devra avancer les frais et en demander le remboursement dans les conditions habituelles.

**Tiers payant : Système de « dispense d'avance de frais » pour les patients.*

***Ticket Modérateur : Différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise). Le montant du ticket modérateur varie selon les actes ou traitements, la nature du risque concerné (maladie, maternité, accident du travail, etc.), ou selon que l'assuré est atteint d'une affection de longue durée (ALD).*

5.2.4. Maintien de la garantie remboursement des frais de soins

Par exception aux dispositions de l'article 5.1.2.1., la garantie remboursement des frais de soins est maintenue :

- au salarié qui remplit toutes les conditions exigées pour recevoir une indemnité journalière ou une pension d'invalidité sans contrepartie de cotisation ;
- au salarié dont la rupture ou la cessation du contrat de travail survient alors que l'intéressé est en incapacité de travail ou en invalidité médicalement reconnue. Le salarié qui remplit toutes les conditions exigées pour recevoir une indemnité journalière ou une pension d'invalidité continue à bénéficier de la garantie remboursement des frais de soins sans contrepartie de cotisation et tant que l'intéressé n'a pas pris sa retraite ;
- au salarié dont la cessation du contrat de travail (non consécutive à une faute lourde) ouvre droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, pour une durée égale à la durée de son dernier contrat de travail¹⁰, ou le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez un même employeur, et au maximum pendant douze mois sans contrepartie de cotisations ;

Les intéressés doivent justifier, auprès du BCAC, de leur prise en charge par le régime d'assurance chômage.

La garantie prend alors effet à la date de cessation du contrat de travail.

L'intéressé est tenu d'informer le BCAC de la cessation du versement des allocations du régime d'assurance chômage lorsque celle-ci intervient au cours de la période de maintien de ces garanties.

Toute suspension des allocations chômage pour cause de maladie ou pour tout autre motif n'a pas pour effet de prolonger d'autant la période de maintien des droits.

- à l'ancien salarié de la profession privé d'emploi et bénéficiaire, à ce titre, d'un revenu de remplacement, sous réserve que l'intéressé en fasse la demande au BCAC dans les six mois suivant la rupture de son contrat de travail ou, le cas échéant, dans les six mois suivant l'expiration de la période durant laquelle il bénéficie à titre temporaire du maintien de ces garanties¹¹.

La garantie prend alors effet le lendemain de la demande et sous réserve du paiement de la cotisation prévue à l'alinéa ci-après, conformément aux dispositions légales en vigueur en matière d'assurance.

La cotisation à verser par l'intéressé au régime est fixée, pour douze mois de garantie à 1,25% de la dernière rémunération annuelle telle que définie à l'article 5.1.3. de la notice, mais limitée à deux fois le plafond annuel de la Sécurité sociale. Elle est appelée trimestriellement auprès de l'intéressé par le BCAC.

Le montant de cette cotisation est revalorisé chaque année. Cette revalorisation consiste à appliquer aux valeurs de l'année n – 1 la moyenne arithmétique des taux d'augmentation du plafond de la Sécurité sociale et de la valeur moyenne du point AGIRC-ARRCO observés dans l'année n – 1 par rapport à l'année n – 2.

- aux personnes garanties du chef d'un salarié de la profession décédé en activité de service, sans contrepartie de cotisation et pendant les douze mois qui suivent le décès ;

- au salarié dont le contrat de travail est suspendu sans maintien de rémunération pendant une durée d'au moins un mois.

Une demande en ce sens doit être adressée par le salarié à son employeur, par lettre recommandée avec avis de réception, au plus tard quinze jours avant le début de la période de suspension du contrat de travail.

La cotisation à verser au régime par le salarié concerné est fixée, pour douze mois de garantie à 1,25% de la dernière rémunération annuelle telle que définie à l'article 5.1.3. de la notice, mais limitée à deux fois le plafond annuel de la Sécurité sociale. Elle est appelée mensuellement auprès de l'intéressé par le BCAC.

Le montant de cette cotisation est revalorisé chaque année. Cette revalorisation consiste à appliquer aux valeurs de l'année n – 1 la moyenne arithmétique des taux d'augmentation du plafond de la Sécurité sociale et de la valeur moyenne du point AGIRC-ARRCO observés dans l'année n – 1 par rapport à l'année n – 2.

La garantie prend effet au premier jour de la période de suspension ;

- à l'ancien salarié de la profession bénéficiaire d'une pension de retraite, sous réserve que l'intéressé en fasse la demande au BCAC dans les six mois suivant la rupture de son contrat de travail.

Le maintien de la garantie remboursement des frais de soins se fait par adhésion au Régime d'Assurance Maladie des Allocataires (RAMA). Les garanties débutent dès la prise d'effet de la retraite de l'assuré, si le bulletin d'adhésion a été retourné au BCAC dans les délais.

La cotisation annuelle est fixée par les assureurs après consultation de la commission paritaire professionnelle, dans le cadre de ses prérogatives et dans la limite des dispositions légales et réglementaires.

(10) Appréciée en mois et, le cas échéant arrondie au nombre supérieur.

(11) Ce délai de 6 mois commence à courir à l'expiration de la période durant laquelle le salarié bénéficie à titre temporaire du maintien des garanties prévu au deuxième tiret du présent article.

5.2.5. Territorialité

Les garanties sont acquises à l'assuré relevant du régime de Sécurité sociale français.

Sauf disposition contraire, l'intervention des Assureurs est subordonnée à celle préalable de la Sécurité sociale française, y compris pour les soins effectués à l'étranger.

Pour les actes effectués à l'étranger, les remboursements seront effectués à hauteur des niveaux de remboursement prévu pour un « médecin non adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (CAS, OPTAM, OPTAM-CO) ».

5.2.6. Paiement des sommes assurées

Les prestations dues en raison de la garantie remboursement des frais de santé sont payées sans frais par virement bancaire sur le compte bancaire de l'assuré dont les références auront été communiquées à l'affiliation.

6_ RÉCLAMATION - MÉDIATION

En cas de réclamation relative à l'exécution du contrat, l'assuré pourra contacter le BCAC. Les courriers sont à adresser à :

BCAC
Centre de gestion Santé et Prévoyance
TSA 50001
15 rue Paul Dautier
78457 Vélizy Villacoublay Cedex

Si un désaccord persistait après épuisement des procédures internes de traitement des réclamations propres au BCAC et à la condition qu'aucune action judiciaire n'ait été engagée, l'assuré pourra faire appel à la Médiation de l'Assurance, TSA 50110 – 75441 Paris Cedex 09, ceci sans préjudice des autres voies de recours légales.

7_ CONTRÔLE DE L'ORGANISME ASSUREUR

L'autorité chargée du contrôle de l'assureur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 4 Place de Budapest CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.

8_ LÉGISLATION SUR LA PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Le Bureau Commun d'Assurances Collectives (BCAC) intervient en qualité de responsable du traitement. Les informations personnelles concernant l'assuré sont utilisées dans le cadre de la relation contractuelle avec le BCAC. Elles font l'objet d'un traitement et sont nécessaires au traitement de son adhésion ainsi que pour la gestion et l'exécution des prestations prévues au contrat. Ces données pourront également faire l'objet de traitements dont les finalités sont les suivantes : études statistiques, évaluation du risque, et prévention de la fraude et recouvrement et lutte contre le blanchiment d'argent. Elles sont destinées aux services de gestion et pourront être transmises aux co-assureurs et mandataires intervenant dans la gestion ou l'exécution du contrat. Enfin, elles pourront être transmises à des organismes publics et de contrôle afin de satisfaire aux obligations légales et réglementaires incombant au BCAC. Toute déclaration fautive ou irrégulière pourra faire l'objet d'un traitement spécifique destiné à prévenir la fraude.

Les données sont conservées pendant la durée de la relation contractuelle et pour les finalités pour lesquelles elles ont été obtenues. Ce délai sera prolongé du délai de prescription de dix ans à compter de la fin de la relation contractuelle, afin de permettre l'exercice des droits et le respect des obligations légales et réglementaires.

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, l'assuré dispose (ainsi que ses ayants droit) d'un droit d'accès, de rectification et de suppression de toutes les données à caractère personnel qui le concernent. Il dispose également d'un droit d'opposition pour motifs légitimes au traitement de vos données. Il peut exercer ces droits en adressant un courrier accompagné d'une copie d'un justificatif d'identité comportant sa signature à destination du Délégué à la protection des données - BCAC - 18, Avenue d'Alsace - TSA 30002 - 92926 La Défense Cedex

Enfin, en cas de désaccord, l'assuré a la possibilité de saisir la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

9_ **LOI APPLICABLE ET LANGUE UTILISÉE**

La loi applicable au contrat RPP est la loi française. Tout litige né de l'exécution, de l'inexécution ou de l'interprétation du contrat sera de la compétence des juridictions françaises. La langue française sera utilisée pendant toute la durée de l'adhésion.





ANNEXES

ANNEXE 1_ **Liste des coassureurs**

ANNEXE 2_ **Maintien de la garantie remboursement des frais de soins**

ANNEXE 3_ **Maintien de la garantie remboursement des frais de soins
aux anciens salariés bénéficiant d'une pension de retraite**

ANNEXE 4_ **Cas d'ordre public dits « de plein droit »
de dispense à l'adhésion à la complémentaire
santé du RPP (note annexe à l'article 2)**

ANNEXE 1_ LISTE DES COASSUREURS

COASSUREURS
ALLIANZ
AREAS
AXA France
GROUPAMA GAN VIE
GENERALI VIE
Groupe PREVOIR
LA MONDIALE
QUATREM
SMAVIE BTP
SWISS LIFE ASSURANCES ET PATRIMOINE
SWISS LIFE PREVOYANCE ET SANTE



ANNEXE 2_ MAINTIEN DE LA GARANTIE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE SOINS

Application des dispositions relatives à la portabilité des droits de prévoyance visées à l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale (loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi)

L'article 14 de l'accord National Interprofessionnel (ANI) sur la modernisation du marché du travail du 11 janvier 2008 a mis en place un mécanisme de maintien des garanties santé et prévoyance d'entreprise.

La portabilité des droits de prévoyance a été transposée et codifiée par la loi de sécurisation de l'emploi à l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale.

Ce dispositif s'adresse aux salariés dont la cessation du contrat de travail ouvre droit à une allocation d'assurance chômage, à l'exception des salariés licenciés pour faute lourde.

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

Toutes les garanties en vigueur dans l'ancienne entreprise sont concernées.

La portabilité prend effet à la date de cessation du contrat de travail.

Les anciens salariés conservent le bénéfice de ces garanties pendant leur période de chômage et pour une durée égale à celle de leur dernier contrat de travail, ou le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez un même employeur, appréciée en mois entiers (et, le cas échéant, arrondie au nombre supérieur), dans la limite de douze mois.

L'ancien salarié devra fournir au BCAC, la justification de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties.

Le maintien des garanties cesse à l'issue de la période de portabilité, ou à la reprise d'un nouvel emploi. Dans ce cas, l'ancien salarié doit impérativement en informer le BCAC.

Les dispositions ci-dessus s'appliquent dans les mêmes conditions aux ayants droit du salarié qui bénéficient effectivement des garanties à la date de cessation du contrat de travail.



ANNEXE 3_ MAINTIEN DE LA GARANTIE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE SOINS AUX ANCIENS SALARIÉS BÉNÉFICIAIRE D'UNE PENSION DE RETRAITE.

Le Régime d'Assurance Maladie des Allocataires (RAMA) a pour objet de procurer aux retraités des sociétés d'assurances des garanties en matière de remboursement des frais de soins.

Les retraités :

- allocataires de l'Institution de Retraite Complémentaire (IRC) «Alliance professionnelle Retraite Agirc-Arrco» (Section B2V) ainsi que les bénéficiaires des droits au titre du Régime de Retraite Professionnel (RRP) fermé géré par l'Institution de Gestion de Retraite Supplémentaire (IGRS) Crepsa ;
- ayant exercé des fonctions relevant des Conventions collectives nationales de travail des 13 novembre 1967, 27 mars 1972, 27 mai 1992 ou de l'accord du 3 mars 1993 concernant les cadres de direction des sociétés d'assurances ;

Peuvent demander à adhérer au régime, pour eux-mêmes et, le cas échéant, pour leur conjoint, leur concubin, leur partenaire de pacte civil de solidarité (PACS) et leurs enfants à charge au sens de la législation fiscale.

L'assuré doit retourner le bulletin d'adhésion fourni à cet effet, au BCAC au plus tard dans les six mois de la proposition d'adhésion.

Tout refus d'adhésion est définitif.

Les conjoint, concubin, partenaire de pacte civil de solidarité (PACS) n'ayant pas adhéré au régime d'assurance maladie des allocataires au moment de l'adhésion des retraités de l'Assurance auront la possibilité d'y adhérer ultérieurement.

Les garanties débutent dès la prise d'effet de la retraite de l'assuré, si le bulletin d'adhésion a été retourné au BCAC dans les délais.

Les assurés qui perçoivent de la Sécurité sociale des remboursements au titre des frais médicaux, pharmaceutiques, chirurgicaux ou d'hospitalisation, ont droit, dans les conditions définies au règlement du RAMA, à des prestations complémentaires à celles de la Sécurité sociale.

La cotisation annuelle est fixée par les assureurs après consultation de la commission paritaire professionnelle, dans le cadre de ses prérogatives. Son montant est révisé annuellement.

La cotisation est payable mensuellement d'avance.

Les conditions tarifaires applicables sont toujours disponibles sur simple demande adressée au BCAC.



ANNEXE 4_ CAS D'ORDRE PUBLIC DITS « DE PLEIN DROIT » DE DISPENSE À L'ADHÉSION À LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ DU RPP (NOTE ANNEXE À L'ARTICLE 2)

ARTICLE D.911-2 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	ARTICLE D.911-6 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
<p>Dispenses de droit, sans versement santé¹</p> <ul style="list-style-type: none"> • Salariés bénéficiant de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) ou de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou de la Complémentaire santé solidaire • Salariés couverts par une assurance individuelle frais de santé jusqu'à l'échéance • Salariés couverts, y compris en qualité d'ayant droit au titre d'un autre emploi par : <ul style="list-style-type: none"> • Couverture collective et obligatoire de salariés, • Couverture collective de la fonction publique, • Travailleur non salarié (TNS) Madelin, • Régime Alsace-Moselle, • Régime des industries électriques et gazières. 	<p>Dispenses de droit, le cas échéant, avec versement santé</p> <ul style="list-style-type: none"> • CDD et contrat de mission <p>Dont la durée d'adhésion au régime obligatoire frais de santé < 3 mois</p> <p>Sous réserve de justifier d'une couverture santé responsable</p> <ul style="list-style-type: none"> • Versement santé : <p>Sous réserve de justifier d'une couverture responsable et « non aidée »²</p>

(1) Le « versement santé » constitue une somme versée par l'employeur représentative du financement que ce dernier aurait pris en charge dans le cadre de la couverture des salariés en contrat à durée déterminée, en contrat de mission ou à temps partiel, en matière de remboursement complémentaire des frais de santé. Ce « versement santé » se substitue à la participation de l'employeur.

(2) Le « versement santé » ne peut être cumulé avec le bénéfice de la CMU-C, de l'ACS, d'une couverture collective et obligatoire, y compris en tant qu'ayant droit, ou d'une couverture complémentaire donnant lieu à la participation financière d'une collectivité publique.



