

Dispositions générales applicables dans le cadre de tout Contrat collectif obligatoire de Prévoyance de salariés

Le présent avenant présente les dispositions générales communes applicables dans le cadre de tout contrat collectif obligatoire de prévoyance de salariés souscrit en application du régime mis en place dans l'entreprise ci-après dénommée « la contractante ».

Toute disposition contraire à celles du présent avenant figurant au contrat qui aurait pour conséquence de restreindre les droits des affiliés est abrogée et remplacée par celle du présent avenant.

Toutefois, le présent avenant ne saurait avoir pour objet d'ajouter des garanties que la contractante n'a pas effectivement souscrites ou d'élargir le champ d'application du contrat à des salariés qui ne seraient pas expressément visés aux termes des dispositions contractuelles applicables.

I – CATEGORIE BENEFICIAIRE

Sont inscrits au contrat, tous les membres du personnel salarié de la contractante, **dont le contrat de travail est en cours** – y compris ceux dont le contrat de travail est suspendu et ceux bénéficiant des dispositions légales applicables en matière de cumul Emploi/Retraite – qui appartiennent à la catégorie bénéficiaire définie aux conditions particulières, sous les réserves prévues par l'accord (accord collectif, référendum ou décision unilatérale) instituant le régime de prévoyance déclarées par la contractante à l'assureur.

Il est précisé que des dispositions particulières sont prévues ci-après, si, à la date de l'affiliation au contrat :

- le contrat de travail de l'affilié est suspendu quelle qu'en soit la cause ;
- l'affilié exerce son activité professionnelle avec réduction d'horaire pour raison de santé.

II – FORMALITES MEDICALES

Les conditions collectives d'assurance sont déterminées par l'assureur au vu de l'état de santé déclaré par chaque membre du personnel.

Sauf stipulation contraire, les formalités médicales sont obligatoires pour tous les membres du personnel affiliable, tant à l'origine du contrat, qu'en cours de contrat pour les nouveaux affiliables, y compris en cas de rupture du contrat de travail suivi d'une reprise d'activité dans le cadre d'un cumul Emploi/retraite. Elles consistent en l'établissement d'un questionnaire de santé éventuellement complété, sur demande de l'assureur, par une visite médicale passée auprès d'un médecin agréé par l'assureur et/ou par des renseignements ou examens médicaux complémentaires.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité de l'affiliation conformément aux dispositions de l'article L. 113-8 du Code des Assurances.

Dispositions spécifiques aux affiliations intervenues en cours de contrat

Pour toute demande d'affiliation intervenant en cours de contrat, si le résultat des formalités médicales remet en cause les conditions d'équilibre du contrat, l'assureur se réserve la possibilité, soit :

- de résilier le contrat, la résiliation prenant effet à l'expiration d'un délai de 10 jours suivant l'envoi de la lettre recommandée informant la contractante de cette décision,
- de proposer une nouvelle tarification ou un aménagement des conditions de garanties du contrat pour l'ensemble des affiliés, en le notifiant à la contractante par lettre recommandée. Cette lettre stipule que si la contractante ne donne pas suite à la proposition de l'assureur ou la refuse expressément, le contrat est résilié à l'expiration d'un délai de 30 jours à compter de sa date d'envoi.



Si en cours de contrat, les facteurs d'aggravation du risque viennent à disparaître, la contractante peut demander un aménagement des garanties ou une baisse des cotisations. Si l'assureur n'y consent pas, la contractante peut dénoncer le contrat par lettre recommandée. La résiliation prend effet 30 jours après l'envoi de cette lettre.

Si par suite de la carence de certains membres du personnel dans l'accomplissement des formalités médicales, l'assureur ne pouvait apprécier les nouvelles conditions d'équilibre du contrat, il adresserait à la contractante une lettre recommandée l'informant du principe de cette carence et des personnes concernées.

Cette lettre stipule que le contrat est résilié à l'expiration d'un délai de 30 jours à compter de sa date d'envoi, sauf s'il est satisfait durant ce délai à l'ensemble des formalités médicales requises.

Il est précisé que la carence d'un membre du personnel sera caractérisée si, à l'expiration d'un délai de 15 jours suivant l'envoi d'une lettre recommandée au dernier domicile que connaît l'assureur, il n'a pas satisfait à l'ensemble des formalités médicales réclamées dans cette lettre.

Dans tous les cas de résiliation prévus ci-dessus, l'assureur remboursera à la contractante, le cas échéant, la portion de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru.

III - SITUATION DE FAMILLE

Toutes les dispositions concernant le conjoint de l'affilié sont étendues au partenaire avec lequel l'affilié a conclu un pacte civil de solidarité (PACS). Ces dispositions deviennent caduques à la date de rupture du pacte civil de solidarité.

Disposition spécifique à la rente temporaire de conjoint : la rente temporaire de conjoint est servie au plus tard, au partenaire de l'affilié, jusqu'à la fin du trimestre civil au cours duquel il atteint son 60^{ème} anniversaire. Son versement cesse en outre en cas de mariage, remariage ou souscription d'un nouveau Pacte Civil de solidarité.

IV - CESSATION DE L'AFFILIATION ET DES GARANTIES

L'affiliation et les garanties cessent pour chaque affilié dans les conditions suivantes :

1) CESSATION DE L'AFFILIATION

L'affiliation au contrat prend fin pour chaque affilié, sauf en cas d'application des dispositions contractuelles relatives au maintien de garanties en cas d'arrêt de travail prévues au paragraphe V ci-après :

- si la cotisation le concernant n'est plus réglée (sous réserve des modalités prévues à l'article L. 141-3 du Code des Assurances),
- s'il ne figure plus sur le bordereau nominatif d'ajustement des cotisations fourni chaque année par la contractante,
- à la date à laquelle il cesse d'appartenir à la catégorie de personnel affiliable,
- en cas de suspension de son contrat de travail, à la date à laquelle il cesse de bénéficier d'un maintien de salaire, total ou partiel. Toutefois, dans ce cas, **si la contractante fait expressément une demande de maintien de garanties à l'assureur avant la fin de la période de maintien de salaire et sous réserve du paiement des cotisations correspondantes**, les garanties souscrites prévues en cas de décès, ou d'invalidité absolue et définitive, sont susceptibles d'être maintenues.

Il est précisé que la demande de maintien de garanties faite par la contractante s'applique et s'appliquera à l'ensemble de son personnel affiliable, présent et futur, dont le contrat de travail est suspendu pour la même cause,

- à la date de rupture de son contrat de travail, quel qu'en soit le motif, étant précisé que pour les affiliés bénéficiant des dispositions légales applicables en matière de cumul Emploi/Retraite, il s'agit de la date de rupture de son contrat de travail au titre de son activité cumulée avec sa retraite,
- à la date de résiliation du contrat.

Dès que le contrat est résilié, sauf en cas d'application des dispositions prévues au paragraphe VI ci après ou de dispositions spécifiques contraires, il ne peut être maintenu dans ses effets à titre individuel. Dans ce cas, tout affilié en faisant la demande pourra souscrire l'un des contrats proposés à titre individuel par l'assureur aux conditions normales d'admission et aux tarifs en vigueur.

2) CESSATION DES GARANTIES

Les garanties prennent fin, pour chaque affilié, à la date de cessation de son affiliation dans les conditions du paragraphe 1) ci-dessus.

En tout état de cause, elles cessent, excepté pour les affiliés bénéficiant des dispositions légales applicables en matière de cumul Emploi/Retraite, à la date de liquidation de la pension de l'assurance vieillesse de son régime social de base (*Régime obligatoire de Sécurité Sociale ou Mutualité Sociale Agricole ou tout autre régime spécial légalement obligatoire de garanties sociales de salariés*), y compris pour inaptitude au travail.

V – MAINTIENS DES GARANTIES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL INTERVENANT A COMPTER DE LA DATE D’AFFILIATION AU CONTRAT

Le bénéfice des garanties du contrat est maintenu au profit de l'affilié dont le contrat de travail est suspendu tant qu'il bénéficie d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par la contractante.

A cet effet, les dispositions suivantes seront appliquées :

1) MAINTIEN DES GARANTIES SI LE CONTRAT DE TRAVAIL EST SUSPENDU POUR CAUSE DE MALADIE OU D'ACCIDENT

Les garanties souscrites sont maintenues dans les conditions du contrat et les cotisations doivent continuer à être versées à l'assureur, sur la base du salaire en vigueur à la date de suspension du contrat de travail, tant que l'affilié ne bénéficie pas du versement des indemnités journalières prévues en cas d'arrêt du travail.

Dès que l'affilié bénéficie du versement de la prestation prévue au contrat en cas d'arrêt du travail, les dispositions contractuelles relatives à l'exonération du paiement des cotisations seront applicables.

Le maintien des garanties est accordé tant que dure l'arrêt de travail ouvrant droit au bénéfice du versement de la prestation prévue au contrat.

Il cesse en tout état de cause à la date à laquelle l'assuré cesse de percevoir des prestations en espèce au titre de l'assurance Maladie ou de l'assurance Invalidité du régime social de base. Il prend fin lors de la reprise ou de l'aptitude médicalement constatée à la reprise d'une activité professionnelle de l'affilié, quelle que soit la nature de cette activité. Il cesse en outre, à la date de liquidation de la pension de l'assurance vieillesse du régime social de base de l'affilié (y compris pour inaptitude au travail), excepté pour les affiliés bénéficiant des dispositions légales applicables en matière de cumul Emploi/Retraite.

Pour ces derniers, le maintien de garanties cesse en tout état de cause à la date de rupture du contrat de travail au titre de l'activité cumulée avec la retraite, quel qu'en soit le motif.

S'agissant du risque Accident du travail et maladie d'origine professionnelle, il cesse en tout état de cause à la date à laquelle l'affilié peut bénéficier de la liquidation de sa pension de retraite du régime social de base à taux plein.

2) MAINTIEN DES GARANTIES SI LE CONTRAT DE TRAVAIL EST SUSPENDU POUR UNE AUTRE CAUSE QUE LA MALADIE OU L'ACCIDENT

- **Tant qu'il bénéficie d'un maintien de salaire, total ou partiel**, le bénéfice de l'ensemble des garanties souscrites dans le cadre du contrat est maintenu au profit de l'affilié dont le contrat de travail est suspendu, les prestations étant calculées en fonction de la rémunération annuelle brute maintenue telle qu'elle est déclarée, par la contractante, aux organismes sociaux, dans la limite contractuellement retenue. La cotisation doit être réglée pendant toute cette période sur la même base.

Sur demande spécifique de la contractante et compte tenu des dispositions de l'accord instituant le régime de prévoyance, les prestations afférentes aux garanties en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive pourront être déterminées en fonction de la rémunération annuelle brute, dans la limite contractuellement retenue, déterminée à la date de suspension du contrat de travail. La cotisation sera dans ce cas également réglée sur cette même base.

- **Dès lors que l'affilié ne bénéficie pas ou ne bénéficie plus d'un maintien de salaire total ou partiel**, les garanties souscrites prévues en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive sont susceptibles d'être maintenues **si la contractante fait expressément une demande de maintien de garanties à l'assureur avant la fin de la période de maintien de salaire ou d'indemnisation.**



Les prestations et cotisations sont pendant cette période de maintien des garanties, réglées sur la base de la rémunération annuelle brute, dans la limite contractuellement retenue, déterminée à la date de suspension du contrat de travail, éventuellement revalorisé dans les conditions du contrat.

Il est précisé que la demande de maintien de garanties faite par la contractante s'applique et s'appliquera à l'ensemble de son personnel affiliable, présent et futur, dont le contrat de travail est suspendu pour la même cause.

VI – DISPOSITIONS APPLICABLES EN CAS DE RESILIATION DU CONTRAT

- 1) **Lorsque les garanties en cas d'arrêt de travail ont été souscrites au titre du contrat** : Le service des indemnités journalières et des rentes et/ou leur revalorisation acquise à la date de résiliation du contrat, ainsi que le maintien des garanties décès et invalidité absolue et définitive souscrites reposant sur la tête de l'affilié sont poursuivis, dans les conditions du contrat, pour le montant atteint à la date de la résiliation du contrat, à l'exclusion de toute revalorisation ultérieure.

Par ailleurs, l'affilié se trouvant à la date de résiliation du contrat en état d'incapacité totale temporaire de travail ou en état d'invalidité permanente totale tels que définis au contrat, mais non indemnisé à cette date par l'assureur du fait de l'application d'un délai de franchise contractuellement prévu, conserve le bénéfice des garanties décès et invalidité absolue et définitive reposant sur sa tête, postérieurement à la date de résiliation du contrat sous réserve des conditions cumulatives suivantes :

- l'affilié est demeuré sans interruption en état d'incapacité temporaire totale de travail et/ou d'invalidité permanente totale depuis la date de résiliation du contrat jusqu'à la date du décès ou de reconnaissance en invalidité absolue et définitive,
- le décès ou l'invalidité absolue et définitive est consécutif à la même maladie ou accident que celui ou celle à l'origine de l'incapacité temporaire totale ou de l'invalidité permanente en cours à la date de résiliation,
 - l'affilié percevait de l'assureur les prestations incapacité temporaire de travail ou invalidité permanente à la date du décès ou de reconnaissance en invalidité absolue et définitive, sauf si cet événement survient pendant la période de franchise.

- 2) **Lorsque les garanties en cas d'arrêt de travail n'ont pas été souscrites au titre du contrat** : Le service en cours des rentes et/ou leur revalorisation acquise à la date de résiliation du contrat sont maintenus, dans les conditions du contrat, pour le montant atteint à la date de la résiliation, à l'exclusion de toute revalorisation ultérieure.

Le maintien des garanties décès et invalidité absolue et définitive reposant sur la tête de l'affilié est subordonné à la preuve du service effectif à l'affilié concerné, de prestations en cas d'arrêt de travail par le régime social de base et un organisme assureur depuis la date de résiliation jusqu'à la date du décès ou de reconnaissance en invalidité absolue et définitive, sauf si le décès intervient au cours d'une période de franchise prévue par le contrat de l'organisme assureur garantissant le risque arrêt de travail à la date de résiliation.

La preuve de l'incapacité temporaire ou de l'invalidité permanente et de l'existence d'une garantie en cas d'arrêt de travail en cours à la date de résiliation du contrat doit être apportée au présent assureur dans les deux mois qui suivent cette date.

À défaut, le maintien de garanties accordé au titre de l'exonération cesse à la date de résiliation du contrat.

Ce maintien est poursuivi, dans les conditions du contrat, pour le montant atteint à la date de la résiliation du contrat, à l'exclusion de toute revalorisation ultérieure, tant que les affiliés concernés justifient de la perception de prestations d'arrêt de travail par le régime social de base et cet organisme assureur.

Le maintien des garanties prévu au 1) et 2) ci-dessus cesse dans les conditions prévues au paragraphe IV du présent avenant et au plus tard à la date de liquidation de la pension de l'assurance vieillesse du régime social de base de l'affilié, y compris pour inaptitude au travail et en tout état de cause à la date à laquelle l'affilié peut bénéficier de la liquidation de sa pension de retraite du régime social de base à taux plein.

Les garanties Décès du « conjoint » (antérieur, simultané ou postérieur au décès de l'affilié) cessent en tout état de cause à la date de résiliation du contrat.

VII – DISPOSITIONS RELATIVES AUX LIMITES D'ÂGE

• GARANTIES EN CAS DE DECES

- Toute dégressivité appliquée au montant de la prestation versée en cas de décès d'un salarié âgé qui poursuit son activité professionnelle est supprimée.
- Toute limite d'âge de l'affilié entraînant la cessation des garanties et le service des prestations « Rente d'éducation », « Décès consécutif à un accident », ou « Rente de conjoint » est supprimée.

Toutefois, au titre de la garantie « Rente de conjoint », il est précisé que :

- La garantie prend fin à la date du jugement définitif en cas de divorce, de séparation de corps ou à la date de rupture du Pacte civil de solidarité ou de cessation du concubinage.
- Lorsque le montant de la prestation est calculé en application d'une formule de calcul prenant en compte l'âge de l'affilié à la date de son décès :
 - ⇒ pour la détermination de la rente viagère, **une** année sera au minimum prise en considération en cas de décès d'un assuré ayant poursuivi son activité au-delà de l'âge terme initialement prévu. En dehors de ce cas, si le contrat prévoit un nombre minimum d'année pris en considération pour la détermination de la rente viagère, celui-ci demeure applicable.
 - ⇒ pour la détermination de la rente temporaire éventuellement versée, **une** année au minimum et **quarante** années au maximum seront prises en considération dans la formule servant au calcul de l'âge de l'affilié à la date du décès.

• GARANTIES EN CAS D'INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE DE L'AFFILIE

- Toute limite d'âge de l'affilié entraînant la cessation de la garanties « Invalidité absolue et définitive de l'affilié » est supprimée.

• GARANTIES EN CAS D'ARRET DE TRAVAIL – INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL / INVALIDITE PERMANENTE

- Toute limite d'âge entraînant la cessation des garanties et du service des prestations prévues en cas d'arrêt de travail est supprimée.

Le service des prestations en cas d'arrêt de travail cesse à la date à laquelle l'affilié cesse de percevoir des prestations en espèce au titre de l'assurance Maladie ou de l'assurance Invalidité de régime social de base. Il cesse au plus tard à la date de liquidation de la pension vieillesse du régime social de base de l'affilié, y compris pour inaptitude au travail, et s'agissant des prestations en cas d'arrêt de travail consécutif à un accident du travail ou à une maladie d'origine professionnelle à la date à laquelle l'affilié peut bénéficier de la liquidation de sa pension de retraite du régime social de base à taux plein.

En outre, le service des prestations en cas d'arrêt de travail cesse en tout état de cause à la date de la reprise ou de l'aptitude médicalement constatée à la reprise d'une activité professionnelle par l'affilié, quelle que soit la nature de cette activité.

• GARANTIES EN CAS DE DECES DU « CONJOINT » – DECES DU « CONJOINT » SURVENANT SIMULTANEMENT OU POSTERIEUREMENT A CELUI DE L'AFFILIE (DOUBLE EFFET) – DECES DU « CONJOINT » ANTERIEUR A CELUI DE L'AFFILIE

- La cessation des garanties souscrites prévues en cas de décès du « conjoint » demeure fixée dans les conditions prévues au paragraphe IV du présent avenant et en tout état de cause :
 - à la date du jugement définitif en cas de divorce ou de séparation de corps ou à la date de rupture du PACS ou de cessation du concubinage,
 - à la date du décès de l'affilié pour la garantie Décès du « conjoint » antérieur à celui de l'affilié,
 - et au plus tard, le jour du :
 - 60^{ème} anniversaire du « conjoint » pour la garantie Double effet,
 - 65^{ème} anniversaire du « conjoint » pour la garantie Décès du « conjoint » antérieur à celui de l'affilié.

Si l'affilié bénéficie du maintien de la (des) garantie(s) en cas de décès du « conjoint » en application des dispositions prévues aux paragraphes IV du présent avenant, la(les) garantie(s) cesse(nt) en tout état de cause à la date de résiliation du contrat.



VIII – DISPOSITIONS PARTICULIERES SI, À LA DATE D'ENTREE DANS L'EFFECTIF AFFILIABLE, LE CONTRAT DE TRAVAIL D'UN AFFILIE EST SUSPENDU OU LORSQU'UN AFFILIE EXERCE SON ACTIVITE PROFESSIONNELLE AVEC REDUCTION D'HORAIRE POUR RAISON DE SANTE

1) LE CONTRAT DE TRAVAIL EST SUSPENDU POUR UNE AUTRE CAUSE QUE LA MALADIE OU L'ACCIDENT

Si le contrat de travail est suspendu à la date d'entrée dans l'effectif affiliable pour une autre cause que la maladie ou l'accident, tant que l'affilié bénéficie d'un maintien de salaire total ou partiel, l'ensemble des garanties souscrites par la contractante est accordé dans les conditions du contrat.

Au terme de cette période de maintien de salaire total ou partiel, si la contractante a fait une demande d'octroi des garanties à l'assureur pour l'ensemble de son personnel affiliable dont le contrat de travail est suspendu pour la même cause à la date d'entrée dans l'effectif affiliable, l'ensemble des garanties souscrites par la contractante est accordé dans les conditions suivantes :

- Garanties en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive

- Prise d'effet des garanties : Les garanties en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive, prennent effet à la date d'affiliation au contrat.
- Salaire de base : La base servant au calcul des prestations en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive est, dès que l'affilié cesse de bénéficier d'un maintien de salaire total ou partiel, la rémunération annuelle brute de l'affilié (sauf disposition spécifique prévue au contrat) telle que déclarée par la contractante aux organismes sociaux, dans les limites contractuellement retenues, déterminée à la date de suspension du contrat de travail, sans revalorisation pendant la durée de la suspension du contrat de travail.
- Montant des prestations : Les prestations garanties seront calculées et versées selon les dispositions du contrat.

- Garanties en cas d'arrêt de travail

Les garanties en cas d'arrêt de travail ne prendront effet qu'à la date de **reprise effective du travail**. Les indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire de travail et les rentes en cas d'invalidité permanente seront calculées et versées en application des dispositions du contrat, pour tout nouvel arrêt de travail consécutif à une maladie ou un accident, survenant postérieurement à la date de **la reprise du travail**.

2) LE CONTRAT DE TRAVAIL EST SUSPENDU POUR CAUSE DE MALADIE OU D'ACCIDENT

Si le contrat de travail est suspendu à la date d'entrée dans l'effectif affiliable pour cause de maladie ou d'accident, l'ensemble des garanties souscrites par la contractante est accordé dans les conditions suivantes :

- Garanties en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive

- Prise d'effet des garanties : Les garanties en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive prennent effet à la date d'affiliation au contrat.
- Salaire de base : Le salaire servant de base au calcul des prestations est la rémunération annuelle brute de l'affilié telle que déclarée par la contractante aux organismes sociaux, dans les limites contractuellement retenues, déterminée à la date de l'arrêt de travail de l'affilié. Cette rémunération peut être ajustée en fonction des dispositions contractuelles du précédent contrat de même nature souscrit par la contractante auprès d'un précédent organisme assureur, entre la date de l'arrêt de travail et la date d'entrée dans l'effectif affiliable. Son montant est en tout état de cause déclaré à l'assureur par la contractante, à l'origine de l'affiliation.
- Revalorisation du salaire de base : Le salaire de base est revalorisé à compter du 366^{ème} jour d'affiliation au contrat, dans le même rapport que celui existant entre la valeur de l'unité de référence définie au contrat, en vigueur à la date du décès, de l'exigibilité du capital en cas d'invalidité absolue et définitive ou d'infirmité consécutive à un accident corporel ou à la date de l'hospitalisation et celle en vigueur à la date d'affiliation au contrat.

- **Montant des prestations** : Les prestations sont calculées et versées en application des dispositions du contrat. **Toutefois, si au titre de l'incapacité temporaire ou de l'invalidité en cours à la date d'affiliation au contrat, l'affilié bénéficie d'un maintien de garanties en cas de décès et/ou d'invalidité absolue et définitive en exécution du contrat d'un précédent organisme assureur, le montant des prestations garanties par cet organisme assureur sera déduit des prestations versées au titre du présent contrat.**

EN CAS DE NON-DECLARATION PAR L’AFFILIE OU SES AYANTS DROIT DU MONTANT DES GARANTIES MAINTENUES AUPRES D’UN PRECEDENT ORGANISME ASSUREUR, L’AFFILIE OU SES AYANTS DROIT PERD(ENT) SON(LEUR) DROIT A LA PRESTATION ASSUREE AU TITRE DU PRESENT PARAGRAPHE.

- **Garanties en cas d'arrêt de travail**

Les garanties en cas d'arrêt de travail ne prennent effet qu'à la date de **reprise effective du travail**.

Les indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire de travail et les rentes en cas d'invalidité permanente seront calculées et versées en application des dispositions du contrat, pour tout nouvel arrêt de travail survenant postérieurement à la date de **la reprise du travail**, dans la mesure où cet arrêt de travail ne donne pas lieu à indemnisation par un précédent organisme assureur au titre d'un précédent contrat de même nature (rechute ou invalidité au terme d'une période d'incapacité temporaire de travail).

Toutefois, tant que l'affilié ne reprend pas effectivement ou n'est pas effectivement apte à reprendre son travail, les indemnités d'incapacité temporaire ou d'invalidité permanente dont le versement est maintenu par un précédent organisme assureur au titre d'un contrat de même nature, au niveau atteint à la date d'entrée dans l'effectif affiliable, sont revalorisées au titre du contrat du présent assureur.

Ainsi, ces prestations sont revalorisées dès le 366^{ème} jour qui suit la date d'affiliation au contrat, et tous les ans à la même date, dans le même rapport que celui existant entre la valeur de l'unité de référence définie au contrat, en vigueur à la date d'échéance des prestations et celle en vigueur à la date d'affiliation au contrat.

3) AFFILIE EXERÇANT SON ACTIVITE PROFESSIONNELLE AVEC REDUCTION D’HORAIRE POUR RAISON DE SANTE

Si un affilié exerce son activité professionnelle avec réduction d'horaire pour raison de santé à la date d'entrée dans l'affectif affiliable, l'ensemble des garanties souscrites par la contractante est accordé dans les conditions suivantes :

- **Garanties en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive**

- **Prise d'effet des garanties** : Les garanties en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive prennent effet à la date d'affiliation au contrat.

- **Salaire de base** : Le salaire servant de base au calcul des prestations est la rémunération annuelle brute de l'affilié, dans les limites contractuellement retenues, déterminée compte tenu de son activité professionnelle partielle.

Toutefois, si l'affilié bénéficie au titre de l'arrêt de travail ayant entraîné l'exercice de son activité professionnelle avec réduction d'horaire pour raison de santé, d'une indemnité journalière d'incapacité ou d'une rente d'invalidité et d'un maintien de garanties en cas de décès et/ou d'invalidité absolue et définitive, en application des dispositions d'un contrat de même nature souscrit auprès d'un précédent organisme assureur, le salaire de base servant au calcul des prestations du contrat du présent assureur est reconstitué sur la base de son activité à temps plein.

- **Montant des prestations** : Les prestations sont calculées et versées en application des dispositions du contrat du présent assureur en fonction du salaire de base tel que défini ci-avant, étant précisé que **si au titre de l'incapacité temporaire ou de l'invalidité en cours à la date d'affiliation au contrat, l'affilié bénéficie d'un maintien de garanties en cas de décès et/ou d'invalidité absolue et définitive en exécution du contrat d'un précédent organisme assureur, le montant des prestations garanties par cet organisme assureur sera déduit des prestations versées au titre du contrat du présent assureur.**



EN CAS DE NON-DECLARATION PAR L’AFFILIE OU SES AYANTS DROIT DU MONTANT DES GARANTIES MAINTENUES AUPRES D’UN PRECEDENT ORGANISME ASSUREUR, L’AFFILIE OU SES AYANTS DROIT PERD(ENT) SON(LEUR) DROIT A LA PRESTATION ASSUREE AU TITRE DU PRESENT PARAGRAPHE.

- **Garanties en cas d’arrêt de travail**

- Prise d’effet des garanties : Les garanties en cas d’arrêt de travail prennent effet à la date d’affiliation au contrat.
- Salaire de base : Le salaire servant de base au calcul des prestations est la rémunération annuelle de l’affilié, dans les limites contractuellement retenues, déterminée compte tenu de son activité professionnelle partielle.
- Montant des prestations : Les indemnités journalières en cas d’incapacité temporaire de travail et les rentes en cas d’invalidité permanente sont calculées et versées en application des dispositions du contrat, en fonction du salaire de base tel que défini ci-avant, pour tout nouvel arrêt de travail survenant postérieurement à la date d’affiliation au contrat et dans la mesure où cet arrêt de travail ne donne pas lieu à indemnisation par un précédent organisme assureur au titre d’un précédent contrat de même nature (rechute ou invalidité au terme d’une période d’incapacité temporaire de travail).

En outre, tant que l’affilié n’a pas repris son travail à temps complet, s’il bénéficie au titre de l’arrêt de travail ayant entraîné l’exercice de son activité professionnelle avec réduction d’horaire pour raison de santé, en application des dispositions d’un contrat de même nature souscrit auprès d’un précédent organisme assureur, d’une indemnité journalière d’incapacité ou d’une rente d’invalidité, l’assureur accorde au titre des garanties en cas d’arrêt de travail souscrites dans le cadre de son contrat de prévoyance, la revalorisation des indemnités d’incapacité temporaire ou des rentes d’invalidité dont le versement est maintenu par ce précédent organisme assureur au niveau atteint à la date d’affiliation au contrat du présent assureur.

Cette revalorisation est déterminée, dès le 366^{ème} jour qui suit la date d’affiliation au contrat, et tous les ans à la même date, dans le même rapport que celui existant entre la valeur de l’unité de référence en vigueur à la date d’échéance des prestations et celle en vigueur à la date d’affiliation au contrat.

Le présent Avenant dont les dispositions prennent effet au 1^{er} JANVIER 2009 est annexé au contrat pour avoir autant de force que s’il en faisait partie.

Fait à Paris en double exemplaire le, 20/10/2009

LA CONTRACTANTE

Représentée par

Agissant en qualité de

Le Directeur Général,

CHRISTOPHE BUSO



OBJET : Circulaire DSS/5B/2009/32 du 30 janvier 2009 relative aux conditions d'exonération des contributions des employeurs destinées au financement des prestations de retraite supplémentaire et de prévoyance complémentaire

I. RAPPEL DU CONTEXTE

L'article L.242-1 du Code de la sécurité sociale résultant de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003, dite « Loi Fillon » et son décret d'application, l'article D.242-1 du Code de la sécurité sociale, prévoient les conditions et limites dans lesquelles les contributions patronales au financement des prestations de retraite supplémentaire et de prévoyance complémentaire sont susceptibles de bénéficier d'une exonération des cotisations de sécurité sociale (et des cotisations dont l'assiette est alignée sur celles-ci).

Les principales conditions d'exonération sont :

- Les prestations garanties doivent être versées par un organisme habilité (société d'assurance, institution de prévoyance ou mutuelle) ;
- Le régime de retraite ou de prévoyance doit être mis en place en respectant le formalisme prévu par l'article L.911-1 du Code de la sécurité sociale (accord collectif, référendum, décision unilatérale de l'employeur constatée dans un écrit remis à chaque salarié) ;
- Le régime doit présenter un caractère collectif, c'est-à-dire bénéficier de façon générale et impersonnelle à l'ensemble du personnel salarié ou à une catégorie objectivement définie de celui-ci ;
- Le régime doit présenter un caractère obligatoire pour les membres de la catégorie bénéficiaire ;
- Les prestations de retraite et/ou de prévoyance doivent présenter un caractère complémentaire à celles servies par le régime de base de Sécurité sociale ;
- En santé, le contrat doit respecter les critères qui définissent les « contrats responsables ».

Ces dispositions sont applicables aux régimes mis en place à compter du 1^{er} janvier 2005, ceux mis en place antérieurement bénéficiaient d'une période transitoire ayant pris fin le 31 décembre 2008, au cours de laquelle les anciennes dispositions pouvaient être maintenues si elles s'avéraient plus favorables.

Elles ont fait l'objet de deux circulaires interprétatives de la Direction de la Sécurité Sociale, en date des 25 août 2005 et 21 juillet 2006, qui ont soulevé de nombreuses interrogations, lesquelles sont, pour une large part, levées par la circulaire du 30 janvier 2009 qui abroge et remplace les deux précédentes à effet de cette date (1).

A cet égard, il convient de noter l'effort de synthèse entrepris (présentation de cette circulaire sous la forme de 9 fiches thématiques) ainsi qu'un réel assouplissement, sur certains points, de la position de l'administration.

(1) Cette circulaire devrait être consultable sur le site du Premier ministre : www.circulaires.gouv.fr



Cependant, certaines restrictions demeurent ou ont été apportées qu'il nous paraît nécessaire de porter à votre connaissance afin de vous permettre d'adapter votre régime à cette nouvelle doctrine (2).

II. PRINCIPALES MODIFICATIONS PAR RAPPORT A LA DOCTRINE ANTERIEURE

FICHE N° 1 : « MONTANT EXCLUS DE L'ASSIETTE DE COTISATIONS DE SECURITE SOCIALE »

Il est admis, lorsque le régime prévoit un maintien de la couverture de prévoyance complémentaire pour l'ensemble des anciens salariés ou ceux qui le souhaitent, notamment **dans le cadre de l'article 14 de l'ANI du 11 janvier 2008**, qu'il y a **maintien de l'exonération** pour les contributions que l'employeur continue à verser à ce titre, dans les mêmes conditions et limites que pour les salariés.

La Direction de la Sécurité Sociale est, depuis lors, venue préciser que les entreprises pourront, pour déterminer la limite d'exonération, prendre en compte le montant moyen des rémunérations perçues au cours des 12 mois précédant la rupture du contrat de travail (*lettre DSS du 29 mai 2009*).

FICHE N° 2 : « MISE EN PLACE DES DISPOSITIFS ELIGIBLES »

➤ Il est précisé que les **salariés d'un établissement** ne constituent pas, en principe, une catégorie objective de salariés lorsque le régime est mis en place par voie d'accord d'entreprise, de référendum ou de décision unilatérale de l'employeur.

En revanche, rien ne s'oppose, selon l'administration à ce qu'un régime spécifique soit mis en place par voie d'accord d'établissement.

➤ Il est précisé que le projet d'accord référendaire doit être ratifié à la **majorité du personnel** (50% des effectifs), la lettre DSS du 29 mai précitée étant venue préciser que le projet de l'employeur doit être ratifié à la majorité des intéressés concernés par le projet (et non la majorité des salariés).

➤ S'agissant des **pièces justificatives de la formalisation du régime** à fournir lors d'un contrôle, il est précisé que l'employeur devra produire :

- En cas d'accord collectif, une copie de l'accord et du récépissé de dépôt à la Direction départementale de l'emploi et de la formation professionnelle ;
- En cas de référendum, une copie du projet d'accord proposé par le chef d'entreprise et du procès verbal de ratification ;
- En cas de décision unilatérale de l'employeur, une copie de l'écrit actant de la décision unilatérale et des justificatifs de la remise de cet écrit aux salariés.

FICHE N°5 : « CARACTERE COLLECTIF »

➤ La nouvelle circulaire admet les catégories définies par référence aux **articles 4, 4bis, et 36 de la Convention collective nationale des cadres du 14 mars 1947**.

Il est, en revanche, réaffirmé que les **coefficients de classification**, les catégories ou sous catégories prévues dans les conventions collectives à partir de ces coefficients ne peuvent être retenus pour définir une catégorie objective.

>> 2

(2) *Le non respect des termes de cette circulaire expose, en effet, des entreprises un redressement même si elle peut, sur certains points, apparaître contestable ce qui a notamment conduit nos organismes professionnels à introduire un recours contre elle.*

La lettre DSS précitée énonce, cependant que cet organisme mène actuellement une expertise afin d'envisager l'intégration des classifications prévues par les conventions collectives dans la notion de catégorie objective.

De même, ces catégories ne peuvent, selon l'administration, être définies par référence à un **critère spécifique lié à la rémunération**.

Toutefois, pour les prestations de retraite supplémentaire, il est désormais admis que le taux de contribution pris en charge par l'employeur puisse être d'autant plus élevé que le coefficient hiérarchique prévu par la convention collective ou le salaire est élevé, cette possibilité n'étant, toutefois, accordée que lorsque la part prise en charge par le salarié dans le financement du régime augmente, elle aussi, selon les mêmes critères.

- Il est précisé qu'un régime ne peut être mis en place au profit des seuls **apprentis** ou des **travailleurs intermittents**.

De même, le critère de la **date d'embauche** ne peut, en principe, être retenu pour définir une catégorie objective de personnel.

- S'agissant de la contribution de l'employeur, il est rappelé que **son taux peut être modulé** selon les tranches de rémunération qui doivent impérativement être définies par référence au plafond de la Sécurité sociale pris dans son entier.
- L'appréciation du caractère collectif des catégories en cas de modification de la situation juridique de l'employeur (maintien possible de **catégories « fermées » en cas de fusion**) a été supprimée, seul demeurant désormais évoqué le cas de régimes distincts résultant d'accords collectifs d'établissement.

FICHE N° 6 : « CARACTERE OBLIGATOIRE »

- La circulaire prévoit la non remise en cause du caractère obligatoire d'un **régime supplémentaire de retraite** mis en place par voie de décision unilatérale lorsque les salariés présents dans l'entreprise lors de la mise en place de ce régime refusent le précompte des cotisations.

Il est précisé que, en matière de retraite comme de prévoyance, **ce refus doit être formulé par écrit**.

- La faculté de rendre facultative l'adhésion des salariés **bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire** (CMUC – article L.861-3 du Code de la sécurité sociale) n'est pas reprise dans la circulaire mais est réintroduite par la lettre de la DSS précitée.
- L'adhésion au régime de retraite ou de prévoyance peut être laissée au choix des **salariés sous CDD** et des **travailleurs saisonniers** dans les conditions suivantes :
 - dispense d'affiliation de droit pour les salariés bénéficiaires d'un contrat d'une durée inférieure à douze mois ;
 - dispense d'affiliation subordonnée à la justification d'une couverture souscrite par ailleurs pour les salariés bénéficiaires d'un contrat d'une durée égale ou supérieure à douze mois.
- La circulaire admet un nouveau cas d'affiliation facultative pour les **salariés à temps très partiel** (inférieur à un mi-temps) qui devraient acquitter une cotisation au moins égale à 10% de leur rémunération, cette même disposition étant applicable aux **apprentis**.

Par ailleurs, il est admis, dans ces mêmes hypothèses, que l'employeur prenne en charge la part salariale des cotisations.



- Il est précisé que le caractère obligatoire de la couverture des ayants droit n'est pas remis en cause lorsque ceux-ci justifient d'une couverture personnelle résultant d'un **régime collectif et obligatoire** ou d'un dispositif spécifique pour les ayants droits relevant de la fonction publique.
- La faculté de rendre facultative l'adhésion des **salariés bénéficiant d'une couverture complémentaire dans le cadre d'un autre emploi** est supprimée en matière de retraite ;
- Mettant fin aux incertitudes antérieures, la circulaire admet clairement l'adhésion au régime santé **d'un seul des membres d'un couple travaillant dans la même entreprise**, dès lors que l'autre peut être assuré en qualité d'ayant droit.

FICHE N° 7 : « APPRECIATION DU CARACTERE COLLECTIF ET OBLIGATOIRE EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL »

La circulaire admet le maintien de garanties de prévoyance au profit de salariés dont la période de suspension du contrat de travail n'est pas ou n'est plus indemnisée.

En pareille hypothèse, il est prévu, pour la détermination de la limite d'exonération, de prendre en compte le montant moyen des rémunérations perçues au cours des douze mois précédant l'arrêt de travail ou la période de congés.

FICHE N° 8 : « CHAMP DES PRESTATIONS DE RETRAITE BENEFICIANT DES DISPOSITIONS D'EXCLUSION D'ASSIETTE »

Il est spécifié que la transférabilité des droits vers un autre contrat de retraite supplémentaire respectant les règles définies par la circulaire peut s'exercer vers un contrat « Madelin » pour les non salariés.

FICHE N°9 : « CHAMP DES PRESTATIONS COMPLEMENTAIRE DE PREVOYANCE BENEFICIANT DES DISPOSITIONS D'EXCLUSION D'ASSIETTE »

La circulaire admet comme garantie de prévoyance les allocations versées en **cas de naissance et d'adoption** ainsi que, sous certaines conditions, en cas d'**inaptitude professionnelle**.

De même, certaines **garanties d'assistance** sont désormais admises comme garanties de prévoyance. Les garanties d'assistance non éligibles sont, sous certaines conditions (notamment contribution patronale correspondante inférieure à 10 euros par an et par salarié) également exonérées.

III. CONSEQUENCES SUR LES REGIMES MIS EN PLACE DANS LES ENTREPRISES

La circulaire du 30 janvier 2009 précise que, pour les régimes d'entreprise mis en place avant sa publication, aucun redressement ne sera opéré au titre de 2009 si les points relevés correspondent à des éléments nouveaux apportés par cette circulaire par rapport à la doctrine antérieure.

En d'autres termes, **les entreprises disposent d'une nouvelle période transitoire expirant le 1^{er} janvier 2010** pour mettre leur régime en conformité avec les nouveaux éléments apportés par cette circulaire.

Dès lors, il apparaît nécessaire de mettre à profit cette période pour adapter votre régime (accord collectif, référendum ou décision unilatérale) aux restrictions apportées par la nouvelle circulaire par rapport à la doctrine antérieure, sauf à vous exposer à un redressement à l'issue de cette période.

S'agissant des restrictions apportées par la présente circulaire, on relèvera principalement :

1 – Sur le caractère collectif du régime :

- Le refus explicite du caractère objectif de la catégorie constituée par les salariés d'un établissement, sauf si celle-ci résulte d'un accord d'établissement;
- Le refus explicite du critère tiré de la date d'embauche pour définir une catégorie objective de personnel
- La suppression de la faculté de maintenir des régimes fermés pendant quinze mois en cas de restructuration d'entreprise, sauf s'ils résultent d'accords d'établissement ;

2- Sur le caractère obligatoire du régime :

- La précision selon laquelle le refus par les salariés du précompte des cotisations doit être formulé par écrit, en cas de mise en place du régime par décision unilatérale ;
- La limitation concernant l'adhésion facultative des salariés sous CDD et des travailleurs saisonniers lorsque leur contrat est d'une durée au moins égale à douze mois (nécessité, désormais, de justifier d'une couverture complémentaire par ailleurs) ;
- La suppression, en matière de retraite, de la faculté de rendre facultative l'adhésion des salariés bénéficiant d'une couverture complémentaire dans le cadre d'un autre emploi
- La limitation relative à la dérogation au caractère obligatoire de l'adhésion des ayant droits (nécessité de justifier désormais d'une couverture personnelle résultant d'un régime collectif et obligatoire).

Naturellement, les entreprises pourront également adapter leur régime, si elles le souhaitent, pour bénéficier des assouplissements apportés par cette circulaire (exemple : cas des salariés à faible rémunération ou des couples travaillant dans la même entreprise).



