

NOTICE D'INFORMATION INTERIMAIRES PREVOYANCE

Salariés intérimaires non cadres des Entreprises de Travail Temporaire – en vigueur au 1^{er} janvier 2019

(au sens de l'article L.932-6 du code de la Sécurité sociale)

Cette notice d'information (**NI-PREV ETT NC 01-19 / V2 du 18032019**) vous permettra de connaître les garanties de prévoyance souscrites par votre entreprise, conformes à l'accord du 16 novembre 2018, auprès :

- d'APICIL PREVOYANCE, Institution de prévoyance régie par le code de la Sécurité sociale, dont le siège social est situé 38 rue François Peissel – 69300 Caluire
- de KLESIA PREVOYANCE, Institution de prévoyance régie par le code de la Sécurité sociale, dont le siège social est situé 4 rue Georges Picquart - 75017 Paris
- de l'OCIRP, Organisme commun des institutions de rentes et de prévoyance régi par le code de la Sécurité sociale, dont le siège social est situé 17 rue de Marignan - 75008 Paris (uniquement pour les rentes d'éducation)

et ci-après parfois dénommés « les co-assureurs »

Elle comprend trois parties :

- des généralités communes à toutes les garanties,
- les définitions des garanties,
- le tableau de vos garanties, qui figure en annexe de la présente Notice d'Information.

En cas de dispositions contradictoires entre ce qui est prévu dans la notice et ce que prévoit le tableau de garanties, c'est ce qui est marqué au tableau de garanties qui s'impose.

Ce document, qui vous est remis par votre employeur, est un résumé des dispositions contractuelles applicables aux garanties souscrites par votre entreprise (entreprise de travail temporaire ou entreprise de travail temporaire d'insertion), ci-après dénommée parfois « l'adhérent » dont vous bénéficiez.

Si vous souhaitez avoir des informations plus détaillées sur vos garanties, votre employeur tient à votre disposition le contrat souscrit.

Les co-assureurs restent à votre entière disposition pour vous communiquer tout renseignement dont vous pourriez avoir besoin concernant votre régime de prévoyance.

La gestion des prestations est déléguée à la société PRIMA SA (membre du Groupe AG2R La Mondiale) Société anonyme d'assurances régie par le code des assurances, au capital de 30.489.803,45 euros, immatriculée au RCS de Paris sous le numéro 333 193 795 et dont le siège social est situé 37 boulevard Brune - 75014 Paris.

GENERALITES COMMUNES A TOUTES LES GARANTIES	3
TITRE 1 : GENERALITES	3
ARTICLE 1 – QUI EST COUVERT ?.....	3
ARTICLE 2 – OUVERTURE DES GARANTIES.....	3
ARTICLE 3 – DEFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS.....	3
ARTICLE 4 – CESSATION DES GARANTIES.....	3
ARTICLE 5 – SUSPENSION DES GARANTIES.....	3
ARTICLE 6 – ANCIENNETÉ	3
ARTICLE 7 – PORTABILITE DES DROITS.....	4
ARTICLE 8 – TERRITORIALITE / ELECTION DE DOMICILE	5
ARTICLE 9 – EXCLUSION DES GARANTIES	5
ARTICLE 10 – DÉCHÉANCE	5
ARTICLE 11 – PRESCRIPTION	5
ARTICLE 12 – MODIFICATION DES GARANTIES	6
ARTICLE 13 – CONTROLE	6
ARTICLE 14 – SALAIRE DE BASE	6
ARTICLE 15 – REVALORISATION DES PRESTATIONS.....	6
ARTICLE 16 – REPRISE DU TRAVAIL – RECHUTE EN CAS D'ACCIDENT DE TRAJET, D'ACCIDENT DU TRAVAIL OU MALADIE PROFESSIONNELLE	7
ARTICLE 17 – ENFANTS A CHARGE.....	7
ARTICLE 18 - PRISE EN CHARGE DES SUITES DES ARRETS DE TRAVAIL	7
ARTICLE 19 – QUAND CONSTITUER UN DOSSIER DE DEMANDE DE REGLEMENT	7
ARTICLE 20 – RECOURS CONTRE TIERS RESPONSABLE	7
ARTICLE 21 – CONTROLE DES CO-ASSUREURS	7
ARTICLE 22 – FAUSSE DECLARATION	7
ARTICLE 23 – RECLAMATIONS.....	7
ARTICLE 24 – INFORMATIQUES ET LIBERTES/ DONNEES PERSONNELLES	8
DEFINITION DES GARANTIES	9
TITRE 2 : MALADIE VIE PRIVEE - ACCIDENT DE TRAJET	9
ARTICLE 25 – CONDITIONS D'INDEMNISATION	9
ARTICLE 26 – COMMENT ET A QUI SONT PAYEES LES PRESTATIONS ?	9
ARTICLE 27 – LIMITES DE L'INDEMNISATION	9
ARTICLE 28 – CONDITIONS D'INDEMNISATION	10
ARTICLE 29 – LIMITES DE L'INDEMNISATION	10
TITRE 3 : ACCIDENT DU TRAVAIL MALADIE PROFESSIONNELLE	10
ARTICLE 30 – CONDITIONS D'INDEMNISATION	10
ARTICLE 31 – LIMITES DE L'INDEMNISATION	11
TITRE 4 : DÉCÈS	11
ARTICLE 32 - DÉCÈS DE LA VIE PRIVEE	11
ARTICLE 33 - DÉCÈS CONSÉCUTIF À UN ACCIDENT DE TRAJET	12
ARTICLE 34 - DÉCÈS CONSÉCUTIF À UN ACCIDENT DU TRAVAIL OU À UNE MALADIE PROFESSIONNELLE	12
ARTICLE 35 – BENEFICIAIRES.....	12
ARTICLE 36 - RENTE D'EDUCATION	13
ARTICLE 37- ALLOCATION OBSEQUES	13
ARTICLE 38 - RENTE TEMPORAIRE DU CONJOINT	14
TITRE 5 : AUTRES PRESTATIONS	14
ARTICLE 39 - ALLOCATION FORFAITAIRE POUR GARDE D'ENFANT	14
ARTICLE 40 - CONGÉ DE MATERNITÉ OU D'ADOPTION	14
ARTICLE 41 - PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA).....	14
ANNEXE 1 – Fonds d'Action Sociale du Travail temporaire - FASTT	15
ANNEXE 2 – Tableaux de garanties	16
ANNEXE 3 – Attestation de réception.....	19

GENERALITES COMMUNES A TOUTES LES GARANTIES

TITRE 1 : GENERALITES

ARTICLE 1 – QUI EST COUVERT ?

Sont couverts tous les salariés intérimaires non cadres (c'est-à-dire ne relevant pas des articles 4 et 4 bis de la CCN du 14 mars 1947) de l'adhérent (entreprise de travail temporaire ou entreprise de travail temporaire d'insertion) ci-après dénommés « participants ».

A compter du 1^{er} janvier 2019, le régime couvre dès la première heure l'ensemble des participants pour le décès, l'invalidité et les risques liés au travail (accident de trajet, accident du travail, maladie professionnelle, incapacité permanente). Le bénéfice de la garantie incapacité de travail, vie privée (hors accident de trajet) et congés maternité est acquis, pour sa part, au 1^{er} jour de travail du mois qui suit le franchissement du seuil de 414 heures de mission de travail temporaire au cours des 12 derniers mois (tous employeurs confondus).

Sont aussi couverts aux conditions définies ci-après, les ex-salariés intérimaires bénéficiaires de la portabilité légale des droits en matière de protection sociale.

ARTICLE 2 – OUVERTURE DES GARANTIES

L'ouverture des garanties est subordonnée à la transmission par l'entreprise des données destinées à fournir les éléments constitutifs du dossier individuel de chaque participant intégrant la catégorie de personnel visée par le contrat.

Une fois ces formalités accomplies, les garanties s'appliquent, sous réserve de la condition d'ancienneté définie à l'article 6 ci-après :

- à partir de la date d'effet du contrat, lorsque les salariés intérimaires sont en contrat de mission ou CDI-intérimaire au sein de l'entreprise à cette date et font partie de la catégorie assurée ;
- à partir de la date d'embauche ou de promotion dans la catégorie concernée, pour les nouveaux participants.

ARTICLE 3 – DEFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

En cas de non-paiement des cotisations par l'entreprise, les garanties sont suspendues 30 jours après envoi d'une lettre de mise en demeure restée sans effet.

Chaque participant pourra alors être directement informé de la suspension des garanties, ainsi que les instances représentatives du personnel.

Le contrat peut être résilié 40 jours après l'envoi de ladite lettre de mise en demeure.

ARTICLE 4 – CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent :

- à la date d'effet de la résiliation du contrat pour les salariés intérimaires ainsi que ceux en portabilité,
- à la date de rupture ou de fin du contrat de mission ou de passage dans une catégorie de personnel non visée par le contrat ou le cas échéant à la fin de la

portabilité des droits (notamment en cas d'arrivée au terme des droits ou en cas de cessation du versement des allocations du régime d'assurance chômage telle qu'en cas de reprise d'une activité professionnelle),

- à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale du participant (sauf dans le cas de cumul emploi retraite) ou de sa préretraite, sous réserve de la rupture du contrat de mission.
- à la date de suspension du contrat de mission sans salaire dans les conditions définies à l'article 5 ci-après,
- en cas de décès du participant.

ARTICLE 5 – SUSPENSION DES GARANTIES

Les garanties sont suspendues :

- à la date d'effet de la suspension du contrat pour non-paiement des cotisations,
- en cas de refus de se soumettre à un contrôle dans les conditions définies à l'article 13 ou lorsque ce contrôle a déterminé que l'état de santé du participant ne répondait pas à la définition des garanties ;
- à la date de suspension du contrat de mission sans salaire, notamment en cas de congé parental, le congé sabbatique, le congé création d'entreprise, le projet de transition professionnel, etc...Ne sont pas concernés les cas particuliers d'arrêt de travail pour maladie, maternité, accident du travail, ou de congé paternité. La suspension intervient à la date de la cessation de l'activité professionnelle dans l'entreprise adhérente et s'achève dès la reprise effective du travail par l'intéressé au sein de la catégorie de personnel visée par le contrat, sous réserve que les co-assureurs en soient informés dans un délai de 10 jours suivant la reprise. A défaut, les garanties ne prendront effet qu'à compter de la réception par les co-assureurs de la déclaration faite par l'adhérent.

Aucun arrêt de travail ayant commencé pendant une période de suspension des garanties ne pourra être indemnisé, même si l'arrêt se poursuit au-delà du congé à l'origine de la suspension.

ARTICLE 6 – ANCIENNETÉ

La garantie incapacité de travail vie privée ainsi que l'indemnisation en cas de congé maternité ou adoption prend effet au 1^{er} jour de travail du mois qui suit le franchissement par le participant d'une ancienneté de 414 heures de travail dans la branche (toutes entreprises de travail temporaire et entreprise de travail temporaire d'insertion confondues) au cours des 12 derniers mois.

Concrètement le participant non cadre cotise dès le 1^{er} jour uniquement pour les risques accident de trajet, de travail, maladie professionnelle, invalidité et décès.

La cotisation pour maladie privée interviendra, une fois la condition d'ancienneté remplie, à compter du 1^{er} jour de travail du mois qui suit la 414^e heure.

Point de départ

Le nombre d'heures pris en compte pour la détermination du droit à l'indemnisation s'apprécie au 1^{er} jour du sinistre.

Cadre d'application

La détermination des heures de travail accomplies dans l'entreprise de travail temporaire s'entend de l'ancienneté acquise dans les différentes agences ou entreprises de travail temporaire de la branche. Les heures à prendre en considération pour le calcul de l'ancienneté sont limitativement énumérées. Ce sont les heures de travail effectif, réalisées dans le cadre d'une ou plusieurs missions, au cours de la période de référence, auxquelles sont assimilées dans le cadre des missions effectuées :

- les heures chômées payées à l'occasion des jours fériés, congés pour événements familiaux, congés de naissance ou d'adoption, d'intempéries et de chômage partiel,
- les heures chômées du fait de maladie ou d'accident indemnisés ou non par le régime de Sécurité sociale,
- les heures restant à courir jusqu'au terme initialement prévu de la mission, en cas d'interruption de celle-ci avant l'échéance du contrat, du fait de l'entreprise utilisatrice, lorsque l'entreprise de travail temporaire n'a pas été en mesure de proposer une nouvelle mission au sens de l'article L.1251-26 du Code du travail,
- les heures correspondant à des congés de mission-formation dans les conditions légales, réglementaires et conventionnelles relatives à la formation professionnelle continue,
- les heures correspondant à des congés de formation syndicale, économique et sociale, de formation prud'homale, de formation de cadres et d'animateurs pour la jeunesse,
- les heures rémunérées pour l'exercice des mandats de délégué syndical, délégué du personnel, représentant syndical et représentant du personnel, au comité social et économique, ainsi que pour les commissions paritaires et les commissions mixtes de la profession.

ARTICLE 7 – PORTABILITE DES DROITS

PORTABILITE CONVENTIONNELLE

En cas de cessation du contrat de mission, il est mis en place une portabilité conventionnelle d'une durée d'un mois, au bénéfice des salariés intérimaires inscrits comme demandeurs d'emploi et remplissant la condition d'ancienneté mentionnée ci-dessus, à compter de la date de cessation de leur contrat de mission.

La seule inscription au service Pôle Emploi, suffira à justifier de l'ouverture des droits à la portabilité conventionnelle (et non l'indemnisation).

Elle permet le maintien à titre gratuit et durant un mois des garanties décès, maladie d'origine non professionnelle et invalidité, définies par le régime, quelle que soit la durée du ou des derniers contrats de travail successifs.

Ce dispositif de portabilité conventionnelle s'applique également aux salariés intérimaires en cumul emploi retraite lorsqu'ils n'ont pas la possibilité de s'inscrire au Pôle Emploi.

A l'issue de cette durée d'un mois, s'il remplit les conditions fixées à l'article L. 911-8 du code de la Sécurité sociale, le salarié intérimaire bénéficie de la portabilité légale dans les conditions prévues ci-dessous.

Pour pouvoir bénéficier de ce droit à portabilité conventionnelle, l'ancien salarié intérimaire a l'obligation de fournir aux co-

assureurs le justificatif d'inscription à Pôle Emploi, nécessaire à l'ouverture de ses droits à portabilité conventionnelle.

Toutefois, les salariés ne bénéficiant pas de la portabilité conventionnelle forfaitaire d'un mois ou de la portabilité légale peuvent, sous certaines conditions, bénéficier du dispositif des maladies graves et redoutées prévu dans l'accord du 16 novembre 2018.

PORTABILITE LEGALE CONDITIONS AU MAINTIEN DE L'AFFILIATION

En application de l'article L.911-8 du code de la Sécurité sociale, les anciens salariés bénéficiaires d'allocations chômage (hors le cas de licenciement pour faute lourde) continuent à avoir droit au régime de protection sociale complémentaire appliqué dans leur ancienne entreprise.

La portabilité sera appliquée au participant à partir des éléments connus au sein de la Déclaration Sociale Nominative (DSN) faite par l'entreprise. Il incombe à celle-ci d'informer le participant du principe et de l'étendue du droit au maintien des garanties.

EFFET ET DUREE DU MAINTIEN DE L'AFFILIATION

L'affiliation du participant est maintenue à compter du lendemain de la cessation du contrat de mission ou de la fin de la portabilité conventionnelle pour une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de celle de son dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez un même employeur, sous réserve que ce contrat ou ces contrats successifs chez le même employeur soient d'une durée d'un mois minimum.

Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au mois supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois.

La suspension des allocations du régime d'assurance chômage (Pôle Emploi), pour cause de maladie ou pour tout autre motif, n'a pas d'incidence sur la durée du maintien des garanties qui ne sera pas prolongée d'autant.

En tout état de cause, le maintien des garanties du participant cesse de plein droit :

- à la reprise d'une nouvelle activité rémunérée, que celle-ci donne droit ou non à des garanties prévoyance, dès lors qu'elle met fin au droit à indemnisation du régime d'assurance chômage (Pôle Emploi) ;
- en cas de cessation de paiement des allocations du régime d'assurance chômage (Pôle Emploi) pour tout autre motif (notamment en cas de retraite, de radiation des listes du Pôle Emploi) ;
- en cas de manquement à son obligation de fourniture de justificatifs visés ci-après ;
- en cas de suspension des garanties ou de la résiliation du contrat collectif, qu'elle qu'en soit la cause ;
- en tout état de cause, au décès du participant.

OBLIGATIONS DECLARATIVES

Pour pouvoir bénéficier de ce droit à portabilité, le participant s'engage à fournir aux co-assureurs, l'ensemble des justificatifs nécessaires à l'ouverture de ses droits à portabilité légale.

- à l'ouverture de la période de maintien des garanties, le justificatif initial de son indemnisation par Pôle Emploi ;
- au cours de la période de maintien des garanties, l'attestation de paiement des allocations chômage.

GARANTIES

Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont

celles en vigueur dans l'entreprise.

En tout état de cause, les évolutions des garanties du contrat intervenant durant la période de portabilité lui sont opposables.

En cas de changement d'assureur, les co-assureurs s'engagent de la manière suivante :

a- en tant qu'assureur sortant :

Les co-assureurs s'assurent auprès de l'adhérent partant que celui-ci dispose des informations nécessaires à la bonne reprise des personnes en portabilité.

b - en tant que nouvel assureur :

Une fois le nouveau contrat souscrit, les co-assureurs, à partir des éléments fournis par l'adhérent entrant, pourront se manifester auprès des participants en portabilité pour les informer du changement d'organisme assureur, des éventuelles modifications de garanties et de l'actualisation de leurs droits (clause bénéficiaire en prévoyance, etc.).

ARTICLE 8 – TERRITORIALITE / ELECTION DE DOMICILE

Les garanties sont acquises aux participants exerçant leur activité en France Métropolitaine et DOM-TOM et affiliés à un régime de Sécurité sociale français ou à un régime obligatoire d'un pays de l'Union européenne.

Elles sont étendues au monde entier :

- pour les participants dont les séjours n'excèdent pas trois mois et
- pour le participant détaché par l'entreprise et bénéficiant à ce titre du régime général de la Sécurité sociale.

Les prestations sont payées en France et en euros.

Tous les actes relatifs à l'exécution du contrat seront notifiés au domicile du participant, dont il nous aura communiqué l'adresse.

Pour tout changement de domicile, le participant doit informer les co-assureurs par écrit ou via son espace personnel de son changement d'adresse. A défaut, les lettres recommandées adressées à son dernier domicile connu produiront tous leurs effets.

Il en est ainsi pour tout ancien salarié intérimaire bénéficiaire de la portabilité.

ARTICLE 9 – EXCLUSION DES GARANTIES

Les co-assureurs couvrent tous les risques de décès, d'incapacité de travail, d'invalidité permanente et d'incapacité permanente quelle qu'en soit la cause, sous les réserves ci-après :

9-1 Exclusions générales

Ne donnent lieu à aucune prise en charge, pour toutes les garanties, les sinistres qui résultent :

- de faits de guerre civile ou étrangère, d'émeutes, d'insurrections, d'attentats, d'actes de terrorisme, quel que soit le lieu où se déroulent les faits et quels qu'en soient les protagonistes dès lors que le participant y prend une part active. Lorsque la France est partie belligérante à des faits de guerre étrangère, la prise en charge intervient dans les conditions définies par la législation intervenant sur les assurances sur la vie en temps de guerre ;
- des conséquences de la participation volontaire et violente, reconnue par décision de justice, du participant à des rassemblements, manifestations sur la voie publique, à des mouvements populaires, rixes, jeux et paris ;

- des risques résultant de la fission ou fusion nucléaire, ou de la radioactivité. Toutefois, les sinistres qui résultent de la fission ou fusion nucléaire, ou de la radioactivité, seront pris en charge s'ils ont lieu dans le cadre de la mission du participant et si cette dernière se déroule sur un site dont l'activité est en lien avec le secteur nucléaire.

9-2 Exclusions spécifiques

N'entraînent aucun paiement à la charge des co-assureurs, en cas d'incapacité temporaire et d'invalidité, les conséquences :

- d'un état d'imprégnation alcoolique du participant caractérisé par une concentration d'alcool dans le sang égale ou supérieure à 0,50 gramme par litre ou par une concentration d'alcool dans l'air expiré égale ou supérieure à 0,25 milligramme par litre ;
- de l'usage de stupéfiants ou de substances médicamenteuses en l'absence ou en dehors des limites de prescription médicale ;
- de la pratique de tous sports et compétitions à titre professionnel ;
- de la pratique de toute activité sportive effectuée en infraction manifeste des règles de sécurité définies par les pouvoirs publics ou la fédération sportive concernée ;
- de la participation à des risques aériens se rapportant à :
 - des compétitions organisées dans un cadre officiel ou privé, démonstrations, acrobaties, tentatives de records, raids ;
 - des vols d'essai, vols sur prototype ;
 - des vols ou sauts effectués avec tout autre matériel si le matériel, le vol ou le saut ne sont pas homologués ;
 - des vols sur appareils non munis d'un certificat de navigabilité ou pour lesquels le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valide.
- de l'utilisation de l'ULM, du deltaplane, du parachute, du parapente, de la cage et d'autres formes de vol libre (à savoir celles prises en compte par la Fédération Française de Vol Libre),
- de la pratique du saut à l'élastique,
- de l'accident survenu lorsque le participant effectue des périodes militaires ou des exercices de préparation militaire.

ARTICLE 10 – DÉCHÉANCE

Le bénéficiaire du capital décès ayant commis ou fait commettre un meurtre sur la personne du participant et condamné pour ces faits est déchu de tous droits à prestations au titre du présent contrat.

En cas de décès, cette disposition ne fait toutefois pas obstacle au versement d'un capital dû à un (d') éventuel(s) autre(s) bénéficiaire(s).

ARTICLE 11 – PRESCRIPTION

Toutes les actions relatives aux garanties souscrites sont prescrites par un délai de 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Il en est ainsi de l'invalidité.

La prescription est portée à cinq ans en ce qui concerne l'incapacité de travail.

Elle est portée à 10 ans, d'une part pour les garanties liées à la vie humaine lorsque le bénéficiaire n'est pas le participant, d'autre part pour les garanties du risque accident lorsque le bénéficiaire est un ayant droit du participant décédé.

La prescription est portée à 30 ans à compter du décès du participant pour le bénéficiaire qui n'a pas été informé de sa qualité par les co-assureurs.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception ou d'un envoi recommandé électronique.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont énumérées aux articles 2240 et suivants du Code civil. Il s'agit :

- de la reconnaissance par le débiteur de l'obligation du droit de celui contre lequel la prescription devrait jouer,
- de la demande en justice, même en référé, même portée devant une juridiction incompétente, ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure,
- de la mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution,
- de l'acte d'exécution forcée,
- de l'interpellation faite dans les conditions des articles 2245 et 2246 du Code civil.

ARTICLE 12 – MODIFICATION DES GARANTIES

En cas de modification des garanties incapacité temporaire de travail - invalidité, les participants en incapacité temporaire de travail ou en invalidité restent couverts selon les modalités contractuelles en vigueur à la date de l'arrêt de travail.

En cas de modification des garanties décès, les dispositions suivantes s'appliquent aux participants en incapacité temporaire de travail ou en invalidité à la date de la modification :

- s'ils figurent toujours aux effectifs de l'entreprise ou sont affiliés au contrat au titre de la portabilité, alors ils sont couverts selon les nouvelles conditions,
- à défaut, ils restent couverts selon les modalités en vigueur à la date de radiation des effectifs ou à la date d'expiration de la période de maintien des garanties susvisées.

ARTICLE 13 – CONTROLE

Dans la mise en œuvre du service des prestations, les co-assureurs se réservent le droit de procéder à tout contrôle :

- Sur pièces afin de vérifier la conformité des informations transmises tant par les entreprises que par les salariés intérimaires,
- Médical par un médecin diligent par les co-assureurs afin de vérifier que l'état du participant justifie, au regard du présent contrat, l'attribution de prestations. Ce contrôle peut intervenir avant la liquidation des prestations ainsi que pendant toute la durée du service des prestations et demeure soumis au secret médical.

Le refus de se soumettre à ces contrôles, l'impossibilité pour le médecin désigné par les co-assureurs de contrôler le participant ou le constat que l'état de santé de celui-ci ne répond pas à la définition de des garanties de l'accord du 16 novembre 2018, justifie la suspension du service des prestations par les co-assureurs.

Le coût de ces contrôles est pris en charge par le régime.

La situation médicale du participant peut conduire les co-assureurs à adopter une position différente de celle de la Sécurité sociale, par rapport au service des prestations d'incapacité de travail et d'invalidité permanente.

Dans ce cas, le versement des prestations peut cesser.

Il est en effet rappelé que les co-assureurs ne sont pas liés par la décision de la Sécurité sociale, seule étant prise en compte la réalité de l'atteinte portée à la capacité du participant d'exercer une activité professionnelle.

Si le participant n'accepte pas la décision du médecin conseil des co-assureurs, il est tenu de la contester dans le délai d'un mois suivant l'envoi de la notification qui lui en est faite. La contestation peut être soumise à un médecin expert désigné, par accord entre le participant et les co-assureurs dont les honoraires incomberont à la partie perdante.

A défaut d'accord sur la désignation du médecin expert, il devra y être procédé par recours au Tribunal de Grande Instance compétent, statuant en référé.

ARTICLE 14 – SALAIRE DE BASE

14-1 Assiette de calcul des cotisations

L'assiette de calcul des cotisations est fixée par référence au salaire brut annuel déclaré par l'Entreprise à l'URSSAF, et déterminée comme suit :

- T1 : fraction de salaire inférieure ou égale au plafond de la Sécurité sociale (ex TA),
- T2 : fraction de salaire comprise entre une fois et huit fois le plafond de la Sécurité sociale (ex-TB+TC).

14-2 Assiette des prestations

Par salaire de base de la mission, il y a lieu d'entendre le salaire brut qu'aurait perçu le participant, s'il avait effectivement travaillé, calculé au jour de l'arrêt de travail, en fonction de la durée du travail prévue au contrat de mission. Le salaire brut comprend le salaire brut horaire de base, le cas échéant l'indemnité de fin de mission (IFM) et l'indemnité compensatrice de congés payés (ICCP), les primes présentant un caractère de généralité, de constance et de fixité (par exemple 13^e mois) ainsi que les primes et indemnités liées aux conditions de travail (par exemple : prime de froid) et à la durée du travail, à l'exception des remboursements de frais.

Pour le salarié en CDI, il s'agit du salaire de la dernière mission. Il appartient à l'adhérent d'apprécier le caractère de généralité, de constance et de fixité des primes.

La durée hebdomadaire du travail est celle fixée au contrat de mission.

Le salaire faisant foi est soit le salaire de la mission en cours dans le cas où l'intérimaire est en mission, soit le salaire de la dernière mission dans le cas où l'intérimaire est en période de portabilité.

Lorsque les prestations sont exprimées en fonction du salaire moyen annuel (rente éducation), ce salaire correspond à 320 fois le salaire journalier apprécié sur la dernière mission (Indemnité de Fin de Mission et Indemnité de Congés Payés comprises).

ARTICLE 15 – REVALORISATION DES PRESTATIONS

15.1. Revalorisation des prestations périodiques

Le salaire de base de la dernière mission servant d'assiette de calcul des prestations périodiques d'incapacité temporaire de travail, d'invalidité permanente et d'incapacité permanente, peut être revalorisé annuellement en fonction de l'indice de revalorisation fixé par les Conseils d'administration des co-assureurs.

La première revalorisation intervient le cas échéant à l'échéance qui suit la date de la décision du conseil d'administration et, pour la première fois, à l'échéance qui suit la première date d'anniversaire du fait générateur du sinistre.

Les rentes éducation sont revalorisées au 1^{er} janvier de chaque année, suivant un taux fixé par le Conseil d'administration de l'OCIRP

15.2. Revalorisation du capital décès

Revalorisation des prestations non réglées dites revalorisation post-mortem (Loi n° 2014 – 617 du 13 juin 2014 et le Décret n° 2015 – 1092 du 28 août 2015)

À compter de la date du décès du participant jusqu'à la date de réception par les co-assureurs des pièces nécessaires au paiement de la prestation, la prestation mentionnée au contrat qu'elle soit versée sous forme de capital ou de rente est revalorisée dans les conditions prévues à l'article R.132-3-1 du Code des assurances.

Il est précisé que la date de prise de connaissance par les co-assureurs du décès du participant, est la date à laquelle les co-assureurs sont informés du décès, par la réception de l'acte de décès.

ARTICLE 16 – REPRISE DU TRAVAIL – RECHUTE EN CAS D'ACCIDENT DE TRAJET, D'ACCIDENT DU TRAVAIL OU MALADIE PROFESSIONNELLE

En cas de rechute, considérée comme telle par la Sécurité sociale, survenant pendant ou hors mission pour un arrêt ayant déjà donné lieu à paiement des indemnités journalières complémentaires de même nature (accident de trajet, accident du travail ou maladie professionnelle), vous pouvez être indemnisé.

Aucune franchise, en dehors de celle éventuellement pratiquée par la Sécurité sociale, n'est alors appliquée et le versement des prestations reprend, en complément des indemnités journalières versées par la Sécurité sociale, sur les mêmes bases qu'avant ladite reprise de travail.

Tout nouvel arrêt de travail survenant, pendant ou hors mission, quel que soit le délai, en cas d'incapacité de travail vie privée n'est pas considéré comme une rechute.

ARTICLE 17 – ENFANTS A CHARGE

Lorsque le contrat prévoit une majoration de prestation en fonction de votre situation de famille, ou une allocation en cas de décès, sont considérés comme à charge s'ils sont légitimes, reconnus ou adoptés :

- vos enfants mineurs,
- vos enfants majeurs, jusqu'à leur 26^e anniversaire,
 - qui poursuivent des études
 - ou qui sont sous contrat d'apprentissage et entrant en ligne de compte pour la détermination du nombre de parts en vue du calcul de l'impôt sur le revenu, ou bénéficiaires d'une pension alimentaire imputée sur votre déclaration de revenus.
La limite du 26^e anniversaire n'est pas opposable aux enfants invalides dont l'invalidité les empêche d'exercer une activité professionnelle.
- vos enfants à naître moins de 300 jours après votre décès,
- les enfants de votre conjoint ou du partenaire avec qui vous êtes lié par un PACS, fiscalement à charge pour la détermination du nombre de parts, en vue du calcul de votre impôt sur le revenu.

ARTICLE 18 - PRISE EN CHARGE DES SUITES DES ARRETS DE TRAVAIL

Les suites d'un arrêt de travail, non indemnisé par le régime pour cause de condition d'ancienneté non atteinte, donneront lieu à indemnisation en cas d'aggravation de l'état de santé ouvrant droit aux garanties invalidité et décès prévues au contrat.

ARTICLE 19 – QUAND CONSTITUER UN DOSSIER DE DEMANDE DE REGLEMENT

Les décès doivent être déclarés dans les 6 mois suivant l'événement.

Les sinistres incapacité de travail – invalidité doivent être déclarés au plus tard, dans les 90 jours de leur survenance.

La déclaration est à la charge de l'Entreprise lorsque le participant fait toujours partie de ses effectifs.

En cas de déclaration au-delà de ce délai, les co-assureurs opposeront un droit de déchéance à indemnisation pour déclaration tardive si cela lui a causé un préjudice.

ARTICLE 20 – RECOURS CONTRE TIERS RESPONSABLE

En cas d'accident, les co-assureurs sont subrogés de plein droit dans les actions à entreprendre contre le tiers responsable dans la limite des prestations indemnitaires qu'ils ont versées à un participant ou à un ayant droit.

ARTICLE 21 – CONTROLE DES CO-ASSUREURS

Les co-assureurs sont soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située au 4 Place de Budapest – CS 92459 - 75436 PARIS Cedex 09.

ARTICLE 22 – FAUSSE DECLARATION

Les déclarations faites tant par l'adhérent et le cas échéant par son conseil que par le participant servent de base à la garantie. A ce titre, elles constituent un élément essentiel du contrat, aussi les co-assureurs se réservent la possibilité de vérifier les données communiquées.

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de l'adhérent, les co-assureurs pourront faire application de la nullité de la garantie accordée au salarié intérimaire. En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle du participant, la garantie accordée à celui-ci est nulle.

Dans ces deux cas, les cotisations payées demeurent acquises aux co-assureurs.

ARTICLE 23 – RECLAMATIONS

Toutes les réclamations relatives au contrat devront être envoyées à l'adresse suivante :

**GROUPE APICIL
Service Relation Client
38 rue François Peissel
69300 CALUIRE et CUIRE**

Ou bien :

**KLESIA Prévoyance
Service réclamation
CS 30027
93108 MONTREUIL Cedex**

Si un désaccord persistait après la réponse donnée par les co-assureurs, l'avis d'un médiateur pourra être demandé sans préjudice d'une action ultérieure devant le Tribunal compétent.

Vous pouvez saisir le médiateur du CTIP ; le recours à ce médiateur est gratuit. Les saisines sont rédigées en langue française et adressées :

- Soit par voie postale au Médiateur de la protection sociale (CTIP) – 10 rue Cambacérès – 75008 PARIS ;
- Soit par internet à l'aide d'un formulaire disponible sur le site <https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/>

ARTICLE 24 – INFORMATIQUES ET LIBERTES/ DONNEES PERSONNELLES

Le participant est informé et accepte que, dans le cadre de l'exécution du contrat, APICIL PREVOYANCE ou KLESIA PREVOYANCE, peut stocker, traiter, enregistrer et utiliser les données personnelles le concernant et collectées tout au long de l'exécution du contrat et en particulier lors de l'adhésion ; dans le respect de la réglementation applicable en matière de données personnelles, notamment la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée par la loi du 7 octobre 2016 et le Règlement Général Européen sur la Protection des Données Personnelles (ou « RGDP »).

APICIL PREVOYANCE a nommé un délégué, un point de contact unique, en matière de protection des données personnelles dont les coordonnées sont les suivantes : dpo@apicil.com

La collecte et le traitement de ces données sont nécessaires aux fins d'exécution du contrat, de la gestion de la relation client et des éventuels litiges susceptibles d'en découler, ainsi que pour l'amélioration des services proposés par APICIL PREVOYANCE et a pour base juridique l'exécution du contrat.

Chaque formulaire indique si les données sont obligatoires ou facultatives.

Les données sont également conservées afin de permettre à APICIL PREVOYANCE ou KLESIA PREVOYANCE de respecter les obligations légales et réglementaires lui incombant, le cas échéant, telles que les obligations spécifiques liées à la lutte contre le terrorisme et le blanchiment d'argent. Dans ce cas, le traitement mis en œuvre a pour base juridique le respect d'une obligation légale.

Ces données personnelles sont strictement confidentielles et ne sont destinées qu'aux services compétents des co-assureurs, intervenant dans le cadre de l'exécution du contrat.

Dans le cadre de l'exécution du contrat et/ou de ses suites, les co-assureurs peuvent également être amenés à communiquer certaines des données ainsi recueillies à des tiers dûment habilités, notamment au Fonds d'Action Sociale du Travail Temporaire, à des fins d'accompagnement social et de prévention, et le cas échéant, à ses réassureurs, dans le strict respect de la réglementation applicable lorsque cette communication est strictement nécessaire pour la ou les finalités déclarées.

Compte tenu de la diversité des durées de conservation applicables au regard des différents types de données traitées, le participant est invité à consulter la politique de

données personnelles, à l'adresse suivante : <https://www.apicil.com/protection-des-donnees-personnelles>

afin de s'informer en détail sur les durées de conservation desdites données.

En tout état de cause, elles ne sont pas conservées au-delà de la durée nécessaire à la gestion de ces missions et des litiges susceptibles d'en résulter conformément aux règles de prescription applicables ou aux règles de conservation des documents comptables.

Le participant dispose à l'égard des co-assureurs et ce, conformément aux réglementations nationales et européennes en vigueur, des droits suivants :

- droit de demander l'accès à ses données personnelles,
- droit de demander la rectification de celles-ci,
- droit de demander leur effacement,
- droit de demander une limitation du traitement mis en œuvre,
- droit de s'opposer au traitement,
- droit de retirer son consentement quand le traitement est fondé sur le consentement,
- droit à la portabilité des données,
- droit d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle,
- droit de définir des directives relatives au sort de ses données à caractère personnel après son décès.

Le participant peut exercer ses droits en contactant : Groupe APICIL, Service Relation Client, 38 rue François Peissel, 69300 Caluire et Cuire.

Le participant est informé de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique « Bloctel », sur laquelle il peut s'inscrire à l'adresse suivante : <https://conso.bloctel.fr/>

Le participant est informé de l'existence d'une prise de décision automatisée aux fins d'améliorer ses produits, d'évaluer sa situation et de personnaliser les offres qui pourraient lui être proposées.

Le participant est également informé que les co-assureurs n'envisagent pas d'effectuer un transfert des données personnelles vers un pays situé en dehors de l'Union européenne.

D'une manière générale, les co-assureurs s'engagent à respecter les conditions de traitement et/ou la destination des données personnelles qui lui ont été communiquées par le participant ou auxquelles elle aura accès dans le cadre de l'exécution du contrat. En particulier, les co-assureurs s'engagent à ne pas exploiter pour son propre compte, céder et/ou louer à des entreprises tierces les données personnelles collectées dans le cadre de l'exécution du contrat.

Les engagements pris par les co-assureurs au titre du présent article survivront à la cessation du contrat pour quelque cause que ce soit.

La politique de données personnelles d'APICIL PREVOYANCE étant susceptible d'évoluer, notamment s'agissant de l'identité du Délégué à la protection des Données Personnelles, des coordonnées du responsable de traitement, de modifications éventuelles, le participant est invité à se rendre sur la page suivante :

<https://www.apicil.com/protection-des-donnees-personnelles>, afin de s'informer en détails sur la politique des données personnelles APICIL PREVOYANCE en vigueur.

DEFINITION DES GARANTIES

TITRE 2 : MALADIE VIE PRIVÉE - ACCIDENT DE TRAJET

Incapacité temporaire de travail

ARTICLE 25 – CONDITIONS D'INDEMNISATION

En cas d'incapacité temporaire de travail, suite à une maladie vie privée pendant un contrat de mission ou pendant une période de maintien des garanties, ou suite à un accident de trajet pendant un contrat de mission, vous pouvez bénéficier d'indemnités journalières complémentaires dont le montant figure au tableau de garanties.

L'indemnisation, en cas de maladie vie privée est soumise à la condition d'ancienneté de 414 heures de mission sur les 12 derniers mois définie à l'article 6.

Le versement des prestations intervient au terme d'un délai de carence de 3 jours, soit à compter du 4^e jour d'arrêt de travail. Ce délai de carence court à partir du premier jour d'arrêt de travail.

La condition d'ancienneté et le délai de carence ne s'appliquent pas en cas d'accident de trajet.

Pour bénéficier d'une indemnisation, en maladie vie privée ou en cas d'accident de trajet, vous devez réunir toutes les conditions suivantes :

- être en mission dans une entreprise de travail temporaire à la date de l'arrêt de travail, ou la date de l'accident en cas d'accident de trajet, ou être en maintien de garanties en cas de maladie vie privée,
- avoir adressé un certificat médical dans les 48 heures à l'entreprise de travail temporaire justifiant d'une incapacité totale de travail. Celle-ci peut faire l'objet d'une contre-visite organisée par l'entreprise de travail temporaire ou par les co-assureurs, le résultat de cette contre-visite pouvant entraîner la suspension de l'indemnisation complémentaire,
- être pris en charge par la Sécurité sociale.

ARTICLE 26 – COMMENT ET A QUI SONT PAYÉES LES PRESTATIONS ?

Les indemnités journalières complémentaires sont versées, sur présentation des décomptes justificatifs de paiement de la Sécurité sociale et pour les périodes correspondant aux décomptes qui nous sont adressés :

- pendant la mission : directement à votre entreprise jusqu'au terme initialement prévu de la mission, à charge pour votre employeur de vous les reverser nettes de prélèvements sociaux.
- au-delà de la mission : lorsque l'arrêt de travail se poursuit de manière continue au-delà de la mission, l'indemnisation se poursuit si l'arrêt a une durée totale de plus de 10 jours. Les indemnités vous sont alors versées directement, nettes de prélèvement sociaux.

Pendant et au-delà de la mission, la totalité des indemnités que vous percevez (indemnités journalières de la Sécurité sociale et indemnités complémentaires) ne peut excéder 100% du salaire net de votre dernière mission.

Pour toutes les prestations incapacité temporaire de travail il sera fait application du prélèvement à la source par le débiteur de cette obligation.

Constitution du dossier :

Votre entreprise déclare l'arrêt de travail et le transmet au gestionnaire avec les pièces suivantes :

- l'arrêt de travail initial délivré par votre médecin, la déclaration d'accident de trajet, le cas échéant,
- le contrat de mission,

Le gestionnaire prendra contact avec vous et vous devrez lui fournir :

- les décomptes d'indemnités journalières de la Sécurité sociale, sauf transmission automatique dans le cadre du service Prest'IJ,
- un relevé d'identité bancaire ou postal.

En cas de rechute d'accident de trajet telle que définie à l'article 16, intervenant pendant une mission, votre entreprise déclare cet arrêt de travail au gestionnaire et le transmet avec les pièces suivantes :

- un certificat de rechute remis par votre médecin,
- le contrat de mission.

Vous devrez fournir :

- les décomptes d'indemnités journalières versées par la Sécurité sociale, sauf transmission automatique dans le cadre du service Prest'IJ,

Si la rechute intervient hors mission, vous devez fournir au gestionnaire :

- un certificat de rechute remis par votre médecin,
- les décomptes d'indemnités journalières versées par la Sécurité sociale.

ARTICLE 27 – LIMITES DE L'INDEMNISATION

En cas d'arrêt de travail continu d'une durée supérieure à 95 jours, vous pouvez être indemnisé :

- au maximum jusqu'au 1095^e jour d'arrêt continu, ou
- jusqu'à votre mise en invalidité.

Limitation du cumul de jours indemnisés en cas d'arrêts discontinus sur une période de 12 mois consécutifs

Pour le calcul de la durée d'indemnisation, il est tenu compte du nombre de jours d'indemnisations déjà octroyés à l'intéressé au cours des 12 derniers mois, de date à date, précédant l'arrêt de travail. Si plusieurs arrêts ont été indemnisés tant par l'entreprise de travail temporaire que par les co-assureurs au cours de ces 12 mois, le nombre total de jours indemnisés ne doit pas dépasser 92 jours.

Pour la détermination du taux de calcul de l'indemnité complémentaire pendant les 30 premiers jours, puis les jours suivants, il est tenu compte des indemnités déjà perçues par l'intéressé au cours des 12 derniers mois de date à date, précédant l'arrêt de travail.

Cessation du paiement des indemnités complémentaires

Les indemnités journalières complémentaires sont versées au maximum tant que dure le service des prestations en espèces de l'assurance maladie de la Sécurité sociale et cessent, sous

réserve de l'application des règles de cumul ci-dessus, en tout état de cause :

- à la date d'attribution d'une pension d'invalidité par la Sécurité sociale ;
- à la date de liquidation des droits au titre de l'assurance vieillesse de la Sécurité sociale ;
- à la date de cessation du versement des indemnités journalières par la Sécurité sociale ;
- à la date de la reprise d'une activité professionnelle à temps complet ;
- au 1096^e jour d'arrêt de travail, sauf cas exceptionnel de maintien des indemnités journalières de Sécurité sociale ;
- à la date de fin de la période de portabilité conventionnelle suite à la fin du contrat de mission en cas de cumul
- emploi-retraite ;
- à la suite d'un contrôle médical concluant à un arrêt de travail non justifié ou du refus de contrôle ;
- à la date du décès du salarié intérimaire.

Invalidité permanente

ARTICLE 28 – CONDITIONS D'INDEMNISATION

Pour bénéficier d'une rente d'invalidité, votre invalidité doit faire suite :

- à un arrêt de travail survenu pendant un contrat de mission, ou pendant une période de maintien des droits, que cet arrêt soit indemnisé ou pas.
- ou à la reconnaissance en 2^e ou 3^e catégorie suite au versement par la Sécurité sociale, d'une pension d'invalidité de 1^{re} catégorie faisant suite à un arrêt indemnisé par les co-assureurs.

Si vous êtes classé en invalidité 2^e ou 3^e catégorie par la Sécurité sociale, vous pouvez bénéficier d'une rente annuelle dont le montant figure au tableau de garanties. Cette rente vous est versée directement, par trimestre.

L'invalidité de 1^{re} catégorie n'est pas couverte.

Constitution du dossier :

Pour être indemnisé, vous devez fournir les pièces suivantes :

- la notification d'attribution d'une pension d'invalidité par la Sécurité sociale,
- les décomptes des rentes perçues depuis la date de mise en invalidité,
- chaque année : la copie de l'avis d'imposition.

Dans le cas du versement d'une rente d'invalidité, l'ensemble des ressources perçues par le participant ne peut excéder 75 % du salaire de base revalorisé.

La rente continue d'être servie à condition que l'état de santé séquentaire du participant réponde, sur le plan médico-légal, à la définition de la catégorie de l'invalidité dans laquelle il a été classé par la Sécurité sociale.

ARTICLE 29 – LIMITES DE L'INDEMNISATION

La rente cesse d'être due :

- dès que la Sécurité sociale ne verse plus la pension d'invalidité ;
- à la date de la reprise d'une activité professionnelle à temps complet ;

- à la date de l'attribution par la Sécurité sociale de la pension vieillesse, y compris au titre de l'inaptitude au travail ;
- à la suite d'un contrôle concluant à un arrêt de travail non justifié ou d'un refus de contrôle ;
- à la date du décès du salarié intérimaire.

Enfin, la rente d'invalidité cesse d'être versée dès lors que le participant ne demande pas la liquidation de ses droits à une pension de vieillesse de la Sécurité sociale alors qu'il peut y prétendre.

Pour toutes les prestations invalidité il sera fait application du prélèvement à la source par le débiteur de cette obligation.

TITRE 3 : ACCIDENT DU TRAVAIL MALADIE PROFESSIONNELLE

Incapacité temporaire de travail

En cas d'incapacité temporaire de travail, suite à un accident de travail ou à une maladie professionnelle pendant un contrat de mission, vous pouvez bénéficier, sans condition d'ancienneté ni délai de carence, d'indemnités journalières complémentaires dont le montant figure au tableau de garanties.

Le montant de l'indemnisation varie en fonction de la durée de l'arrêt de travail.

L'indemnisation continue au-delà de la mission si l'arrêt de travail se poursuit.

ARTICLE 30 – CONDITIONS D'INDEMNISATION

Pour bénéficier d'une indemnisation en cas d'accident du travail ou maladie professionnelle, vous devez réunir toutes les conditions suivantes :

- être en mission dans une entreprise de travail temporaire à la date de l'accident de travail ou maladie professionnelle ;
- avoir adressé un certificat médical dans les 48 heures à l'entreprise de travail temporaire justifiant d'une incapacité totale de travail. Une contre-visite peut être organisée par l'entreprise de travail temporaire ou par les co-assureurs, le résultat de cette contre-visite pouvant entraîner la suspension de l'indemnisation complémentaire dans les conditions prévues à l'article 13.
- être pris en charge par la Sécurité sociale et le justifier par les décomptes d'indemnités journalières.

Pendant la mission, l'indemnité est versée à votre employeur qui vous la reverse sur la feuille de paie, nette de prélèvement sociaux.

Après la mission l'indemnité vous est versée directement nette de prélèvement sociaux.

En cas d'arrêt de travail pour accident du travail ou maladie professionnelle d'une durée d'au moins 25 jours dont 15 jours hors mission, le participant reçoit une avance de 300 euros en attendant le versement de son indemnité journalière complémentaire.

Pendant et au-delà de la mission, la totalité des indemnités que vous percevez (indemnités journalières de la Sécurité sociale et indemnités complémentaires)

ne peut excéder 100 % du salaire net de votre dernière mission.

Pour toutes les prestations incapacité temporaire de travail il sera fait application du prélèvement à la source par le débiteur de cette obligation.

ARTICLE 31 – LIMITES DE L'INDEMNISATION

L'indemnisation dure au maximum jusqu'à la date de consolidation, dans la limite de 3 ans.

Limitation du cumul de jours indemnisés en cas d'arrêts discontinus sur une période de 12 mois consécutifs

Pour le calcul de la durée d'indemnisation, il est tenu compte du nombre de jours d'indemnisations déjà octroyés à l'intéressé au cours des 12 derniers mois, de date à date, précédant l'arrêt de travail. Si plusieurs arrêts ont été indemnisés tant par l'entreprise de travail temporaire que par les co-assureurs au cours de ces 12 mois, le nombre total de jours indemnisés ne doit pas dépasser 150 jours.

Pour la détermination du taux de calcul de l'indemnité complémentaire pendant les 30 premiers jours, puis les jours suivants, il est tenu compte des indemnités déjà perçues par l'intéressé au cours des 12 derniers mois de date à date, précédant l'arrêt de travail.

Constitution du dossier :

Votre entreprise déclare l'arrêt de travail et le transmet au gestionnaire avec les pièces suivantes :

- la déclaration d'accident du travail (imprimé de la Sécurité sociale remis par l'agence décrivant les circonstances de l'accident) ou de maladie professionnelle (imprimé de la Sécurité sociale) en cas de maladie professionnelle, la copie de la reconnaissance de maladie professionnelle adressée par la Sécurité sociale à l'entreprise de travail temporaire,
- le contrat de mission.

Le gestionnaire prendra contact avec vous et vous devrez lui fournir :

- les décomptes d'indemnités journalières de la Sécurité sociale (sauf transmission automatique dans le cadre du service Prest'IJ),
- un relevé d'identité bancaire ou postal.

En cas de rechute d'accident du travail telle que définie à l'article 16, intervenant pendant une mission, votre entreprise déclare cet arrêt de travail au gestionnaire et le transmet avec les pièces suivantes :

- un certificat de rechute remis par votre médecin,
- le contrat de mission.

Vous devrez fournir :

- les décomptes d'indemnités journalières versées par la Sécurité sociale, sauf transmission automatique dans le cadre du service Prest'IJ,

Si la rechute intervient hors mission, vous devez fournir au gestionnaire :

- un certificat de rechute remis par votre médecin,
- les décomptes d'indemnités journalières versées par la Sécurité sociale.

Cessation du paiement des indemnités complémentaires

Le paiement cesse :

- en même temps que l'arrêt du versement des indemnités journalières de la Sécurité sociale pour quelque raison que ce soit,
- à la date de consolidation sans pouvoir excéder le 1 095^e jour à compter de la date de l'arrêt de travail, sauf cas exceptionnel de maintien des indemnités journalières par la Sécurité sociale,
- à la date de reconnaissance d'incapacité permanente.
- à la date du décès du participant.

Incapacité permanente

Si, à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle survenu(e) pendant une mission, la Sécurité sociale reconnaît au participant une incapacité permanente dont le taux est au moins égal à 30 %, il bénéficie d'une indemnisation complémentaire, dont le montant, qui dépend du taux d'incapacité reconnu, est prévu au tableau de garantie.

Si votre taux d'incapacité est compris entre 30 et 50 %, il vous est versé, une seule fois une indemnité forfaitaire.

Si votre taux d'incapacité est supérieur à 50 %, une rente versée trimestriellement, se substitue aux indemnités journalières versées au titre du régime accident de travail, maladie professionnelle

Si votre incapacité permanente résulte d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, le montant des prestations que nous vous versons, cumulé avec celui versé par la Sécurité sociale, ne peut excéder ce qui vous aurait été versé par ces deux organismes précités, si vous aviez été victime d'un arrêt ne résultant pas d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle.

Constitution du dossier :

Pour être indemnisé, vous devez fournir les pièces suivantes :

- la notification d'attribution d'une incapacité permanente par la Sécurité sociale,
- les décomptes des rentes perçues de la Sécurité sociale depuis la reconnaissance de l'incapacité permanente,
- chaque année : la copie de l'avis d'imposition.

L'ensemble des ressources perçues par le participant ne peut excéder 75 % du salaire de base revalorisé.

Pour toutes les prestations incapacité permanente il sera fait application du prélèvement à la source par le débiteur de cette obligation.

TITRE 4 : DÉCÈS

ARTICLE 32 - DÉCÈS DE LA VIE PRIVÉE

En cas de décès de la vie privée d'un participant, les co-assureurs versent, aux bénéficiaires, un capital forfaitaire indépendant de la situation de famille du participant à la date du décès, si le décès intervient :

- au cours de la mission ;
- pendant une période de portabilité conventionnelle ou légale ;
- après une période ininterrompue d'arrêt de travail pendant laquelle le participant avait droit ou non en raison de la condition d'ancienneté non satisfaite, à une indemnisation complémentaire au titre de la garantie incapacité de travail vie privée.

Si, à la date du décès, le participant avait un ou plusieurs enfant(s) à sa charge, les co-assureurs agissant au nom et pour le compte de l'OCIRP versent, trimestriellement, en complément du capital décès, à chaque enfant, une rente éducation dans les conditions définies à l'article 36.

Constitution du dossier

Les ayants droits doivent constituer le dossier en complétant le formulaire de déclaration de décès accompagné des pièces suivantes :

- un acte de décès (original),
- le contrat de mission,
- la photocopie du livret de famille et extrait d'acte de naissance avec mentions marginales,
- l'attestation d'inscription d'un PACS établie par le greffe du tribunal, le cas échéant,
- si un enfant est à naître, un certificat de grossesse mentionnant la date présumée d'accouchement,
- un relevé d'identité bancaire ou postal du/des bénéficiaire(s),
- un justificatif d'enfant(s) à charge, si enfant(s) de plus de 16 ans (certificat de scolarité...),
- un avis d'imposition,
- la photocopie des dernières feuilles de paie,

Les co-assureurs se réservent le droit de demander toute autre pièce justificative.

ARTICLE 33 - DÉCÈS CONSÉCUTIF À UN ACCIDENT DE TRAJET

En cas de décès du participant à la suite d'un accident de trajet reconnu comme tel par la Sécurité sociale, les co-assureurs versent un capital forfaitaire, dont le montant varie selon la situation familiale du participant au moment du décès, si celui-ci intervient :

- pendant la mission,
- dans un délai d'un an à compter de la date d'accident de trajet survenu pendant la mission,
- après une période ininterrompue d'arrêt de travail pendant laquelle l'intérimaire avait droit à une indemnisation complémentaire au titre du régime Accident de Trajet.

Si, à la date du décès, l'intérimaire avait un ou plusieurs enfant(s) à sa charge, les co-assureurs agissant au nom et pour le compte de l'OCIRP versent, trimestriellement, en complément du capital décès, à chaque enfant, une rente éducation dans les conditions prévues à l'article 36.

Constitution du dossier

Les ayants droits doivent constituer le dossier en complétant le formulaire de déclaration de décès accompagné des pièces suivantes :

- la déclaration d'accident de trajet,
- le contrat de mission,
- une photocopie du livret de famille et un extrait d'acte de naissance avec mentions marginales,
- l'attestation d'inscription d'un PACS établie par le greffe du tribunal, le cas échéant,
- si un enfant est à naître, un certificat de grossesse mentionnant la date présumée d'accouchement,
- un relevé d'identité bancaire ou postal du/des bénéficiaire(s),
- l'attestation Sécurité sociale de reconnaissance du décès par accident de trajet,
- un justificatif d'enfant(s) à charge, si enfant(s) de plus de 16 ans (certificat de scolarité),
- un avis d'imposition,

- la photocopie des dernières feuilles de paie,
- un acte de décès (original).

Les co-assureurs se réservent le droit de demander toute autre pièce justificative.

ARTICLE 34 - DÉCÈS CONSÉCUTIF À UN ACCIDENT DU TRAVAIL OU À UNE MALADIE PROFESSIONNELLE

En cas de décès du participant faisant suite à un accident du travail ou à une maladie professionnelle reconnu(e) comme tel(le) par la Sécurité sociale, les co-assureurs versent un capital forfaitaire dont le montant qui varie selon la situation familiale du salarié au moment du décès, est prévu au tableau de garanties.

Ces garanties sont accordées si le décès intervient :

- pendant la mission de travail temporaire,
- dans un délai de deux ans à compter de la date de l'accident du travail survenu pendant la mission, ou de la date de reconnaissance d'une maladie professionnelle contractée pendant la mission,
- après une période ininterrompue d'arrêt de travail pendant laquelle l'intérimaire avait droit à une indemnisation relais au titre du régime AT/MP*, et à condition que le décès soit reconnu par la Sécurité sociale comme consécutif à un AT/MP*.

* AT/MP : Accident du travail/Maladie professionnelle

Si, à la date du décès, l'intérimaire avait un ou plusieurs enfant(s) à sa charge, les co-assureurs agissant au nom et pour le compte de l'OCIRP versent, trimestriellement, en complément du capital décès, à chaque enfant, une rente éducation.

Constitution du dossier

Les ayants droits doivent constituer le dossier en complétant le formulaire de déclaration de décès accompagné des pièces suivantes :

- la déclaration d'accident du travail ou maladie professionnelle,
- le contrat de mission,
- une photocopie du livret de famille et un extrait d'acte de naissance avec mentions marginales,
- l'attestation d'inscription d'un PACS établie par le greffe du tribunal, le cas échéant,
- si un enfant est à naître, un certificat de grossesse mentionnant la date présumée d'accouchement,
- un relevé d'identité bancaire ou postal du/des bénéficiaire(s),
- l'attestation Sécurité sociale de reconnaissance du décès par accident de trajet,
- un justificatif d'enfant(s) à charge, si enfant(s) de plus de 16 ans (certificat de scolarité),
- un avis d'imposition,
- la photocopie des dernières feuilles de paie,
- un acte de décès (original).

Les co-assureurs se réservent le droit de demander toute autre pièce justificative.

ARTICLE 35 – BÉNÉFICIAIRES

Le capital garanti est versé, à votre décès :

- en priorité à votre conjoint survivant non divorcé, non séparé judiciairement,
- à défaut à votre partenaire avec qui vous êtes lié par un PACS,

- à défaut et à parts égales entre eux, à vos enfants, vivants ou représentés,
- à défaut et à parts égales entre eux, à vos père et mère vivants,
- à défaut et à parts égales, à vos héritiers vivants ou représentés.

Cependant, vous gardez la possibilité de faire une désignation différente qui devra être transmise aux co-assureurs en utilisant de préférence le formulaire établi à cet effet par les co-assureurs.

Votre désignation de bénéficiaire peut également être effectuée notamment par voie d'acte sous seing privé ou par acte authentique (notaire...) sous réserve d'en informer les co-assureurs.

Lorsque le bénéficiaire est nommément désigné, vous pouvez indiquer ses coordonnées afin, qu'après votre décès, les co-assureurs puissent l'informer de la désignation faite à son profit.

Il est recommandé de modifier la clause bénéficiaire lorsque celle-ci n'est plus appropriée.

En cas d'acceptation conjointe par le bénéficiaire et vous-même, la désignation devient en principe irrévocable : vous ne pourrez donc plus modifier cette désignation sans le consentement du bénéficiaire, sauf disposition légale contraire.

Attention, le concubin n'étant pas visé par la désignation réglementaire type ci-dessus, il doit être désigné expressément, si tel est votre souhait.

Si le bénéficiaire désigné par un participant ayant des enfants à charge, n'est ni le conjoint survivant, ni ses enfants, ledit bénéficiaire ne saurait en aucun cas, recevoir un capital supérieur à celui qui serait versé, à raison du décès du participant célibataire.

Dans ce cas, la différence est obligatoirement répartie entre les enfants à charge du participant, nonobstant toute disposition contraire.

De même, si le conjoint survivant ou le partenaire avec qui le participant était lié par un PACS n'a pas la garde de la totalité des enfants, il ne peut être versé à ce conjoint survivant ou à ce partenaire, que le capital résultant du décès d'un participant marié sans enfant, auquel viendront s'ajouter les majorations pour les enfants, dont il a effectivement la charge.

Les majorations pour enfants à charge, seront versées au prorata des personnes ayant effectivement la garde des enfants.

En l'absence de bénéficiaire désigné, c'est la désignation réglementaire type ci-dessus qui s'appliquera.

En cas de PTIA, le capital vous est payé directement ou à votre représentant légal.

Pour le participant qui revendique un mariage polygame acquis valablement sous l'empire d'une loi étrangère ou toute autre situation de même nature, un seul capital est versé et réparti, à défaut de désignation expresse, par parts égales entre les différents bénéficiaires.

ARTICLE 36 - RENTE D'EDUCATION

Si, à la date du décès (décès de la vie civile, décès accident de trajet ou décès Accident de travail, maladie professionnelle), le participant avait un ou plusieurs enfants à charge, les co-assureurs versent, en complément du capital décès, à chaque

enfant à charge, une rente éducation dont le montant, qui varie en fonction de l'origine du décès, est fixé au tableau des garanties. Il en va de même en cas de reconnaissance de l'état de PTIA.

Le montant de la rente est exprimé en pourcentage du salaire moyen annuel soumis à cotisations.

Les enfants bénéficiaires sont les enfants à charge du participant.

Les enfants concernés sont, indépendamment de la position fiscale :

- les enfants à naître,
- les enfants nés viables,
- les enfants recueillis, c'est-à-dire ceux de l'ex-conjoint éventuel, du conjoint ou du concubin ou du partenaire lié par un PACS, du participant décédé qui ont vécu au foyer jusqu'au moment du décès et si leur autre parent n'est pas tenu au versement d'une pension alimentaire.

La notion d'enfant à charge du salarié s'entend au sens de la réglementation sociale.

Sont considérés comme enfants à charge :

- les enfants de moins de 18 ans, qu'ils soient légitimes, naturels ou adoptifs, dont l'assuré pourvoit aux besoins et assume la charge effective et permanente de l'entretien ou pour lesquels il verse une pension alimentaire constatée judiciairement ou déduite fiscalement,
- l'enfant légitime ou naturel, à naître au moment du décès et né viable,
- les enfants de 25 ans au plus qui poursuivent leurs études ou sont en contrat d'apprentissage,
- les enfants, qui, par suite d'infirmité ou de maladie incurable, sont dans l'impossibilité permanente de se livrer à la moindre activité professionnelle et ce quel que soit leur âge.

La rente est versée sans limitation de durée au bénéficiaire lorsque l'enfant à charge au moment du décès du salarié intérimaire affilié est reconnu en invalidité équivalente à l'invalidité de 2^e ou 3^e catégorie de la Sécurité sociale justifiée par un avis médical ou tant qu'il bénéficie de l'allocation d'adulte handicapé ou tant qu'il est titulaire de la carte d'invalidité civile.

Cet état d'invalidité doit être reconnu avant la limite de versement de la rente éducation prévue contractuellement.

La situation de famille qui sert de base de calcul des droits est celle existant au jour du décès, sauf pour les enfants à naître.

La date d'effet des rentes est fixée au premier jour du mois qui suit le décès du participant.

Les rentes sont payables trimestriellement à terme échu, sous condition de vie et sur présentation annuelle, si besoin, d'un justificatif d'enfant à charge.

La rente est versée jusqu'à la fin du trimestre civil au cours duquel l'enfant cesse de remplir les conditions requises pour être bénéficiaire.

En cas de décès du bénéficiaire, un prorata est dû pour le trimestre civil au cours duquel il décède.

La rente est versée au représentant légal de l'enfant ou à l'enfant lui-même, s'il jouit de la capacité juridique.

Le total annuel des rentes versées au titre d'un décès, ne peut dépasser 100 % de votre salaire moyen annuel soumis à cotisations éventuellement revalorisé. Si cela est nécessaire, chaque rente sera réduite proportionnellement.

ARTICLE 37- ALLOCATION OBSEQUES

L'allocation obsèques peut être versée en cas de décès des suites d'un accident de trajet ou d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle.

Cette allocation est exprimée en pourcentage du plafond de la Sécurité sociale, c'est le plafond mensuel en vigueur au jour du décès qui est pris en compte.

L'allocation est versée à la personne ayant acquitté les frais d'obsèques dans la limite des frais réellement engagés ou directement aux pompes de funèbres sur demande.

Lorsque la facture a été intégralement acquittée dans le cadre d'une convention obsèques, la garantie n'est pas due.

Pièce à fournir : la facture acquittée des frais d'obsèques mentionnant le nom de la personne ayant acquitté la facture, ainsi que le moyen de paiement utilisé.

ARTICLE 38 - RENTE TEMPORAIRE DU CONJOINT

Cette rente ne peut être versée qu'à la demande du conjoint bénéficiaire et suite à un décès consécutif à un accident de trajet ou à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, d'un participant non-cadre.

Le conjoint survivant non divorcé ou toujours lié par un PACS au participant au moment du décès peut opter, s'il est le bénéficiaire du capital décès, pour le versement du capital décès ou pour le versement d'une rente temporaire de conjoint si les conditions suivantes sont réunies :

- le participant et son conjoint avaient un ou plusieurs enfants(s) à charge au moment du décès,
- le conjoint est demandeur d'emploi.

Par conjoint survivant, il faut entendre le conjoint survivant du participant non séparé judiciairement ou le partenaire survivant avec qui le participant avait conclu un PACS.

Il peut aussi s'agir du concubin ou de la concubine survivante du participant. Dans ce cas, il/elle doit apporter la preuve qu'il ou elle a vécu jusqu'au moment du décès au moins deux ans en concubinage notoire avec le participant décédé.

De plus, il ou elle doit être, au regard de l'état civil, ainsi que le participant décédé, libre de tout lien de mariage ou de contrat de PACS.

La rente est versée pendant les 24 mois suivant le décès. Une fois exprimé, le choix entre le capital et la rente est définitif. Lorsque le conjoint opte pour cette rente temporaire, la fraction du capital décès supplémentaire* prévue pour enfant(s) à charge est versée au bénéfice de ce(s) dernier(s).

* Egale à 1 plafond mensuel Sécurité sociale.

La date d'effet des rentes est fixée le 1^{er} jour du mois suivant le décès du participant.

Les rentes sont payables trimestriellement, d'avance, sous condition de vie et sur présentation annuelle d'un extrait de naissance de moins de trois mois.

TITRE 5 : AUTRES PRESTATIONS

ARTICLE 39 - ALLOCATION FORFAITAIRE POUR GARDE D'ENFANT

En cas d'hospitalisation, le participant bénéficie d'une allocation forfaitaire pour garde d'enfant dans la limite de 30 jours par période de 12 mois et sous réserve de remplir les conditions suivantes :

- avoir un ou plusieurs enfant(s) à charge âgé(s) de 16 ans au plus,
- être hospitalisé plus d'un jour,
- être indemnisé au titre des garanties Incapacité de travail par les co-assureurs.

Constitution du dossier : Vous devez fournir les pièces suivantes :

- le bulletin de situation attestant votre hospitalisation,
- le justificatif d'enfant(s) à charge (avis d'imposition par exemple),
- les justificatifs des frais de garde.

ARTICLE 40 - CONGÉ DE MATERNITÉ OU D'ADOPTION

Pour bénéficier de l'indemnisation complémentaire, le participant doit justifier :

- d'une ancienneté de plus de 414 heures de mission dans la branche sur les 12 derniers mois.
- de son état de grossesse ou de l'arrivée d'un enfant au foyer en cas d'adoption,
- du versement des indemnités journalières par la Sécurité sociale.

Le bénéfice des dispositions liées à la maternité est étendu à tout participant dont la conjointe décède au cours de l'accouchement, sous réserve de remplir les conditions d'ouverture des droits concernant le versement de l'indemnité journalière de repos de la Sécurité sociale, mais également à condition de ne pas être déjà couvert pour ce risque.

En aucun cas les prestations totales perçues ne peuvent excéder 100% du salaire de base net qu'aurait perçu le participant s'il n'avait pas interrompu son activité pour cause de maternité ou d'adoption.

Constitution du dossier : Vous devez fournir les pièces suivantes :

- un certificat médical précisant la date présumée de l'accouchement,
- le cas échéant, un certificat médical de grossesse pathologique,
- les bulletins de salaire des 12 derniers mois précédant la date du congé de maternité avec le montant des IFM* et des ICCP**
- un relevé d'identité bancaire ou postal,
- le 1^{er} décompte d'indemnités journalières maternité versées par la Sécurité sociale (les décomptes suivants seront envoyés au fur et à mesure de leur réception par le participant),
- la photocopie du livret de famille s'il s'agit du 3^e enfant.

* IFM : indemnité de fin de mission

** ICCP : indemnité compensatrice de congés payés

ARTICLE 41 - PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie reconnue par la Sécurité sociale comme étant consécutive à un accident de trajet, à un accident de travail / maladie professionnelle, ou à une incapacité permanente, vous pouvez demander le versement par anticipation du capital décès. Vous pouvez de

plus demander par anticipation le versement de la rente éducation.

La perte totale et irréversible d'autonomie est considérée comme consécutive à un accident de trajet pendant une mission, lorsqu'elle survient dans un délai d'un an à compter de l'accident de trajet.

La perte totale et irréversible d'autonomie est considérée comme consécutive à un accident du travail ou à une maladie professionnelle pendant une mission, lorsqu'elle survient dans un délai de deux ans à compter de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle.

Le paiement des prestations au titre de la perte totale et irréversible d'autonomie met fin à la garantie correspondante en cas de décès.

Constitution du dossier : Vous devez fournir les pièces suivantes :

- un certificat médical, exposant l'état de perte totale et irréversible d'autonomie, sa date de survenance et précisant l'origine accidentelle ou pathologique de l'affection,
- la notification établie par la Sécurité sociale de la rente accident à 100 %,
- le justificatif de la majoration de la pension accordée pour assistance d'une tierce personne.

ANNEXE 1

Fonds d'Action Sociale du Travail temporaire – FASTT

Les services du FASTT pilotent et gèrent le fonds de solidarité mis en place, dans le cadre de l'accord du 16 novembre 2018, au titre du haut degré de solidarité pour :

- financer des actions de prévention des risques professionnels,
- financer des actions d'accompagnement et pour le reclassement et le retour vers l'emploi des salariés en situations d'arrêt de travail suite à un accident de travail,
- mettre en œuvre une politique d'action sociale et de prévention,
- prendre en charge le dispositif de garanties de certaines maladies graves et redoutées,
- et, à titre exceptionnel, prendre en charge des situations personnelles particulières en cas de difficultés sociales ou budgétaires.

Contacts :

Pour tout renseignement, connectez-vous sur : www.interimairesprevoyance.fr

FASTT : service social ☎ 01 71 25 08 28.

Votre gestionnaire : PRIMA SA, membre du groupe AG2R la Mondiale ☎ 0 974 507 507.

ANNEXE 2 : Tableaux de garanties – Salariés intérimaires NON CADRES

MALADIE VIE PRIVÉE – ACCIDENT DE TRAJET	
INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL	
Conditions d'indemnisation pour un arrêt de travail survenant pendant la mission	<p>Maladie vie privée : indemnisation soumise à la condition d'ancienneté de 414 heures de mission sur les 12 derniers mois. Elle est acquise au premier jour de travail du mois qui suit le franchissement du palier des 414 heures.</p> <p>Accident de trajet : indemnisation sans condition d'ancienneté</p> <p>En cas d'arrêt de travail se poursuivant de manière continue au-delà de la mission, l'indemnisation se poursuit si l'arrêt à une durée totale de plus de 10 jours.</p>
Délai de carence	0 jour en cas d'accident de trajet 3 jours en cas de maladie
Montant d'indemnisation Pendant et éventuellement après la mission	Pendant les 30 premiers jours calendaires d'indemnisation : <ul style="list-style-type: none"> • 50 % du salaire de base*
	A partir du 31 ^e jour calendaire d'indemnisation : <ul style="list-style-type: none"> • 25 % du salaire de base*
Modalité de versement des indemnités	Pendant la mission : l'indemnité est versée par l'employeur sur la feuille de paie Après la mission : l'indemnité est versée directement au salarié.
Durée maximale de l'indemnisation	Jusqu'au 1 095 ^e jours d'arrêt continu de travail ou jusqu'à la mise en invalidité
Limitation du cumul de jours indemnisés en cas d'arrêts discontinus sur une période de 12 mois consécutifs	
Pour le calcul de la durée d'indemnisation, il est tenu compte du nombre de jours d'indemnisations déjà octroyés à l'intéressé au cours des 12 derniers mois, de date à date, précédant l'arrêt de travail. Si plusieurs arrêts ont été indemnisés tant par l'entreprise de travail temporaire que par l'organisme assureur au cours de ces 12 mois, le nombre total de jours indemnisés ne doit pas dépasser 92 jours.	
INVALIDITE PERMANENTE	
Condition d'indemnisation	Indemnisation sans condition d'ancienneté, suite à un arrêt de travail survenu durant un contrat de mission (ou le cas échéant durant une période de maintien gratuit des droits), que cet arrêt ait été indemnisé ou non.
Invalidité de 1^{re} catégorie	Non couvert
Invalidité de 2^e ou 3^e catégorie	75 % du salaire brut* de base de la dernière mission y compris la pension d'invalidité versée par la sécurité sociale et les autres revenus d'activité éventuels
ACCIDENT DU TRAVAIL/MALADIE PROFESSIONNELLE	
INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL	
Condition d'indemnisation	Indemnisation sans condition d'ancienneté
Délai de carence	0 jour
Montant d'indemnisation Pendant et après la mission si l'arrêt se poursuit	Pendant les 30 premiers jours calendaires d'indemnisation <ul style="list-style-type: none"> • 50 % du salaire de base* T1 + 100 % du salaire de base* T2 • 50 % du salaire de base* à partir de la fin de la mission
	Pendant les 61 jours calendaires d'indemnisation suivants : <ul style="list-style-type: none"> • 25 % du salaire de base* T1 + 100 % du salaire de base* T2 • 25 % du salaire de base* à partir de la fin de la mission
	A partir du 92 ^e jour calendaire d'indemnisation : <ul style="list-style-type: none"> • 25 % du salaire de base*
Modalité de versement des indemnités	Pendant la mission : l'indemnité est versée par l'employeur sur la feuille de paie Après la mission : l'indemnité est versée directement au salarié.
Durée maximale de l'indemnisation	Jusqu'à la date de consolidation dans une limite de 3 ans
Limitation du cumul de jours indemnisés en cas d'arrêts discontinus au cours d'une période de 12 mois consécutifs	
Pour le calcul de la durée d'indemnisation, il est tenu compte du nombre de jours d'indemnisations déjà octroyés à l'intéressé au cours des 12 derniers mois, de date à date, précédant l'arrêt de travail. Si plusieurs arrêts ont été indemnisés tant par l'entreprise de travail temporaire que par l'organisme assureur au cours de ces 12 mois, le nombre total de jours indemnisés ne doit pas dépasser 150 jours.	
INCAPACITE PERMANENTE	
Taux d'incapacité inférieur à 30 %	Non couvert
Taux d'incapacité compris entre 30 % et 39 %	Indemnité forfaitaire : 3 PMSS
Taux d'incapacité compris entre 40 % et 50 %	Indemnité forfaitaire : 4 PMSS
Taux d'incapacité supérieur à 50 %	Rente égale à 25 % du dernier salaire de base brut* (l'ensemble des ressources versées à l'intéressé ne peut excéder 75 % du salaire de base brut de la dernière mission)

* Salaire de base = salaire de base brut pendant la mission et salaire de base net après la mission.

DECES VIE PRIVEE ET ACCIDENT DE TRAJET		
DECES VIE PRIVEE		
Capital forfaitaire	Quelle que soit la situation de famille	4 PMSS
Rente éducation ⁽¹⁾	Enfant jusqu'à 16 ans révolus	7 % du salaire moyen annuel ⁽²⁾ soumis à cotisation
	Enfant de plus de 16 ans jusqu'à son 18 ^e anniversaire sans condition	9 % du salaire moyen annuel ⁽²⁾ soumis à cotisation
	Enfant de plus de 18 ans jusqu'à son 26 ^e anniversaire sous condition d'études.	
	Enfant de plus de 16 ans sans limitation d'âge sous condition de la reconnaissance de l'invalidité ou du handicap à la date du décès	
Le cumul des rentes éducation versées aux ayants droit est plafonné à 100 % du salaire moyen annuel du salarié décédé		
DECES ACCIDENT DE TRAJET		
Capital forfaitaire	Célibataire, veuf(ve), divorcé(e) sans enfant à charge	7 PMSS
	Marié(e), Pacsé(e) sans enfant à charge	8 PMSS
	Célibataire, veuf(ve), divorcé(e), marié(e), Pacsé(e) avec enfant à charge	9 PMSS

DECES EN CAS D'ACCIDENT DE TRAVAIL OU MALADIE PROFESSIONNELLE		
DECES ACCIDENT DE TRAVAIL OU MALADIE PROFESSIONNELLE		
Capital forfaitaire	Célibataire, veuf(ve), divorcé(e) sans enfant à charge	8 PMSS
	Marié(e), Pacsé(e) sans enfant à charge	9 PMSS
	Célibataire, veuf(ve), divorcé(e), marié(e), Pacsé(e) avec enfant à charge	10 PMSS

GARANTIES COMPLEMENTAIRES EN CAS DE DECES PAR ACCIDENT DE TRAJET OU PAR ACCIDENT DE TRAVAIL/MALADIE PROFESSIONNELLE		
RENTE TEMPORAIRE DU CONJOINT (à la demande du conjoint bénéficiaire)		
Rente temporaire	Versée, à la demande du conjoint bénéficiaire, à la place du capital décès si le salarié et son conjoint avaient des enfants à charge au moment du décès et que le conjoint bénéficiaire était demandeur d'emploi au jour du décès	35 % du PMSS pendant les 24 mois suivant le décès
Capital	Enfant à charge	Lorsque le conjoint opte pour la rente temporaire, la fraction du capital décès supplémentaire prévue pour enfant(s) à charge (1 PMSS) est versée au bénéfice de ce(s) dernier(s).
RENTE D'EDUCATION ⁽¹⁾		
Rente éducation ⁽¹⁾	Enfant âgé de 16 ans au plus	8 % du salaire moyen annuel ⁽²⁾ soumis à cotisation
	Enfant âgé de plus de 16 ans et jusqu'à 19 ans révolus : <ul style="list-style-type: none"> Enfant de plus de 16 ans jusqu'à son 18^e anniversaire sans condition Enfant de plus de 18 ans jusqu'à son 20^e anniversaire sous condition d'études 	12 % du salaire moyen annuel ⁽²⁾ soumis à cotisation
	Enfant de plus de 16 ans sans limitation d'âge sous condition de la reconnaissance de l'invalidité ou du handicap à la date du décès	15 % du salaire moyen annuel ⁽²⁾ soumis à cotisation
	Enfant à compter du 20 ^e anniversaire jusqu'à son 26 ^e anniversaire sous condition d'études ou sans limitation d'âge sous condition de la reconnaissance de l'invalidité ou du handicap à la date du décès	
Le cumul des rentes éducation versées aux ayants droit est plafonné à 100 % du salaire moyen annuel du salarié décédé		

⁽¹⁾ Rente éducation assurée par l'OCIRP

⁽²⁾ Le salaire moyen annuel correspond à 320 fois le salaire journalier de la dernière mission, le cas échéant, indemnité de fin de mission (IFM) et indemnité compensatrice de congés payés (ICCP) comprises.

FRAIS D'OBSEQUES	
Allocation versée, en cas de décès du salarié, à la personne ayant assumé le coût des obsèques	Allocation forfaitaire : 1,5 PMSS
PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA) Accident de trajet, Invalidité Accident de travail / Maladie professionnelle, Incapacité permanente	
<ul style="list-style-type: none"> - Si la PTIA est consécutive à un accident de trajet intervenu pendant la mission et survient dans un délai d'1 an à compter de l'accident (Pour les garanties Décès accident de trajet et Invalidité) - Si la PTIA est consécutive à un accident de travail ou maladie professionnelle intervenu pendant la mission et survient dans un délai de 2 ans à compter de l'accident de travail ou de la maladie professionnelle - Si un taux d'incapacité à 100 % est reconnu par la Sécurité sociale 	Versement par anticipation du capital décès et de la rente d'éducation

AUTRES GARANTIES	
HOSPITALISATION : ALLOCATION FORFAITAIRE POUR GARDE D'ENFANTS	
Conditions d'indemnisation	<ul style="list-style-type: none"> • Etre indemnisé au titre de la garantie incapacité de travail • Avoir un ou plusieurs enfants de 16 ans au plus • Être hospitalisé pour une période supérieure à un jour • Présenter des justificatifs des frais de garde
Allocation Forfaitaire pour garde d'enfants	1 % PMSS par jour d'hospitalisation dans la limite de 30 jours par période de 12 mois.
INDEMNISATION EN CAS DE CONGES MATERNITE ET D'ADOPTION	
Conditions d'indemnisation	<ul style="list-style-type: none"> • Indemnisation soumise à la condition d'ancienneté de 414 heures de mission sur les 12 derniers mois. Elle est acquise au premier jour du mois qui suit le franchissement du palier des 414 heures • État de grossesse ou arrivée d'un enfant au foyer en cas d'adoption • Justifier de versements d'indemnités maternité par la sécurité sociale
Indemnités Journalières	<ul style="list-style-type: none"> • Versement d'une indemnité égale à 1/360^e de la rémunération brute cumulée y compris l'indemnité de fin de mission et l'indemnité compensatrice de congés payés, perçue au cours des missions de travail temporaire effectuées dans la profession pendant les 12 mois précédant le congés maternité ou adoption, sans excéder 100 % du gain journalier net de base. • La durée d'indemnisation est limitée à celle de la Sécurité sociale au titre de la maternité ou de l'adoption

(1) Rente éducation assurée par l'OCIRP

(2) Le salaire moyen annuel correspond à 320 fois le salaire journalier de la dernière mission, indemnité de fin de mission (IFM) et indemnité compensatrice de congés payés (ICCP) comprises.

* Salaire de base = salaire de base brut pendant la mission et salaire de base net après la mission.

En aucun cas les prestations totales perçues (indemnités Sécurité sociale et indemnités complémentaires versées par les co-assureurs) ne peuvent excéder 100 % du salaire de base net qu'aurait perçu le salarié intérimaire s'il n'avait pas interrompu son activité pour cause de maladie ou d'accident

PSS : Plafond de la Sécurité Sociale

T1 = TA : fraction de salaire inférieure ou égale au PSS

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

T2 = TB : fraction de salaire, supérieure à la T1, limitée à 4 PSS

ANNEXE 3 – Attestation de réception

IMPORTANT

ATTESTATION DE RECEPTION

à découper et à remettre à votre employeur

Je soussigné(e), Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Employeur :

reconnais avoir reçu la notice d'information « **NI-PREV ETT NC 01-19** » du régime de prévoyance des salariés
intérimaires non cadres des Entreprises de Travail Temporaire.

Fait à le/...../.....

Signature :

Vous trouverez tout renseignement complémentaire sur le site www.interimairesprevoyance.fr

