

EPIC OFFICE NATIONAL DES FORÊTS

NOTICE D'INFORMATION

**Garantie « régime de
mensualisation »** - Contrat n° L107

**Garanties « régime de prévoyance
complémentaire »** - Contrat n° L108

Ensemble des salariés de droit privé

Régimes de prévoyance à adhésion obligatoire
souscrits auprès de KLESIA Prévoyance
(Institution de prévoyance régie par le code de la Sécurité sociale)
par l'EPIC OFFICE NATIONAL DES FORÊTS agissant
tant pour son compte que pour celui
de ses établissements cités en annexe

Édition juillet 2014

L'objectif de cette notice est de vous informer des garanties « prévoyance » dont vous bénéficiez auprès de KLESIA Prévoyance, Institution de Prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale.

Ce document, qui vous est remis par votre employeur, constitue un résumé des dispositions contractuelles organisant les rapports entre votre employeur, vous-même et KLESIA Prévoyance.

KLESIA Prévoyance est gestionnaire de ces garanties.

Cette notice reprend les dispositions des garanties adoptées par votre employeur sous les références n° L107 et n° L108 et les formalités à accomplir. Vous êtes couvert(e) pour les seules garanties choisies par votre employeur telles que mentionnées expressément sur le récapitulatif des garanties souscrites.

Vous pouvez vous adresser à votre employeur si vous souhaitez de plus amples précisions sur vos garanties.

SOMMAIRE

DÉFINITIONS PRÉALABLES.....	4
GÉNÉRALITÉS.....	5
RISQUES GARANTIS.....	5
BASES DE CALCUL DES PRESTATIONS.....	10
CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE DES GARANTIES.....	11
PIÈCES À FOURNIR POUR LE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS.....	13
SUSPENSION, CESSATION ET MAINTIEN DES GARANTIES.....	14
RÉCAPITULATIF DES GARANTIES SOUSCRITES.....	17
ANNEXE 1.....	19

Définitions préalables

ACCIDENT

Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part du Participant, ou du bénéficiaire du capital garanti, provenant exclusivement de l'action soudaine d'une cause extérieure, à l'exclusion de toute maladie, même si elle se manifeste sous une apparence accidentelle (notamment affection cardiovasculaire, rupture d'anévrisme, attaque cérébrale, etc.).

BÉNÉFICIAIRE

Personne physique ou morale percevant la prestation prévue par la garantie du contrat lors de la réalisation du risque.

DÉCHÉANCE

Perte du droit du Participant à bénéficier de la garantie en raison du non respect des obligations contractuelles par le Participant ou l'Entreprise.

DÉLAI DE DÉCLARATION

Délai durant lequel l'Entreprise ou le Participant doit déclarer le sinistre pour obtenir une éventuelle prise en charge.

DÉLAI DE FRANCHISE

Période débutant à la date d'hospitalisation ou de l'arrêt de travail prescrit par un médecin, au cours de laquelle la garantie ne s'applique pas.

ENTREPRISE OU ADHÉRENTE

Personne morale qui souscrit le contrat pour le compte de son personnel, qui s'engage à verser les cotisations et dont le représentant habilité signe l'adhésion.

GARANTIE

Engagement de l'Institution, en contrepartie d'une cotisation convenue d'avance, à verser une prestation à l'occasion d'un sinistre au cours d'une période déterminée.

MALADIE

Toute altération de santé constatée par une autorité médicale et ouvrant droit aux prestations en espèces du régime général de la Sécurité sociale française ou de la Mutualité Sociale Agricole.

PARTICIPANT

Membre du personnel de l'Entreprise relevant de la catégorie de personnel assurée.

PRESTATION

Exécution de la garantie par l'Institution. La prestation se caractérise, selon les cas, par le versement d'un capital, d'une rente, ou d'indemnités journalières.

SINISTRE

Réalisation de l'événement susceptible de mettre en jeu la garantie du contrat.

RÉGIME DE MENSUALISATION

Application des obligations de maintien de salaire de l'employeur, souscrit par l'entreprise en faveur de son personnel, ainsi qu'éventuellement de celui de ses filiales et établissements.

Généralités

VOTRE AFFILIATION

Les contrats intitulés « régime de mensualisation n° L107 » et « régime de prévoyance complémentaire n° L108 », dont vous bénéficiez, souscrits par votre employeur auprès de KLESIA Prévoyance, Institution de Prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale dont le siège est situé 4-22 rue Marie-Georges Picquart - 75017 Paris, sont collectifs et obligatoires pour l'ensemble des salariés appartenant à l'effectif de la catégorie affiliée.

Vous devez donc être affilié dès la souscription de ces contrats par votre entreprise pour la catégorie de personnel dont vous faites partie ou postérieurement dès votre appartenance à cette catégorie.

Le détachement de personnel salarié à l'étranger, y compris dans l'Union Européenne, est une modification de la nature du risque. Il en est de même pour certaines missions temporaires dans les pays à risque tels que définis par le Ministère des Affaires Étrangères. **Ces populations doivent faire l'objet d'une déclaration préalable à l'Institution qui déterminera des conditions tarifaires et des garanties spécifiques.**

ENTRÉE EN VIGUEUR DES GARANTIES

En cours de contrats

Les garanties prennent effet, si vous êtes un nouveau salarié ou un salarié promu dans la catégorie assurée, à compter du jour de votre embauche ou de votre entrée dans la catégorie assurée, si la déclaration en est faite à l'Institution dans les quatre-vingt-dix jours.

En cas de modification des garanties de l'entreprise

Toute modification des garanties ne vise que les sinistres dont la date de survenance est postérieure à la date d'effet de la modification.

Elle est donc sans effet sur les prestations en cours de service.

Risques garantis

L'Institution couvre des risques auxquels sont associées des garanties décrites dans la présente notice d'information, et dont le niveau de prestations est précisé sur le récapitulatif des garanties en annexe.

Régime de mensualisation - Contrat n° L107

- Le risque **incapacité de travail** (garantie : indemnités journalières)

Régime de prévoyance complémentaire Contrat n° L108

- Le risque **décès** (garanties en capital ou en rente).
- Le risque **invalidité absolue et définitive** (garantie en capital).
- Le risque **incapacité de travail** (garantie : indemnités journalières).
- Le risque **invalidité** (garantie : rente d'invalidité).

Risques Décès et IAD (invalidité absolue et définitive)

DÉFINITION DE LA SITUATION FAMILIALE

Pour la détermination de votre situation familiale prise en compte pour la mise en œuvre des garanties, l'Institution prend en considération les personnes suivantes.

Définition du conjoint

Votre conjoint judiciairement non séparé de corps ; par conjoint on entend la personne qui vous est liée par le mariage ou par un Pacte Civil de Solidarité (PACS).

Définition du concubin

Est considérée comme votre concubin la personne respectant les critères cumulatifs suivants :

- elle vit sous le même toit que vous ;
- elle est libre de tout lien conjugal et de lien par PACS ;
- vous êtes libre de tout lien conjugal et de lien par PACS ;
- le concubinage dure depuis plus de deux ans et peut être justifié ; cette durée n'est pas exigée si un enfant est né du couple.

Définition des enfants à charge

Sont réputés à charge du Participant, les enfants reconnus ou adoptés, ainsi que ceux de son conjoint, à condition que le Participant ou son conjoint ait l'enfant en résidence ou s'il s'agit d'enfants du Participant, que celui-ci participe effectivement à leur entretien par le service d'une pension alimentaire.

Les enfants ainsi définis doivent être :

- âgés de moins de 18 ans ;
- âgés de plus de 18 ans et de moins de 26 ans ;
 - s'ils poursuivent leurs études et sont inscrits à ce titre au régime de la Sécurité sociale
 - ou de la Mutualité Sociale Agricole des étudiants ;
 - ou sont à la recherche d'un premier emploi et inscrits à ce titre à Pôle Emploi ;
 - ou sont sous contrat d'apprentissage ;
 - ou s'ils se livrent à une activité rémunérée leur procurant un revenu inférieur au RSA mensuel.
- Quel que soit leur âge, s'ils sont infirmes et titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article 173 du code de la famille, à condition que l'état d'invalidité soit survenu avant leur 18^e anniversaire.

Les enfants nés ou à naître dans les 300 jours suivant le décès du Participant sont considérés comme à charge.

Garanties Décès avec versement en capital

GARANTIE DÉCÈS « TOUTES CAUSES »

Cette garantie a pour objet le paiement d'un capital en cas de décès du Participant, quelle qu'en soit la cause. Le capital garanti comprend un capital de base, auquel s'ajoutent éventuellement des majorations dépendant de la situation de famille du Participant.

Montant du capital garanti

Le montant du capital garanti est défini en pourcentage du traitement de base et en fonction de votre situation familiale au jour du décès, selon les bases de calcul définies dans le récapitulatif des garanties en annexe.

Le capital de base est versé au(x) bénéficiaire(s) défini(s) au paragraphe « Bénéficiaires ».

Les majorations du capital résultant de votre situation de famille sont versées aux personnes (conjoint, ou concubin, ou enfants à charge) en considération desquelles elles sont prévues, ou à leur tuteur légal.

Si les bénéficiaires du capital ne sont pas votre conjoint, votre concubin, ou vos enfants à charge, les majorations du capital résultant de la situation de famille ne sont pas versées.

Concernant les majorations pour enfants à charge, si le bénéficiaire du capital n'assume pas effectivement la charge des enfants pris en considération pour le calcul des majorations, elles sont versées directement aux enfants à charge par parts égales entre eux ou à leur tuteur.

Bénéficiaires

Lors de votre affiliation et pendant toute la durée de celle-ci, vous avez la possibilité de désigner le ou les bénéficiaires du capital à verser en cas de décès.

Cette désignation particulière peut être effectuée sur le formulaire spécifique de l'Institution intitulé « Bulletin de Désignation du Bénéficiaire de l'Assurance Décès ». La désignation peut également être effectuée par acte sous seing privé ou par acte authentique mentionnant de façon expresse le capital décès. Lorsque le bénéficiaire est nommément désigné, vous pouvez préciser les coordonnées de celui-ci, qui seront utilisées par l'Institution en cas de décès.

Vous pouvez modifier cette clause de désignation à tout moment. Toutefois, la désignation devient irrévocable en cas d'acceptation écrite du bénéficiaire, expressément notifiée à l'Institution, faute de quoi elle ne lui sera pas opposable. Cette désignation acceptée arrêtera de produire ses effets lorsque vous sortirez des effectifs assurés et/ou si le contrat est résilié.

Sauf désignation particulière expresse dûment notifiée par vous-même à l'Institution, le capital de base est payable :

- à votre conjoint, tel que défini précédemment ;
- à votre concubin, tel que défini précédemment ;
- à défaut, à vos enfants, vivants ou représentés, par parts égales entre eux ;
- à défaut, à vos ascendants, par parts égales entre eux ;
- à défaut, à vos héritiers.

Dans l'hypothèse où le(s) bénéficiaire(s) désigné(s) décède(nt) avant le Participant, le capital sera attribué dans l'ordre défini ci-dessus en l'absence de désignation.

Règlement du capital et conséquence sur les autres garanties

Les bénéficiaires doivent, en tout état de cause, justifier de leur qualité de bénéficiaire au jour du décès.

Le décès met fin à l'ensemble des garanties dont vous bénéficiez sauf la garantie double effet si votre conjoint vous survit, sous réserve que le contrat soit toujours en vigueur.

GARANTIE INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE (« IAD »)

La garantie a pour objet le paiement anticipé du capital décès au Participant en état d'Invalidité Absolue et Définitive, si lui ou son représentant légal en fait la demande dans les six mois suivant la notification de la Sécurité sociale ou de la Mutualité Sociale Agricole, sauf en cas de force majeure.

Le capital est versé en une seule fois au Participant ou au tuteur légal désigné. Son montant est indiqué sur le récapitulatif des garanties en annexe.

Le Participant en état d'Invalidité Absolue et Définitive est classé par la Sécurité sociale ou la Mutualité Sociale Agricole dans la troisième catégorie des invalides, ou perçoit une rente au titre des accidents du travail ou maladies professionnelles au taux de 100 %.

Contrôle médical

Si vous êtes invalide, L'Institution se réserve le droit de vous faire examiner à ses frais par un médecin qu'elle mandate à cet effet. En cas de désaccord entre votre médecin et le médecin de L'Institution, les parties en présence désigneront d'un commun accord, dans un délai d'un mois, un troisième médecin pour les départager. Les honoraires du troisième médecin seront pris en charge par moitié par chacune des parties. À défaut d'entente, la désignation sera faite à la requête de la partie la plus diligente, par le président du Tribunal de Grande Instance de votre domicile. **Si vous refusez de vous soumettre à cet examen, L'Institution se réserve le droit de suspendre le paiement du capital. De même si votre état d'invalidité n'est pas confirmé, L'Institution ne versera pas la prestation.**

Conséquence sur les autres garanties

Le paiement anticipé du capital décès entraîne la cessation immédiate de toutes les garanties dont vous bénéficiez, sauf la garantie double effet et les garanties de rente en cas de décès.

GARANTIE « DOUBLE EFFET »

La garantie a pour objet le versement d'un capital en cas de décès du conjoint, avant l'âge de 60 ans, simultanément ou postérieurement à celui du Participant, à condition qu'il reste au moins un enfant du Participant ou du conjoint tel que défini au paragraphe « Définition de la situation familiale », à charge du conjoint lors de son décès.

Le montant du capital « double effet » est défini sur le récapitulatif des garanties souscrites. Il est versé par parts égales à vos enfants ou à ceux de votre conjoint, encore à charge lors du décès de votre conjoint, ou à leur tuteur.

Cessation de la garantie

La garantie cesse à la date de remariage de votre conjoint ou de la signature par celui-ci d'un nouveau PACS, ou lorsque votre conjoint atteint son 60^e anniversaire.

Garanties Décès avec versement sous forme de rente

GARANTIE « RENTE ÉDUCATION »

Cette garantie a pour objet d'assurer le service d'une rente aux enfants à charge du participant tels que définis au paragraphe « Définition de la situation familiale », en cas de décès ou d'Invalidité Absolue et Définitive du Participant pendant la période de garantie.

Le montant de la rente, exprimé en pourcentage du traitement de base, figure sur le récapitulatif des garanties souscrites.

La rente éducation est servie à partir du premier jour du mois civil qui suit le décès du Participant ou la mise en invalidité absolue et définitive, jusqu'à l'expiration du mois au cours duquel l'enfant a cessé d'être considéré comme à charge au sens du paragraphe « définition des enfants à charge », et au plus tard jusqu'au premier jour du mois civil suivant son 26^e anniversaire, peu importe que l'Entreprise soit encore adhérente ou non à L'Institution.

La rente est réglée mensuellement, à terme échu. Le paiement est effectué à la personne ayant la charge effective de l'enfant si ce dernier est mineur, à l'enfant lui-même s'il est majeur, à défaut au tuteur légal.

La rente éducation est revalorisable conformément aux dispositions du paragraphe « Revalorisation des prestations ».

GARANTIE « RENTE TEMPORAIRE DE CONJOINT »

Cette garantie a pour objet le paiement d'une rente au conjoint survivant en cas de décès du Participant.

Le montant de la rente est exprimé en pourcentage du traitement de base, la formule de calcul de son montant figure sur le récapitulatif des garanties souscrites.

La rente est servie à partir du premier jour du mois civil qui suit le décès du Participant et jusqu'à la date d'effet d'une éventuelle pension de réversion et au plus tard jusqu'à l'âge légal d'ouverture du droit à la pension de retraite du bénéficiaire, peu importe que l'Entreprise soit encore adhérente ou non à l'Institution. En cas de nouvelle union, le service de la rente s'interrompt à la fin du mois au cours duquel le conjoint s'est remarié ou a contracté un nouveau PACS.

La rente est réglée mensuellement, à terme échu.

La rente temporaire de conjoint est revalorisable conformément aux dispositions du paragraphe « revalorisation des prestations ».

GARANTIE « RENTE VIAGÈRE DE CONJOINT »

Cette garantie a pour objet le paiement d'une rente viagère au conjoint survivant en cas de décès du Participant.

Le montant de la rente est exprimé en pourcentage du traitement de base, la formule de calcul de son montant figure sur le récapitulatif des garanties souscrites.

La rente est servie à partir du premier jour du mois civil qui suit le décès du Participant, peu importe que l'Entreprise soit encore adhérente ou non à l'Institution. En cas de nouvelle union, le service de la rente s'interrompt à la fin du mois au cours duquel le conjoint s'est remarié ou a contracté un nouveau PACS.

La rente est réglée mensuellement, à terme échu.

La rente viagère de conjoint est revalorisable conformément aux dispositions du paragraphe « Revalorisation des prestations ».

Risques Incapacité de travail et Invalidité

GARANTIE « INCAPACITÉ DE TRAVAIL » dans le cadre du régime de mensualisation du contrat n° L107 et du régime de prévoyance complémentaire du contrat n° L108

Cette garantie a pour objet d'assurer au Participant en incapacité totale temporaire de travail qui perçoit des prestations en espèces de la Sécurité sociale ou de la Mutualité Sociale Agricole, au titre de l'assurance maladie, accident du travail, ou maladie professionnelle, le paiement d'indemnités journalières.

Montant des prestations

Le montant des indemnités journalières, fixé en pourcentage du traitement de base, figure sur le récapitulatif des garanties souscrites.

Le traitement de base journalier est obtenu en divisant par trois cent soixante-cinq le traitement annuel de base des prestations. Le paiement des indemnités est effectué en mois calendaires.

En cas de modification des dispositions du régime général de la Sécurité sociale ou de la Mutualité Sociale Agricole, l'Institution pourra être amenée à adapter en conséquence le montant des cotisations et des prestations, dès la date d'entrée en vigueur de ces modifications.

Reprise partielle d'activité

En cas de reprise du travail à temps partiel, et à condition que la Sécurité sociale ou la Mutualité Sociale Agricole maintienne le paiement de ses prestations en espèces, les indemnités journalières versées par l'Institution sont réduites à due proportion.

Clause de plafonnement

Le total des prestations que vous percevez au titre de la Sécurité sociale ou de la Mutualité Sociale Agricole, des indemnités journalières servies par l'Institution ou de tout autre contrat de prévoyance, du salaire perçu par vous-même au titre de votre employeur ou de nouveaux employeurs, et de la législation sur le chômage, ne saurait vous conduire à percevoir plus que votre revenu d'activité pris en compte pour le calcul des prestations avant la survenance du sinistre.

Revalorisation

Les indemnités journalières servies dans le cadre du Régime de prévoyance complémentaire contrat n° L108 sont revalorisables conformément aux dispositions du paragraphe « revalorisation des prestations ».

Mode et durée du versement des prestations

Les indemnités journalières sont réglées à votre employeur, tant que votre contrat de travail y compris pendant votre arrêt de travail n'est pas rompu, à charge pour lui de vous les reverser, nettes des cotisations salariales.

Après rupture du contrat de travail, elles vous sont versées directement.

Franchise

Les indemnités journalières sont versées à l'expiration du délai de franchise indiqué sur le récapitulatif des garanties en annexe.

Rechute

Est qualifié de rechute tout arrêt de travail ayant donné lieu à une prise en charge par l'Institution sous forme d'une indemnité journalière (Régime de mensualisation du contrat n° L107 et Régime de prévoyance complémentaire du contrat n° L108) ou d'une rente (Régime de prévoyance complémentaire du contrat n° L108), et reconnu comme tel par la Sécurité sociale ou la Mutualité Sociale Agricole.

Contrôle médical

L'Institution se réserve le droit de vous faire examiner à ses frais par un médecin qu'elle mandate à cet effet. En cas de désaccord entre votre médecin et le médecin de l'Institution, les parties en présence désigneront d'un commun accord, dans un délai d'un mois, un troisième médecin pour les départager. Les honoraires du troisième médecin seront pris en charge par moitié par chacune des parties. À défaut d'entente, la désignation sera faite à la requête de la partie la plus diligente, par le Président du Tribunal de Grande Instance de votre domicile. **Si vous refusez de vous soumettre à cet examen, l'Institution se réserve le droit de suspendre le paiement des prestations. De même si l'arrêt de travail n'est pas justifié, l'Institution cessera le service des prestations, cela même en cas d'indemnisation par la Sécurité sociale ou par la Mutualité Sociale Agricole.**

Cessation du versement des prestations

Les prestations sont servies tant que vous bénéficiez de prestations en espèces de la Sécurité sociale ou de la Mutualité Sociale Agricole, au titre de l'assurance maladie, accident du travail, maladie de longue durée ou maladie professionnelle et cessent au plus tard :

- au 1095^e jour d'arrêt de travail ;
- à la date d'attribution d'une pension d'invalidité par la Sécurité sociale ou la Mutualité Sociale Agricole ;
- à la date d'attribution de votre pension vieillesse de la Sécurité sociale ou la Mutualité Sociale Agricole, sauf situation de poursuite d'une activité salariée au sein de l'Entreprise ;
- en cas de contrôle médical concluant à un arrêt de travail non justifié ou en cas de refus de contrôle médical ;
- au jour de votre décès.

GARANTIE « INVALIDITÉ »

Cette garantie a pour objet le paiement d'une rente, lorsque vous percevez de la Sécurité sociale ou la Mutualité Sociale Agricole, une pension d'invalidité de 1^{ère}, 2^e ou 3^e catégorie, ou une rente d'accident du travail ou de maladie professionnelle avec un taux d'incapacité permanente au moins égal à 66 % correspondant à une rente servie par la Sécurité sociale ou la Mutualité Sociale Agricole, calculée au taux de 49 %.

Montant des prestations

Le montant de la rente est indiqué sur le récapitulatif des garanties en annexe :

- pour les Participants classés en 1^{ère} catégorie d'invalides de la Sécurité sociale ou de la Mutualité Sociale Agricole ;
- pour les Participants classés en 2^e et 3^e catégories d'invalides de la Sécurité sociale ou de la Mutualité Sociale Agricole.

Le montant initial de la rente est fixé en pourcentage du traitement de base, sous déduction de la prestation brute (hors majoration pour tierce personne ou prestation complémentaire pour recours à tierce personne pour la 3^e catégorie) versée par la Sécurité sociale ou la Mutualité Sociale Agricole.

En cas d'invalidité résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle dans le cadre de l'activité de l'Entreprise, si le taux d'incapacité permanente déterminé par la Sécurité sociale ou la Mutualité Sociale Agricole, est supérieur ou égal à 66 % correspondant à une rente servie par la Sécurité sociale ou la Mutualité Sociale Agricole, calculée au taux de 49 % le montant de la rente est identique à celui versé aux invalides de 2^e ou 3^e catégorie .

Aucune rente n'est versée si le taux d'incapacité permanente est inférieur à 66 % correspondant à une rente servie par la Sécurité sociale ou la Mutualité Sociale Agricole calculée au taux de 49 %.

En cas de modification des dispositions du régime général de la Sécurité sociale ou de la Mutualité Sociale Agricole, l'Institution pourra être amenée à adapter en conséquence le montant des cotisations et des prestations, dès la date d'entrée en vigueur de ces modifications.

Clause de plafonnement

Le total des prestations que vous percevez au titre de la Sécurité sociale ou de la Mutualité Sociale Agricole, des rentes d'invalidité servies

par l'Institution ou de tout autre contrat de prévoyance, du salaire perçu par vous-même au titre de votre employeur ou de nouveaux employeurs, et de la législation sur le chômage, ne saurait vous conduire à percevoir plus que votre revenu d'activité pris en compte pour le calcul des prestations avant la survenance du sinistre.

Revalorisation

La rente d'invalidité est revalorisable conformément aux dispositions du paragraphe « revalorisation des prestations ».

Mode et durée du versement des prestations

La rente d'invalidité vous est réglée directement chaque mois, à terme échu. Le paiement de la rente est effectué en mois calendaires.

Contrôle médical

L'Institution se réserve le droit de vous faire examiner à ses frais par un médecin qu'elle mandate à cet effet. En cas de désaccord entre votre médecin et le médecin de l'Institution, les parties en présence désigneront d'un commun accord, dans un délai d'un mois, un troisième médecin pour les départager. Les honoraires du troisième médecin seront pris en charge par moitié par chacune des parties. À défaut d'entente, la désignation sera faite à la requête de la partie la plus diligente, par le président du tribunal de Grande Instance de votre domicile. **Si vous refusez de vous soumettre à cet examen, l'Institution se réserve le droit de suspendre le paiement de la rente. De même si l'état d'invalidité n'est pas confirmé, l'Institution cessera le versement de la rente d'invalidité.**

Cessation du versement des prestations

La rente d'invalidité est servie, dès la notification de l'état d'invalidité par la Sécurité sociale ou la Mutualité Sociale Agricole, et au plus tôt à l'expiration du délai de franchise de la garantie incapacité de travail, pendant toute la durée de votre invalidité.

Elle cesse au plus tard :

- lorsque vous n'êtes plus reconnu invalide par la Sécurité sociale ou la Mutualité Sociale Agricole, ou ne percevez plus de rente d'accident du travail ou de maladie professionnelle de la Sécurité sociale ou de la Mutualité Sociale Agricole ;
- à la date de transformation de la pension invalidité de la Sécurité sociale ou de la Mutualité Sociale Agricole, en pension vieillesse ;

- en tout état de cause à la date de liquidation de vos droits au titre de l'assurance vieillesse de la Sécurité sociale ou de la Mutualité Sociale Agricole, lorsque vous percevez une rente d'incapacité permanente d'accident du travail ou de maladie professionnelle de la Sécurité sociale ou de la Mutualité Sociale Agricole ;
- en cas de contrôle médical ne confirmant pas l'état d'invalidité ou en cas de refus de contrôle médical ;
- au jour de votre décès.

Bases de calcul des prestations

MODIFICATION DES GARANTIES ET DES TAUX DE COTISATION

Les garanties et les taux de cotisation définis au contrat sont établis en fonction de la législation et de la réglementation en vigueur au moment de sa prise d'effet.

Ils pourront être révisés sans délai, en tout ou partie, en cas de changement de ces textes. Jusqu'à la date d'effet des nouvelles conditions, les garanties resteront acquises sur la base définie par le contrat avant cette date.

TRAITEMENT ANNUEL DE BASE DES PRESTATIONS

Contrat n° L107 Régime de mensualisation

Le traitement de base servant au calcul des prestations est égal au total de la rémunération nette à payer globale perçue ou reconstituée en cas d'arrêt de travail, au cours des douze derniers mois d'activité précédant celui du sinistre, y compris les primes et les éléments variables, limitées aux tranches soumises à cotisation.

Contrat n° L108 Régime de prévoyance complémentaire

Le traitement de base servant au calcul des prestations est égal au total de la rémunération brute globale perçue ou reconstituée en cas d'arrêt de travail, au cours des douze derniers mois d'activité précédant celui du sinistre, y compris les primes et les éléments variables, limitées aux tranches soumises à cotisation.

Le traitement de base se décompose comme suit :

Tranche A

Fraction de la rémunération limitée au montant du salaire plafond annuel de la Sécurité sociale.

Tranche B

Fraction de la rémunération supérieure au montant du salaire plafond annuel de la Sécurité sociale et inférieure ou égale à quatre fois ce même plafond.

Salariés ayant moins de douze mois complets d'assurance

Dans ce cas, le traitement annuel de base est celui déclaré par l'Entreprise pour le Participant à l'Institution à l'occasion de la mise en place du présent contrat, ou à la date d'embauche. À ce traitement s'ajoute éventuellement l'ensemble des gratifications, primes et rappels effectivement perçus.

Dans tous les cas, les salaires considérés pour la détermination du traitement annuel sont ceux déclarés à l'Institution à la date de survenance du sinistre. En conséquence, ne seront notamment pas prises en considération les rectifications de déclarations de salaire ou les déclarations de gratifications, primes ou rappels, faites postérieurement à la date de survenance du sinistre.

REVALORISATION DES PRESTATIONS

Les dispositions prévues au paragraphe ci-dessous ne s'appliquent qu'aux garanties souscrites au titre du Régime de prévoyance complémentaire prévu par le contrat n° L108.

Chaque année, le Conseil d'Administration de l'Institution décide, en fonction des résultats de l'Institution, de procéder éventuellement à une revalorisation des prestations en cours, en fixant, le cas échéant, un taux de revalorisation qui s'applique aux prestations servies dans le cadre de la présente notice d'information. Ce taux de revalorisation s'applique également au traitement servant de base au calcul des garanties décès et annexes maintenues pour les personnes en arrêt de travail.

Les prestations servies au titre des risques incapacité de travail et invalidité sont revalorisables dans l'année suivant le 1^{er} anniversaire de l'arrêt continu de travail.

Les rentes servies au titre des risques Décès et annexes sont revalorisables à compter du 1^{er} anniversaire du décès du Participant.

Le traitement servant de base au calcul des garanties maintenues au titre des garanties Décès et annexes est revalorisable dans l'année suivant le 1^{er} anniversaire de l'arrêt continu de travail.

Conditions de mise en œuvre des garanties

ÉVÉNEMENTS EXCLUS

RISQUE DÉCÈS

(garanties en capital ou en rente)

Les garanties en cas de décès prévues sur le récapitulatif des garanties en annexe ne sont pas couvertes si le décès résulte :

- directement ou indirectement de la désintégration du noyau atomique ;
- du suicide du Participant au cours de la première année d'affiliation à un contrat d'assurance collective garantissant le risque Décès ;
- de faits de guerre lorsque la France est partie belligérante, sauf conditions particulières qui seraient déterminées par la législation à intervenir concernant les assurances sur la vie en temps de guerre.

En cas de guerre, la couverture ne pourra être accordée que dans les conditions déterminées par la législation française sur les assurances sur la vie en temps de guerre.

RISQUES IAD, INCAPACITÉ DE TRAVAIL ET INVALIDITÉ

Les garanties prévues au contrat en cas de réalisation de l'un de ces risques ne sont pas couvertes si la réalisation du risque résulte :

- du fait volontaire ou intentionnel du bénéficiaire ou du Participant ;
- de faits de guerre lorsque la France est partie belligérante, sauf conditions particulières qui seraient déterminées par la législation à intervenir concernant les assurances sur la vie en temps de guerre ;
- de vols effectués à bord d'un appareil non muni d'un certificat valable de navigabilité ou piloté par une personne non pourvue d'un brevet de pilote valable pour l'appareil utilisé ou ayant une licence périmée, ce pilote pouvant être le Participant lui-même ;
- de la pratique du parachutisme ou du parachutisme ascensionnel ou du parapente, du pilotage d'un appareil « Ultra Léger Motorisé » (ULM) et de tout appareil non homologué ;
- de la pratique de sports qui ne disposent pas d'une fédération sportive et donc non reconnus par le Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports ;
- de la pratique d'un sport à titre professionnel ;

- de la participation en tant que concurrent ou passager à des compétitions, démonstrations, acrobaties ou tentatives de records pratiquées avec des engins à moteur ;
- d'insurrection populaire, d'émeute, de rixe, d'acte de terrorisme dans lesquels le Participant a pris une part active, étant précisé que les cas de légitime défense et d'assistance à personne en danger sont garantis, à charge pour le bénéficiaire d'en apporter la preuve ;
- de la constatation, au jour du sinistre, d'un taux d'alcoolémie du Participant égal ou supérieur au taux légal précisé par le Code de la Route ;
- de la constatation, au jour du sinistre, de l'usage par le Participant de stupéfiants ou de substances médicamenteuses en dehors des limites de prescriptions médicales ;
- directement ou indirectement de la désintégration du noyau atomique ;
- des conséquences de la manipulation volontaire d'engins de guerre ou d'explosifs dont la détention est interdite.

Par ailleurs, les incapacités de travail ou invalidités survenues pendant le congé légal ou conventionnel de maternité, de paternité ou d'adoption ne donnent lieu à aucun versement de prestations pendant la durée du congé. La durée dudit congé n'est pas prise en considération pour l'appréciation du délai de franchise.

De même, la pénalité prévue par l'article D 323-2 du code de la Sécurité sociale (réduction de 50 % des indemnités journalières afférentes à la période écoulée entre la date de prescription de l'arrêt de travail, ou de sa prolongation, et celle de son envoi à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie ou à la Mutualité Sociale Agricole, en cas de déclaration tardive) n'est pas prise en charge par l'Institution.

DÉLAI DE DÉCLARATION DU SINISTRE

Incapacité de travail et Invalidité

La déclaration de l'état d'incapacité temporaire totale de travail ou d'invalidité doit être faite à l'Institution par votre employeur ou à défaut par vous-même (contrat de travail rompu) dans les six mois suivant la date du début de cet état d'incapacité ou d'invalidité.

Invalidité Absolue et Définitive

La déclaration de l'invalidité doit être faite à l'Institution par votre employeur et par vous-même (contrat de travail rompu) dans les

six mois suivant la notification de la Sécurité sociale ou de la Mutualité Sociale Agricole, sauf en cas de force majeure.

DÉCLARATION TARDIVE ET DÉCHÉANCE

Déclaration tardive

En cas de déclaration tardive d'une incapacité de travail ou d'une invalidité, c'est-à-dire intervenant plus de six mois après la date du début de cet état d'incapacité ou d'invalidité, le point de départ de l'arrêt de travail retenu pour l'application de la garantie sera la date de réception de la déclaration par l'Institution ; le délai de franchise retenu commence à courir à compter de cette date.

Déchéance

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

FAUSSE DÉCLARATION - PRESCRIPTION

Fausse déclaration

Les garanties sont annulées en cas de fausse déclaration intentionnelle ou de réticence, conformément aux dispositions de l'article L 932-7 du Code de la Sécurité sociale. Dans ce cas, les cotisations payées demeurent acquises à l'Institution.

Prescription

Toutes actions susceptibles d'être intentées par votre employeur, vous-même, vos ayants droit ou l'Institution sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Institution en a eu connaissance ;
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque là.

La prescription est portée à :

- cinq ans en ce qui concerne les prestations relatives au risque incapacité de travail ;
- dix ans pour les prestations relatives au risque décès.

Pièces à fournir pour le règlement des prestations

Après réception complète des pièces justificatives mentionnées ci-après, les prestations incapacité de travail et invalidité sont versées dans les quinze jours ouvrés, les capitaux et les rentes décès dans les trente jours ouvrés.

RISQUES DÉCÈS ET IAD (invalidité absolue et définitive)

Les prestations sont versées après remise des pièces suivantes :

- une demande de règlement de prestations dûment remplie ;
- une copie intégrale et lisible du livret de famille du ou des bénéficiaire(s) mentionnant le décès ;
- la copie lisible de la carte vitale ou autre document indiquant le numéro de Sécurité sociale du conjoint, du demandeur ou du (des) bénéficiaire(s) ;
- une copie lisible du dernier avis d'imposition ou de non imposition ;
- une copie lisible de la dernière déclaration fiscale ;
- une photocopie lisible recto-verso de la pièce d'identité du conjoint, du demandeur ou du (des) bénéficiaire(s) ;
- pour le partenaire lié par un PACS, une copie lisible de l'attestation d'inscription au registre du greffe du Tribunal d'instance du domicile du Participant, ou un extrait d'acte de naissance sur lequel figure la mention du PACS ;
- pour le concubin du Participant, une copie des deux avis d'imposition (du Participant et du concubin domiciliés à la même adresse) des deux années précédant le décès du Participant ;
- pour les enfants âgés de plus de 18 ans et de moins de 26 ans, justificatif de la poursuite de leurs études (certificats de scolarité et attestation de la Sécurité sociale des étudiants) et pour les enfants handicapés, justificatif de leur reconnaissance par l'administration fiscale comme étant à la charge du participant décédé ;
- pour les enfants, l'avis d'imposition ou une attestation du Trésor Public reconnaissant le rattachement d'enfants (avec dates de naissance) au foyer fiscal du Participant décédé au titre de l'année de survenance du décès ou de l'invalidité absolue et définitive ;
- les pièces supplémentaires énumérées ci-dessous.

Garanties Décès en capital ou en rente

Les pièces supplémentaires demandées sont :

- un extrait d'acte de naissance, de mariage et de décès du Participant ou, le cas échéant, du conjoint ou de l'enfant à charge ;
- pour les Participants mariés, une attestation sur l'honneur précisant s'il y a eu ou non jugement de séparation ou de non-conciliation ;
- un rapport médical précisant la cause du décès, à retourner dans l'enveloppe confidentielle à l'intention du Médecin Conseil.

Garantie IAD

Les pièces supplémentaires demandées sont :

- la notification d'attribution de la pension d'invalidité de la 3^e catégorie par la Sécurité sociale, ou d'inaptitude à 100 % en cas d'accident du travail.

RISQUES INCAPACITÉ DE TRAVAIL ET INVALIDITÉ

Les prestations sont versées après remise des pièces suivantes :

- une demande de règlement de prestations dûment remplie (au titre du régime de mensualisation ou du régime de prévoyance complémentaire selon le cas) ;
- la photocopie de l'arrêt de travail initial ainsi que les prolongations correspondantes ;
- les bordereaux de paiement de prestations de la Sécurité sociale ou de la Mutualité Sociale Agricole depuis le début de l'arrêt de travail ;
- les pièces supplémentaires énumérées ci-dessous.

Garantie Incapacité de travail

Les pièces supplémentaires demandées, au titre du régime de mensualisation ou du régime de prévoyance complémentaire selon le cas, sont :

- les attestations de salaires réellement versés en cas de reprise partielle d'activité, ou les attestations de versement des allocations du Pôle Emploi ou de tout autre organisme.

Garantie Invalidité

Les pièces supplémentaires demandées sont :

- la photocopie de la notification de la pension d'invalidité par la Sécurité sociale ou de la rente d'accident du travail ou maladie professionnelle ;
- le justificatif du versement de la pension d'invalidité ainsi qu'une attestation sur l'honneur de non reprise d'activité ou de perception d'un autre revenu ;

- les attestations de salaires réellement versés en cas de reprise partielle d'activité, ou les attestations de versement des allocations du Pôle Emploi ou de tout autre organisme ;
- en cas de rupture du contrat de travail, une photocopie du certificat de travail précisant la date à laquelle a eu lieu la rupture, cette date devant tenir compte éventuellement des congés payés et du préavis ;
- l'avis d'imposition du Participant si ce Participant est non imposable ou d'imposition égale à zéro ;
- le relevé d'identité bancaire du Participant.

COMMUNICATION - RÉCLAMATION - MÉDIATION

Droit d'accès et de rectification

Votre entreprise et vous-même êtes protégés par la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition pour tout motif légitime et de suppression de toute information vous concernant qui figurerait sur le fichier à l'usage de l'Institution, de ses mandataires, et de ses réassureurs.

Le droit d'accès et de rectification peut être exercé à l'adresse suivante :

Service INFO CNIL

174 rue de Charonne - 75128 Paris Cedex 11

accompagné d'une copie d'un titre d'identité en cours de validité ou par mail à l'adresse suivante :

info.cnil@klesia.fr

Réclamation et médiation

Pour toute réclamation relative au fonctionnement du contrat, votre entreprise ou vous-même devez l'adresser en priorité à l'Institution :

par courrier : Service Satisfaction Clients (SSC)
4-22 rue Marie-Georges Picquart - 75017 Paris

par téléphone : au 01 71 39 15 15
du lundi au vendredi de 9 heures à 18 heures

par courriel : www.klesia.fr

Après épuisement des voies internes de réclamation, et sans préjudice du droit d'exercer un recours contentieux, votre entreprise, vous-même ainsi que vos bénéficiaires ou ayants-droit, pouvez, afin de trouver une issue amiable au différend vous opposant à l'Institution, vous adresser par courrier au Médiateur du CTIP à l'adresse suivante :

10 rue Cambacérès - 75008 Paris

Suspension, cessation et maintien des garanties

SUSPENSION DES GARANTIES

Les garanties sont suspendues de plein droit lorsque aucune rémunération ou aucune indemnité journalière complémentaire financée au moins pour partie par votre employeur n'est versée par votre entreprise, si vous êtes par exemple dans un des cas suivants :

- congé sabbatique visé aux articles L 3142-91 et suivants du Code du Travail ;
- congé parental d'éducation visé aux articles L 1225-47 et suivants du Code du Travail ;
- congé pour création d'entreprise visé aux articles L 3142-78 et suivants du Code du Travail ;
- ou tout autre motif de suspension du contrat de travail non rémunéré.

La suspension des garanties intervient à la date où vous avez effectivement cessé votre travail dans votre entreprise. Elle s'achève dès votre reprise effective du travail au sein de l'effectif assuré, sous réserve que l'Institution en soit informée dans un délai de trois mois suivant la reprise.

Un maintien des garanties décès pour les Participants dont le contrat de travail est suspendu peut être proposé, à titre onéreux, sur demande expresse de l'Entreprise auprès de l'Institution.

Les participants sous contrat à durée indéterminée à temps partiel annualisé ne seront pas couverts au titre des garanties arrêt de travail (maintien de salaire – relais au maintien de salaire – invalidité et incapacité permanente) pendant les périodes non travaillées et non rémunérées par l'OFFICE NATIONAL DES FORÊTS. Seuls les arrêts de travail intervenus antérieurement à cette période ou le premier jour de la reprise de l'activité professionnelle prévue à l'OFFICE NATIONAL DES FORÊT, seront indemnisés par KLESIA Prévoyance.

CESSATION DES GARANTIES

En cas de non-paiement des cotisations, conformément à l'article L 932-9 du Code de la Sécurité sociale, les garanties sont suspendues puis résiliées.

Les garanties cessent également :

- si vous cessez d'appartenir à la catégorie assurée ;
- si votre contrat de travail avec l'Adhérente est rompu, quelle qu'en soit la cause, sauf si celle-ci intervient dans un cadre faisant jouer une clause de maintien des garanties ;
- en cas de résiliation du contrat, à l'exception des maintiens de garanties décès prévus par la loi et décrits au paragraphe « maintien des garanties décès après résiliation » ;
- en cas d'attribution de votre pension vieillesse par la Sécurité sociale ou par la Mutualité Sociale Agricole, sauf situation de poursuite ou reprise d'une activité salariée au sein de l'Entreprise ;
- si vous venez à décéder, à l'exception de la garantie double effet si votre conjoint vous survit et que le contrat est toujours en vigueur ;
- en cas de cessation d'activité ou de disparition de votre entreprise.

APPLICATION DE L'ARTICLE 14 DE L'ACCORD NATIONAL INTERPROFESSIONNEL DU 11 JANVIER 2008, MODIFIÉ PAR L'AVENANT N°3 DU 18 MAI 2009

Les dispositions du paragraphe ci-dessous ne s'appliquent qu'aux garanties souscrites au titre du Régime de prévoyance complémentaire contrat n° L108 :

Maintien de la garantie en cas de rupture du contrat de travail indemnisée par l'assurance chômage

Dans les entreprises concernées par le présent dispositif et celles qui ont délibérément choisi de l'appliquer, en cas de rupture du contrat de travail indemnisée par l'assurance chômage, les anciens salariés peuvent bénéficier, à compter de la cessation du contrat de travail, du maintien de leurs garanties prévoyance pour une durée égale à celle de leur dernier contrat de travail, appréciée en mois entiers, dans la limite de neuf mois de couverture. Un salarié ayant travaillé moins d'un mois dans l'entreprise ne bénéficie pas de ce maintien.

L'ouverture des droits à portabilité est nécessairement accordée de manière globale.

Le bénéficiaire du maintien de ces garanties est subordonné à la condition que les droits à couverture complémentaire aient été ouverts chez le dernier employeur.

L'ancien salarié perd son droit au maintien de ses garanties prévoyance en cas de renonciation expresse, par écrit à l'ancien employeur, dans les dix jours suivant la rupture du contrat de travail.

Cette renonciation est définitive et concerne l'ensemble des garanties.

Il perd également son droit au maintien de ses garanties en cas de non-paiement de sa cotisation, dès qu'il retrouve un emploi, en cas de radiation des listes du Pôle emploi ou en cas de résiliation du contrat ou de l'adhésion.

Il s'engage à fournir à son ancien employeur la justification de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage, à l'informer de la cessation du versement des allocations du régime d'assurance chômage, et de la reprise d'un autre emploi, lorsque celles-ci interviennent au cours de la période de maintien des garanties, et y mettent ainsi fin.

L'Institution se réserve le droit de demander directement ces justificatifs aux anciens salariés.

Les droits garantis au titre de l'incapacité de travail ne peuvent conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période.

Mutualisation

Le financement de la portabilité est pris en charge par le régime des salariés en activité. L'ancien salarié indemnisé par l'assurance chômage n'a aucune cotisation à payer au moment de son départ de l'entreprise.

Dans le cadre d'un licenciement en nombre, soit plus de 20 % de l'effectif assuré sur une période de 60 jours, ou d'un Plan de Sauvegarde de l'Emploi (PSE), les salariés licenciés seront exclus du présent dispositif. Cependant, sur demande expresse de l'ancien employeur, l'Institution proposera des conditions spécifiques pour l'application de l'article de l'ANI.

CONSÉQUENCES DE LA RÉSILIATION DU CONTRAT

Les dispositions des paragraphes ci-dessous ne s'appliquent qu'aux garanties souscrites au titre du Régime de prévoyance complémentaire du contrat n° L108.

Maintien des prestations en cours après résiliation

Conformément aux dispositions de l'article 7 de la Loi 89-1009 du 31 décembre 1989, les prestations en cours de service, immédiates ou différées, à la date de résiliation sont maintenues à leur niveau atteint à cette date.

Par contre, aucune revalorisation des prestations en cours de service à la date de résiliation n'est effectuée par l'Institution ultérieurement.

Il appartient à votre entreprise, conformément aux dispositions de la Loi du 8 août 1994, de s'assurer de la poursuite de la revalorisation des prestations en cours de service à la date de résiliation ainsi que de la revalorisation des bases de calcul des différentes prestations relatives à la couverture du risque Décès, ces dernières étant au moins égales à celles déterminées par le contrat de l'organisme assureur qui a fait l'objet d'une résiliation.

MAINTIEN DES GARANTIES DÉCÈS APRÈS RÉSILIATION

Conformément aux dispositions de l'article 7-1 de la Loi 89-1009 introduit par la Loi du 17 juillet 2001, l'ensemble des garanties décès et annexes est maintenu pour les personnes bénéficiant, à la date de résiliation, de prestations en espèces au titre de l'incapacité de travail ou de l'invalidité, ou de rentes accident du travail ou maladie professionnelle et ce, tant qu'elles perçoivent des prestations de la Sécurité sociale, et au plus tard, jusqu'à la date de liquidation de la retraite de base de la Sécurité sociale.

MAINTIEN DES GARANTIES À TITRE INDIVIDUEL

Sous réserve d'en faire la demande avant la fin du délai de préavis de résiliation du contrat, les salariés peuvent obtenir, à titre individuel, le maintien de garanties équivalentes à celles du contrat, pour une durée maximale d'un an, et ce, sans délai de carence ou examen médical.

La cotisation définie par l'Institution est payable annuellement et d'avance par le Participant. Le certificat individuel d'admission comportera les garanties, leur date d'effet et le montant de la cotisation.

MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS D'ARRÊT DE TRAVAIL

Tant que vous êtes en arrêt de travail, vous continuez à bénéficier des garanties adoptées par votre entreprise dans le cadre du contrat souscrit, tant que ce dernier est en vigueur.

Votre entreprise est exonérée du paiement des cotisations vous concernant à compter de l'expiration du délai de franchise de la garantie Incapacité de travail.

Le maintien des garanties et l'exonération cessent :

- lorsque vous ne percevez plus de la Sécurité sociale de prestations en espèces au titre de l'Incapacité de travail ou de l'Invalidité ayant entraîné le maintien de garantie ;
- à la date de liquidation de votre retraite du régime général de la Sécurité sociale ou à la date de transformation de votre pension d'invalidité en pension vieillesse par la Sécurité sociale ;
- à la reprise totale d'activité ;
- en cas de résiliation du contrat, sous réserve des dispositions du chapitre précédent « Conséquences de la résiliation du contrat ».

Récapitulatif des garanties souscrites

CATÉGORIE DE PERSONNEL GARANTIE

L'ensemble des salariés de droit privé tel que visé par l'accord collectif national du 2 janvier 2002 en vigueur au sein de l'OFFICE NATIONAL DES FORÊTS, en activité, inscrit sur les contrôles de l'entreprise.

GARANTIES - MONTANT DES PRESTATIONS

1 RÉGIME DE MENSUALISATION CONTRAT N° L107

Garantie INCAPACITÉ DE TRAVAIL dans le cadre du maintien de salaire (régime de mensualisation)

Montant du maintien de salaire

Il est versé 100 % du traitement de base net TA /TB sous déduction des prestations nettes versées par la Sécurité sociale ou par la Mutualité Sociale Agricole, du 1^{er} jour au 180^e jour d'arrêt de travail.

En cas d'arrêt de travail résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, il est versé 100 % du traitement de base net TA / TB sous déduction des prestations nettes versées par la Sécurité sociale ou par la Mutualité Sociale Agricole, du 1^{er} jour au 360^e jour d'arrêt de travail.

La période de référence pour le versement des indemnités journalières est déterminée par année glissante, c'est-à-dire sur les douze mois précédant la date de l'arrêt de travail.

2 RÉGIME DE PRÉVOYANCE COMPLÉMENTAIRE - CONTRAT N° L108

Garantie DÉCÈS « TOUTES CAUSES »

Le montant du capital garanti, calculé en pourcentage du traitement de base, en fonction de la situation de famille du Participant au moment du décès du Participant est fixé à :

Célibataire, Veuf, Divorcé, sans enfant à charge	100 % du traitement de base TA / TB
Marié, pacsé, en concubinage, sans enfant à charge	150 % du traitement de base TA / TB
Tout Participant avec un enfant à charge	175 % du traitement de base TA / TB
Majoration par enfant à charge supplémentaire	25 % du traitement de base TA / TB

Garantie INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE « TOUTES CAUSES »

En cas d'invalidité absolue et définitive « toutes causes », il est versé par anticipation un capital égal à :

Quelle que soit la situation de famille du Participant	75 % du traitement de base TA / TB
--	------------------------------------

En cas de décès postérieur à l'invalidité absolue et définitive reconnue par la Sécurité sociale ou la Mutualité Sociale Agricole, et intervenant avant la mise à la retraite du Participant, versement d'un second capital égal à :

Quelle que soit la situation de famille du Participant	75 % du traitement de base TA / TB
--	------------------------------------

Garantie DOUBLE EFFET

Il est versé un capital égal à 100 % du capital décès « toutes causes ».

Garantie RENTE ÉDUCATION

La rente annuelle, calculée en fonction de l'âge de l'enfant au moment du décès ou de l'invalidité absolue et définitive du Participant, est fixée en pourcentage du traitement de base à :

Jusqu'à la veille du 11 ^e anniversaire	5 % du traitement de base TA / TB
Du 11 ^e anniversaire jusqu'à la veille du 18 ^e anniversaire	7 % du traitement de base TA / TB
Du 18 ^e anniversaire jusqu'à la veille du 26 ^e anniversaire	9 % du traitement de base TA / TB
1. Si poursuite d'études, recherche d'un premier emploi ou apprentissage.	

Le montant total annuel des rentes servies à l'ensemble des enfants à charge d'un Participant, ne peut dépasser le montant du traitement annuel de base des prestations défini au paragraphe « traitement annuel de base des prestations » de la présente notice. Si tel était le cas, le montant servi à chaque enfant serait réduit proportionnellement.

Garantie RENTE DE CONJOINT SURVIVANT

En cas de décès du Participant, il est versé :

Une garantie rente viagère de conjoint d'un montant annuel égal à :	$(65 - \text{âge du Participant au jour du décès}) \times 0,25 \% \text{ du traitement de base TA / TB}$
Une garantie rente temporaire de conjoint d'un montant annuel égal à :	$(\text{âge du Participant au jour du décès} - 25) \times 0,25 \% \text{ du traitement de base TA / TB}$

Garantie INCAPACITÉ DE TRAVAIL

Franchise

En relais du maintien de salaire prévu au contrat n° L107 :

- Le contrat n° L108 intervient dès que cesse les obligations de maintien de salaire (régime de mensualisation), prévues par le contrat n° L107.

Montant

Il est versé 75 % du traitement de base brut à payer TA /TB sous déduction des prestations brutes versées par la Sécurité sociale ou par la Mutualité Sociale Agricole.

Garantie INVALIDITÉ

En cas d'invalidité de 2^e ou 3^e catégorie, il est versé une prestation égale à 75 % du traitement de base brut à payer TA / TB sous déduction des prestations brutes versées par la Sécurité sociale ou la Mutualité Sociale Agricole.

En cas d'invalidité de 1^{ère} catégorie, le montant de la rente versée en cas d'invalidité de 2^e ou 3^e catégorie prévu ci-dessus, est réduit de 40 % .

Par ailleurs, en cas d'invalidité résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, l'indemnisation est égale à :

Taux d'incapacité permanente supérieur ou égal à 66 % correspondant à une rente servie par la Sécurité sociale ou la Mutualité Sociale Agricole, calculée au taux de 49 % :	le montant de la rente est égal à 75 % du traitement de base brut à payer TA / TB sous déduction des prestations brutes versées par la Sécurité sociale ou la Mutualité Sociale Agricole
Taux d'incapacité permanente inférieur à 66 % correspondant à une rente servie par la Sécurité sociale ou la Mutualité Sociale Agricole, calculée au taux de 49 % :	aucune rente n'est versée.

Annexe 1

LISTE DES ÉTABLISSEMENTS DE L'EPIC OFFICE NATIONAL DES FORETS BÉNÉFICIAIRE DES PRÉSENTES DISPOSITIONS

NOM	ADRESSE	SIRET	NIC
ONF Siège Service RH POF	2 avenue de Saint Mandé 75570 PARIS CEDEX 12	662 043 116	000 18
ONF Sud Ouest Service RH POF	9 rue Raymond Manaud 33524 BRUGES CEDEX	662 043 116	011 07
ONF Rhône Alpes Service RH POF	Hôtel des administrations 9 quai Créqui 38026 GRENOBLE CEDEX	662 043 116	004 89
ONF Franche Comté Service RH POF	14 rue Gabriel Plaçon – BP 51581 25010 BESANÇON CEDEX 3	662 043 116	033 01
ONF Lorraine Service RH POF	5 rue Girardet CS5219 54052 NANCY CEDEX	662 043 116	011 98
ONF Méditerranée Service RH POF	46 avenue Paul Cézanne 13097 AIX EN PROVENCE	662 043 116	013 05
ONF Martinique Service RH POF	78 route de Moutte BP 578 97207 FORT DE FRANCE CEDEX	662 043 116	022 12
ONF Centre-Ouest-Auvergne Limousin (COAL) Service RH POF	100 Boulevard De La Salle BP 18 45760 BOIGNY SUR BIONNE	662 043 116	030 20
ONF Corse Service RH POF	Résidence La Pietrina Avenue de la Grande Armée 20000 AJACCIO	662 043 116	024 93
ONF Guyanne Service RH POF	Réserve de Montabo BP 7002 97307 CAYENNE CEDEX	662 043 116	004 97
ONF Bourgogne-Champagne- Ardennes (BCA) Service RH POF	11 C rue René Char 21000 DIJON	662 043 116	037 31
ONF Guadeloupe Service RH POF	Jardin Botanique BP 648 97100 BASSE TERRE CEDEX	662 043 116	010 99
ONF Ile-de-France-Nord- Ouest Service RH POF	Boulevard de Constance 77300 FONTAINEBLEAU	662 043 116	014 53
ONF Réunion Service RH POF	Boulevard de la Providence CS 71072 97404 SAINT DENIS CEDEX	662 043 116	008 02
ONF Alsace Service RH POF	Cité administrative 14 rue du Maréchal Juin 67084 STRASBOURG CEDEX	662 043 116	003 23

000.823/14 - CRÉATION ET IMPRESSION ASSOCIATION DE MOYENS KLESIA

KLESIA Prévoyance
Institution de prévoyance régie par le code de la Sécurité sociale
Siège social : 4-22 rue Marie-Georges Picquart - 75017 Paris

KLÉSIA
Prévoyance