

Vos cotisations

Frais de Santé



CCN des organismes de tourisme

IDCC 1909

Tarifs en vigueur à compter du 01/01/2025

■ BASE OBLIGATOIRE* – Ensemble du personnel

TAUX DE COTISATIONS MENSUELLES En % du PMSS ⁽¹⁾	Régime général		Régime Alsace Moselle	
	Salarié	Conjoint	Salarié	Conjoint
Base conventionnelle	1,47 %	-	0,96 %	-
Base conventionnelle + option 1	1,76 %	-	1,25 %	-
Base conventionnelle + option 2	1,85 %	-	1,34 %	-

* Au choix de l'entreprise

■ GARANTIES FACULTATIVES au choix du salarié

En complément de la base conventionnelle obligatoire

TAUX DE COTISATIONS MENSUELLES En % du PMSS ⁽¹⁾	Régime général			Régime Alsace Moselle		
	Salarié	Conjoint	Enfant ⁽²⁾	Salarié	Conjoint	Enfant ⁽²⁾
Extension ayants droit sur base conventionnelle obligatoire	-	1,47 %	0,95 %	-	0,96 %	0,67 %
Cotisations supplémentaires salarié et ayants droit						
Option 1 facultative	+ 0,29 %	+ 0,29 %	+ 0,23 %	+ 0,29 %	+ 0,29 %	+ 0,23 %
Option 2 facultative	+ 0,38 %	+ 0,38 %	+ 0,31 %	+ 0,38 %	+ 0,38 %	+ 0,31 %

En complément de la base conventionnelle + option 1 obligatoire

TAUX DE COTISATIONS MENSUELLES En % du PMSS ⁽¹⁾	Régime général			Régime Alsace Moselle		
	Salarié	Conjoint	Enfant ⁽²⁾	Salarié	Conjoint	Enfant ⁽²⁾
Extension ayants droit sur base + option 1 obligatoire	-	1,76 %	1,18 %	-	1,25 %	0,90 %
Cotisations supplémentaires salarié et ayants droit						
Option 2 facultative	+ 0,09 %	+ 0,09 %	+ 0,08 %	+ 0,09 %	+ 0,09 %	+ 0,08 %

En complément de la base conventionnelle + option 2 obligatoire

TAUX DE COTISATIONS MENSUELLES En % du PMSS ⁽¹⁾	Régime général			Régime Alsace Moselle		
	Salarié	Conjoint	Enfant ⁽²⁾	Salarié	Conjoint	Enfant ⁽²⁾
Extension ayants droit sur base + option 2 obligatoire	-	1,85 %	1,26 %	-	1,34 %	0,98 %

(1) Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

(2) Gratuité à compter du 3^e enfant

APICIL PRÉVOYANCE

Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale.
Enregistrée au répertoire SIRENE N° 321 862 500

TSA 95568
69501 LYON CEDEX 03
www.apicil.com

Vos garanties

Régime complémentaire frais médicaux



CCN des organismes de tourisme

IDCC 1909

Les remboursements indiqués ci-dessous s'entendent en complément du remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des frais engagés. Les prestations présentées dans les options incluent les prestations servies au titre du régime conventionnel dit « Base seule ».

Ensemble du personnel

garanties en vigueur au 1^{er} janvier 2024

NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENTS		
	BASE SEULE	BASE + OPTION 1	BASE + OPTION 2
SOINS COURANTS			
Analyses et examens de laboratoire			
Analyses et examens de laboratoire	TM	TM	TM
Honoraires médicaux			
Consultations, visites et téléconsultations Généralistes :			
Praticiens conventionnés signataires de l'un des DPTM : OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	TM	50 % BR	100 % BR
Praticiens conventionnés non-signataires de l'un des DPTM : OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	TM	TM	80 % BR
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	TM	TM	80 % BR
Consultations, visites et téléconsultations spécialistes et professeurs, actes de petite chirurgie et actes techniques médicaux, actes d'imagerie et d'échographie :			
Praticiens conventionnés signataires de l'un des DPTM : OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	100 % BR	200 % BR	300 % BR
Praticiens conventionnés non-signataires de l'un des DPTM : OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	80 % BR	TM + 100 % BR	TM + 100 % BR
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	80 % BR	TM + 100 % BR	TM + 100 % BR
Honoraires paramédicaux :			
Auxiliaires médicaux - Professionnels de santé pris en charge par la Sécurité sociale : infirmiers, orthophonistes, orthoptistes, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens.	TM	TM	150 % BR
Psychologues pris en charge par la Sécurité sociale dans le cadre du dispositif « Mon soutien Psy » et dans la limite de 8 séances par et par bénéficiaire âgé de plus de 3 ans	TM	TM	TM
Médicaments :			
Pharmacie remboursée pour tout SMR	TM	TM	TM
Autres soins courants :			
Participation actes coûteux	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Transport pris en charge par la Sécurité sociale	TM	TM	TM
Matériel médical :			
Grand appareillage pris en charge par la Sécurité sociale - exemple : fauteuil roulant, lit médicalisé	TM	125 % BR	250 % BR
Petit appareillage prise en charge par la Sécurité sociale - exemple : orthopédie, prothèses mammaires, prothèse capillaire	TM	125 % BR	250 % BR

APICIL Prévoyance

Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale.
Enregistrée au répertoire SIRENE N° 321 862 500

38 rue François Peissel
BP 99
69644 Caluire et Cuire Cedex
www.apicil.com

NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENTS		
	BASE SEULE	BASE + OPTION 1	BASE + OPTION 2
HOSPITALISATION médicale, chirurgicale, maternité (établissements conventionnés ou non) prise en charge par la Sécurité sociale			
Honoraires médicaux et chirurgicaux :			
Praticiens conventionnés signataires de l'un des DPTM : OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	100 % BR	150 % BR	300 % BR
Praticiens conventionnés non-signataires de l'un des DPTM ; OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	80 % BR	TM + 100 % BR	TM + 100 % BR
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	80 % BR	TM + 100 % BR	TM + 100 % BR
Forfait journalier hospitalier			
Participation forfaitaire aux frais d'hébergement	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Autres frais d'hospitalisation :			
Frais de séjour	TM	TM	TM
Frais de transport pris en charge par la Sécurité sociale	TM	TM	TM
Participation actes coûteux	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Forfait patient urgences	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière	30 €/nuit	50 €/nuit	85 €/nuit
Frais d'accompagnant d'un enfant de moins de 16 ans hospitalisé ⁽³⁾	15 €/nuit	30 €/nuit	45 €/nuit
OPTIQUE – Une paire de lunettes par bénéficiaire tous les 2 ans, sauf changement de vue (tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans)			
Équipements « 100 % SANTÉ » – Classe A :			
Équipement complet dans la limite des Prix Limites de Ventes (PLV) 	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Équipements autre que « 100 % Santé » – Classe B (BR incluse) :			
Monture prise en charge par la Sécurité sociale	100 €	100 €	100 €
Verre (définition du contrat responsable, remboursement par verre) :			
Verre simple	80 €	120 €	160 €
Verre complexe	160 €	200 €	300 €
Verre très complexe	300 €	325 €	350 €
Autres dispositifs de correction optique :			
Lentilles prises en charge ou non par la Sécurité sociale et jetables ⁽⁴⁾	50 €	100 €	150 €
Opération chirurgie Laser ⁽⁵⁾	-	200 €	500 €

NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENTS		
	BASE SEULE	BASE + OPTION 1	BASE + OPTION 2
DENTAIRE			
Soins et Prothèses 100 % Santé			
Panier « 100 % SANTÉ » dans la limite des honoraires de facturation (HLF) 	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Soins			
Soins des paniers reste à charge maîtrisé et libre	TM	TM	TM
Prothèses			
Prothèses dentaires : Panier reste à charge maîtrisé	150 % BR	250 % BR	350 % BR
Prothèses dentaires : Panier reste à charge libre	150 % BR	250 % BR	350 % BR
Inlay Onlays des paniers reste à charge maîtrisé et libre	150 % BR	250 % BR	350 % BR
Autres dispositifs dentaires			
Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale	150 % BR	250 % BR	350 % BR
Implantologie ⁽⁶⁾	-	200 €	500 €
AIDES AUDITIVES⁽⁷⁾			
Équipement « 100 % SANTÉ » de classe I dans la limite des Prix Limite de Vente (PLV) 	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Équipement de CLASSE II dans la limite de 1 700 € par oreille (y compris Sécurité sociale)	TM	125 % BR	250 % BR
DIVERS			
Professionnels de santé non pris en charge par la Sécurité sociale reconnus et diplômés : ostéopathes, chiropracteurs, acupuncteurs, diététiciens ⁽⁸⁾	20 €/séance 2 séances max	30 €/séance 3 séances max	40 €/séance 4 séances max
Cure thermale prise en charge par la Sécurité sociale et limitée au reste à charge ⁽⁹⁾	TM	TM	TM

TM = Ticket Modérateur⁽¹⁰⁾ - BR = Base de Remboursement de la Sécurité Sociale - FR = Frais

- (1) Le site ameli.fr permet de vérifier si le professionnel de santé est signataire de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) ou de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée de Chirurgie et d'Obstétrique (OPTAM-CO).
- (2) Le remboursement des honoraires des praticiens non conventionnés se fait sur la base du tarif d'autorité de la Sécurité sociale.
- (3) Le remboursement de ces frais est limité à 15 jours par hospitalisation et ne sont pas pris en charge au titre de la présente garantie les frais d'accompagnant liés à un séjour en maison d'accueil hospitalière.
- (4) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. Le montant forfaitaire inclut le ticket modérateur. Au-delà du forfait en euros, le remboursement s'effectue à hauteur du ticket modérateur pour les actes pris en charge par la Sécurité sociale.
- (5) Cette prestation est limitée à une intervention sur chaque œil par année civile et par bénéficiaire.
- (6) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile - Concerne exclusivement l'implant : les frais annexes (piliers sur implant, faux moignons, scanner en 3D, frais de salle) ne sont pas couverts au titre de cette garantie.
- (7) Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive est possible à compter de la dernière prise en charge (date d'achat) du précédent équipement après une période minimale de 4 ans. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.
- (8) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. La limite du nombre de séances est commune à l'ensemble des professionnels de santé.
- (9) Concerne que les restes à charge sur des actes effectués lors d'un séjour en cure thermale d'une durée de 21 jours maximum.
- (10) Le ticket modérateur représente la part des dépenses qui reste à votre charge après remboursement de l'Assurance maladie et avant déduction des participations forfaitaires

APICIL Prévoyance

Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale.
Enregistrée au répertoire SIRENE N° 321 862 500

38 rue François Peissel
BP 99
69644 Caluire et Cuire Cedex
www.apicil.com

Accusé de réception en préfecture
086-248600447-20250401-CC_2025_04_087-DE
Date de télétransmission : 11/04/2025
Date de réception préfecture : 11/04/2025

DEMANDE D'ADHÉSION COLLECTIVE

CCN des organismes de tourisme IDCC 1909

Entreprise

Frais de Santé



APICIL PRÉVOYANCE

Institution de prévoyance régie par le titre III du
livre IX du Code de la Sécurité sociale.
Enregistrée au répertoire SIRENE N° 321 862 500

TSA 95568
69501 LYON CEDEX 03
www.apicil.com

LISTE DES PIÈCES À JOINDRE À VOTRE DEMANDE D'ADHÉSION

<p>Merci de renvoyer votre demande d'adhésion complétée, datée et signée, accompagnée des documents mentionnés ci-dessous.</p>	<p>Réservé au centre de gestion</p>
<p>PIÈCES OBLIGATOIRES</p>	
<p>Un extrait Kbis de moins de trois mois du siège et des différents établissements :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ou à défaut l'inscription au répertoire SIRENE ; ▪ ou à défaut le justificatif d'inscription au Registre du Commerce et des sociétés (RCS) ou au Répertoire des Métiers (RM) ; ▪ ou à défaut la notification d'inscription INSEE ; ▪ ou à défaut le récépissé de déclaration en préfecture pour les associations. 	
<p>La copie d'une pièce d'identité en cours de validité du ou des dirigeant(s) et du signataire si différent : carte nationale d'identité (recto/verso), passport, carte de séjour ou permis de conduire délivré depuis le 16/09/2013 avec date de fin de validité.</p>	
<p>La délégation de pouvoir en bonne et due forme du signataire si ce dernier n'est pas le représentant légal de l'entreprise. À défaut, les statuts, si ceux-ci confirment le pouvoir du signataire.</p>	
<p>PIÈCES OBLIGATOIRES SELON DOSSIER</p>	
<p>Une liste déclarative des anciens salariés couverts au titre de la portabilité des droits indiquant pour chaque intéressé(e) son numéro de Sécurité sociale, ses nom et prénom, sa date et lieu de naissance (Code Postal, ville, pays), la date de cessation de son contrat de travail, les dates de début et de fin de la période de maintien de garanties.</p>	
<p>Un état nominatif des salariés dont le contrat de travail est suspendu.</p>	
<p>La liste des salariés à transférer dans le cadre d'une opération juridique (reprise, fusion, absorption...).</p>	
<p>Les demandes individuelles d'affiliation/radiation frais de santé, datée et signée, avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ le RIB de chaque salarié, ▪ l'attestation de Sécurité sociale* de chaque salarié, ▪ le mandat de prélèvement SEPA et une copie d'une pièce d'identité pour le paiement par le salarié des options facultatives. <p>* L'attestation de droits tiers payant est délivrée avec les informations figurant sur l'attestation de Sécurité sociale.</p>	
<p>La lettre mandat pour la résiliation du contrat précédent par APICIL Prévoyance selon le modèle ci-après :</p> <p>« <i>Objet : Accord pour résiliation de mon contrat Santé par APICIL Prévoyance</i></p> <p><i>Je soussigné(e) (nom/prénom) (fonction dans l'entreprise) de (Raison sociale de l'entreprise) domiciliée au (adresse adhérent) demande à (nom de l'assureur actuel) la résiliation pour le (date de résiliation) du contrat de complémentaire santé de référence (référence contrat) ayant débuté le (date de début d'effet) en raison de (motif de résiliation). Date et signature. »</i></p> <p>Modèle disponible sous https://mon.apicil.com/salon-client/changer-de-mutuelle-apicil-soccupe-de-vos-demarches/</p>	



**CCN des organismes de tourisme
IDCC 1909**

Votre conseiller

Nom :
Code :
Tél. :

Cadre réservé à la gestion

N° devis :
Date :

À remplir par l'entreprise et à renvoyer à votre conseiller commercial ou courtier.

Nouvelle adhésion

Modification de garanties

Résiliation pour votre compte

Je souhaite être accompagné pour la résiliation de mon ancien contrat. Dans ce cas, je joins obligatoirement une **lettre mandat pour la résiliation** sur papier à en-tête de l'entreprise selon le modèle figurant page précédente.

APICIL Prévoyance se chargera de la résiliation auprès de votre assureur actuel. La résiliation prendra effet 30 jours après la réception de la demande de résiliation chez l'assureur sortant. Votre nouveau contrat ne prendra effet qu'après cette date.

ENTREPRISE

N° SIRET : _____

Dénomination ou raison sociale :

Forme juridique : Date de création de l'entreprise : _____

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. : E-mail :

Dénomination et adresse du siège social (si différentes) :

Code NACE : Activité principale exercée :

IDCC - Convention collective appliquée par l'entreprise : **1909 – CCN des organismes de tourisme**

DIRIGEANT(E)

Nom d'usage du représentant légal : Nom de naissance :

Prénom : Agissant en qualité de :

Date naissance : _____ Lieu naissance (code postal/ville/pays) :

Bénéficiaires effectifs = Toute personne physique détenant directement ou indirectement plus de 25 % du capital ou des droits de vote, ou exerçant un pouvoir de contrôle (Article R 561-1 du Code monétaire et financier)

	1	2	3	4
Nom d'usage				
Nom de naissance				
Prénoms				
Date de naissance				
Lieu de naissance (code postal/ville/pays)				
Parts/actions détenues				
Bénéficiaire effectif depuis le				

L'entreprise déclare ne pas avoir de bénéficiaires effectifs

En l'absence de bénéficiaires effectifs, remplir uniquement les informations relatives au représentant légal.

APICIL PRÉVOYANCE

Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale.
Enregistrée au répertoire SIRENE N° 321 862 500

TSA 95568
69501 LYON CEDEX 03
www.apicil.com

CONTACT DANS L'ENTREPRISE

Nom de la personne à contacter pour le suivi du dossier :
 Fonction : Tél. :
 E-mail (pour faciliter nos échanges) :

CABINET COMPTABLE

Nom du cabinet :
 Nom de la personne à contacter pour le suivi du dossier :
 Adresse :
 Code postal : Ville :
 Tél. : E-mail :

EFFECTIFS

Effectif global de l'entreprise : Effectif personnel cadre : Effectif personnel non-cadre :
 Anciens salariés bénéficiaires de la portabilité des droits :

GARANTIES RETENUES ET COTISATIONS

Les garanties et conditions sont celles prévues dans **l'accord du 15/09/2015 et ses avenants successifs de la convention collective nationale des organismes de tourisme** relatifs au régime de frais de santé.

COLLEGE ASSURÉ	<input type="checkbox"/> Ensemble du personnel <input type="checkbox"/> Personnel cadre ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> Personnel non-cadre ⁽¹⁾	Effectif : Effectif : Effectif :
RÉGIME OBLIGATOIRE	<input type="checkbox"/> Régime général	<input type="checkbox"/> Régime local Alsace-Moselle
DATE D'EFFET DEMANDÉE/...../..... (au plus tôt le 1 ^{er} jour du mois suivant la demande)	

(1) Merci de définir le(s) collèg(e)s couvert(s) avec précision dans le respect de la réglementation en vigueur :

Collège cadres	Collège non-cadres
<input type="checkbox"/> Salariés relevant de l'art. 2.1 de l'ANI du 17-11-2017 <input type="checkbox"/> Salariés relevant des art. 2.1 et 2.2 de l'ANI du 17-11-2017	<input type="checkbox"/> Salariés ne relevant pas de l'art. 2.1 de l'ANI du 17-11-2017 <input type="checkbox"/> Salariés ne relevant pas des art. 2.1 et 2.2 de l'ANI du 17-11-2017

<input checked="" type="checkbox"/> Préciser votre choix	GARANTIES	TAUX DE COTISATION ⁽²⁾ EN % DU PMSS ⁽³⁾	COTISATION VERSÉE PAR :
CONTRAT COLLECTIF À ADHÉSION OBLIGATOIRE	<input type="checkbox"/> Base conventionnelle <input type="checkbox"/> Base conventionnelle + option 1 (R1) <input type="checkbox"/> Base conventionnelle + option 2 (R2) <input type="checkbox"/> Extension ayants droit à titre obligatoire ⁽⁵⁾	Couverture du Salarié seul ⁽⁴⁾ : % Couverture du Guide conférencier* : % Conjoint : % Enfant : %	<input checked="" type="checkbox"/> l'employeur ou <input checked="" type="checkbox"/> le guide conférencier
CONTRAT COLLECTIF À ADHÉSION FACULTATIVE	Extension ayants droit facultative ⁽⁶⁾ Les options éligibles ⁽⁶⁾ dépendent de la base obligatoire choisie : - Option 1 facultative - Option 2 facultative	Se reporter au document : « Vos cotisations régime frais de santé CCN des organismes de tourisme »	<input checked="" type="checkbox"/> le salarié ou <input checked="" type="checkbox"/> le salarié

Tarifs indiqués sous réserve des négociations en cours au sein de votre Branche professionnelle.

En cas de changement, l'évolution de taux sera formalisée via lettre avenant.

⁽²⁾ Toutes taxes comprises en vigueur – ⁽³⁾ Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale – ⁽⁴⁾ La part du financement employeur affectée à la cotisation ne pourra être inférieure à 50 % de la cotisation globale – ⁽⁵⁾ Si l'employeur fait le choix de rendre la couverture des ayants droit obligatoire, il doit formaliser cette option dans la décision unilatérale de l'employeur ou l'accord collectif d'entreprise – ⁽⁶⁾ Les cotisations finançant les garanties facultatives sont à la charge exclusive du salarié.

*** Sauf s'il sollicite une dispense d'affiliation, le guide conférencier s'engage à une adhésion de 12 mois qu'il acquitte en totalité et mensuellement directement auprès d'APICIL Prévoyance.** Autrement dit, les guides conférenciers embauchés par votre organisme, ne doivent pas à être déclarés via la DSN, ni donner lieu à paiement de cotisation de votre part.

APICIL PRÉVOYANCE

Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale.
 Enregistrée au répertoire SIRENE N° 321 862 500

TSA 95568
 69501 LYON CEDEX 03
www.apicil.com

À l'occasion de chaque journée d'intervention, vous lui rembourserez 1/20 du montant de la part patronale de la cotisation mensuelle (ce remboursement correspond à la part patronale de la cotisation effectivement due à l'organisme assureur, il a la même nature sociale et fiscale qu'elle).

DÉCLARATIONS ET SIGNATURE

Je soussigné(e) :

Nom d'usage du signataire : Nom de naissance :

Prénom : E-mail :

Date naissance : ____/____/____ Lieu naissance (code postal/ville/pays) :

agissant en qualité de : représentant l'entreprise :

demande à adhérer, au profit de l'ensemble de ses salariés entrant dans le champ d'application, au contrat collectif à adhésion obligatoire ainsi qu'au contrat collectif à adhésion facultative y compris régime d'accueil loi Evin, du régime frais de santé de la convention collective nationale des organismes de tourisme IDCC 1909, auprès d'APICIL Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale, dont le siège social est situé 51 boulevard Marius Vivier-Merle, 69003 Lyon.

Cette adhésion permet à l'entreprise d'être en conformité avec les dispositions définies dans l'**accord du 15/09/2015 et ses avenants successifs de la convention collective nationale des organismes de tourisme** relatifs au régime frais de santé.

L'entreprise déclare avoir pris connaissance des conditions générales décrivant le régime de frais de santé conventionnel. Dès l'enregistrement de l'adhésion, APICIL Prévoyance adressera la notice d'information relative au régime de frais de santé choisi par l'entreprise. Cette notice doit être obligatoirement remise à chaque salarié par l'entreprise.

APICIL Prévoyance s'engage à respecter les dispositions de l'accord conventionnel de frais de santé et à procéder aux informations prévues par la loi ou nécessaires à l'évolution dudit accord.

Je reconnais que le conseiller m'a bien remis le document d'information sur le produit d'assurance ainsi que la fiche conseil.

Je reconnais avoir reçu l'information nécessaire me permettant de déterminer si le contrat de santé proposé est adapté aux besoins de l'entreprise et de ses salariés.

Je déclare sur l'honneur que l'ensemble des informations portées sur cette demande d'adhésion est strictement conforme à la réalité.

J'envoie la présente demande d'adhésion, dûment complétée et signée, au centre de gestion accompagnée des pièces justificatives demandées et **conserve une copie du présent document**.

Date : ____/____/____

Cachet de l'entreprise :

Signature* :

Précédée de la mention « Lu et approuvé »

*** Si le signataire n'est pas le représentant légal, joindre les pouvoirs**

Les informations recueillies sur ce document sont enregistrées dans un fichier informatisé par **APICIL Prévoyance** pour la gestion des contrats. La base légale du traitement est l'exécution d'un contrat. Des traitements sont également mis en œuvre dans le cadre de l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ou basés sur notre intérêt légitime, comme la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ainsi que la lutte contre la fraude.

Les données collectées pourront être communiquées aux entités du Groupe APICIL, à ses partenaires et sous-traitants éventuels ainsi qu'aux tiers dûment habilités lorsque cette communication est strictement nécessaire pour les finalités déclarées.

Les données personnelles recueillies ne sont pas conservées au-delà de la durée nécessaire à la finalité de leur traitement et des durées de prescription légale applicable en fonction du type de données collectées.

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Vous pouvez également retirer votre consentement, vous opposer au traitement de vos données, exercer votre droit à la portabilité ou définir des directives post mortem. Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données, vous pouvez écrire à **dpo@apicil.com** ou à l'adresse : **APICIL Prévoyance – Délégué à la protection des données (DPO) - Direction des Systèmes d'Information - 51 boulevard Marius Vivier-Merle, 69003 Lyon**.

Si vous estimez que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL. Plus de détails sur www.apicil.com/protection-des-donnees-personnelles

APICIL PRÉVOYANCE

Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale.
Enregistrée au répertoire SIRENE N° 321 862 500

TSA 95568
69501 LYON CEDEX 03
www.apicil.com

Accusé de réception en préfecture
086-248600447-20250401-CC_2025_04_087-DE
Date de télétransmission : 11/04/2025
Date de réception préfecture : 11/04/2025



Notice d'information SANTÉ

CCN Organismes de Tourisme

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

La notice d'information (NI - Santé Organismes de Tourisme 01-24) vous permettra de connaître les garanties de frais de santé souscrites par votre entreprise auprès d'APICIL PREVOYANCE, Institution de Prévoyance régie par le code de la Sécurité sociale et immatriculée sous le numéro 321 862 500, dont le siège social est situé 38 rue François Peissel à Caluire et Cuire (69300) et ci-après dénommée parfois « l'Institution de prévoyance ».

À compter du 1^{er} avril 2024, le siège social sera situé au : 51 boulevard Marius Vivier Merle - 69003 Lyon.

Elle comprend deux parties : la notice proprement dite et le tableau de vos garanties. 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, ci-après dénommée parfois « l'adhérent » et dont vous bénéficiez.

Nous restons à votre entière disposition pour vous communiquer tout renseignement dont vous pourriez avoir besoin concernant votre régime de frais médicaux.

TITRE 1 : AFFILIATION	3
Article 1 - OBJET	3
Article 2 - PARTICIPANTS	3
Article 3 - OUVERTURE DES GARANTIES	3
Article 4 - CESSATION DES GARANTIES	3
Article 5 - SUSPENSION DES GARANTIES	3
Article 6 - MAINTIEN DES GARANTIES	4
6-1 SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL REMUNÉRÉE OU INDEMNISÉE	4
6-2 SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL NON REMUNÉRÉE NON INDEMNISÉE	4

NI Santé Organismes de tourisme – 01/2024
SP24/FCR0080



1

Accusé de réception en préfecture
086-248600 20250401-CC_2025_04_087-DE
Date de télétransmission : 11/04/2025
Date de réception préfecture : 11/04/2025

Article 7 - PORTABILITÉ DES DROITS	4
7-1 CONDITIONS AU MAINTIEN DE L’AFFILIATION	4
7-2 EFFET ET DUREE DU MAINTIEN DE L’AFFILIATION	4
7-3 OBLIGATIONS DECLARATIVES	4
7-4 GARANTIES MAINTENUES	5
Article 8 - PROLONGATION DE GARANTIES	5
Article 9 – AUTRES BENEFICIAIRES (AYANTS DROIT)	5
9-1 PRINCIPE	5
9-2 DÉFINITION DES AYANTS DROIT	5
9-3 RADIATION COUVERTURE AYANTS DROIT	6
Article 10 - TERRITORIALITE	6
TITRE 2 : COTISATIONS	7
Article 11 – ASSIETTE ET MONTANT	7
Article 12 - MODALITÉS DE PAIEMENT	7
Article 13 - DEFAT DE PAIEMENT DES COTISATIONS	7
TITRE 3 : PRESTATIONS	8
Article 14 - CHOIX DU NIVEAU DES PRESTATIONS	8
14-1 PRINCIPE	8
14-2 CHOIX DES GARANTIES	8
14-3 MODIFICATION DU NIVEAU DE GARANTIES	8
14-5 RÉSILIATION	8
Article 15 - FAIT GENERATEUR	9
Article 16 - INDUS	9
Article 17 - MONTANT DES REMBOURSEMENTS	9
Article 18 - DETAILS DES PRESTATIONS	9
18-1 JUSTIFICATIFS	9
18-2 DISPOSITIF DE PRATIQUE TARIFAIRE MAITRISEE	9
18-3 PRISE EN CHARGE DU TICKET MODERATEUR	10
18-4 DETAILS	10
Article 19 – PANIERS 100% SANTÉ	13
19-1 OPTIQUE	13
19-2 DENTAIRE	13
19-3 AIDES AUDITIVES	13
Article 20 - DELAIS ET MODALITES DE REGLEMENT DES PRESTATIONS	13
Article 21 - CONTRAT RESPONSABLE	14
Article 22 - EXCLUSIONS	14
TITRE 4 : DISPOSITIONS DIVERSES	15
Article 23 – DEFINITIONS	15
Article 24 - PRESCRIPTION	15
Article 25 - CONTROLES	16
Article 26 - RECOURS CONTRE TIERS RESPONSABLE ET PERTE DE DROITS	16
Article 27 - CONTROLE DE L’INSTITUTION DE PREVOYANCE	16
Article 28 - FAUSSE DECLARATION	16
Article 29 - RECLAMATIONS - MEDIATIONS	16
29-1 RÉCLAMATIONS	16

29-2 MÉDIATIONS.....17
Article 30 - PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL17
Article 31 – COMMUNICATION PAR VOIE ELECTRONIQUE.....18
PIECES A FOURNIR.....19

TITRE 1 : AFFILIATION

Article 1 - OBJET

La garantie frais médicaux a pour objet, en cas d'accident, de maladie ou de maternité, d'assurer aux salariés, guides conférenciers, ou anciens salariés bénéficiaires de la portabilité, ainsi qu'éventuellement à leur famille, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés pendant la période de garantie en complément des remboursements effectués par la Sécurité sociale.

Article 2 - PARTICIPANTS

Sont garantis tous les salariés de l'entreprise appartenant aux catégories de personnel définies dans les conditions particulières du contrat souscrit par votre entreprise, ci-après dénommés « participants ».

Il s'agit d'une adhésion collective à caractère obligatoire.

Sont aussi garantis :

- Les anciens salariés bénéficiaires de la portabilité des droits en matière de protection sociale dans les conditions prévues à l'article L. 911-8 du code de la Sécurité sociale (cf article 7 ci-après).
- Les anciens salariés ayant souscrit au contrat prolongation de garanties (cf article 8 ci-après).

Spécificité des salariés guides conférenciers :

Sauf s'il sollicite une dispense d'affiliation dont il doit alors justifier à l'égard de chaque organisme qui l'emploie, le guide conférencier, au sens du décret n° 2011-930 du 1^{er} août 2011, bénéficie également du présent régime.

Il s'engage alors à une adhésion de 12 mois.

À l'issue de cette période de 12 mois, le guide conférencier doit expressément renouveler sa demande d'adhésion en adressant un nouveau bulletin d'affiliation complété et signé auprès de l'Institution de prévoyance.

Article 3 - OUVERTURE DES GARANTIES

Les garanties s'appliquent :

- à partir de la date d'effet du contrat souscrit par votre employeur ;
- à partir de la date de fin de suspension du contrat de travail ;
- à partir de la date d'embauche pour les nouveaux assurés ;
- à partir du premier jour du mois qui suit la demande d'un salarié ayant initialement choisi de ne pas adhérer au régime et qui a souhaité revenir sur sa décision ou qui cesse de justifier de sa situation.

L'ouverture des garanties est subordonnée à l'envoi du bulletin d'affiliation et à la fourniture des pièces justificatives.

Article 4 - CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent :

- À la date de rupture du contrat de travail ;
- À la date de fin de la portabilité des droits ;
- À la date de passage dans une catégorie de personnel non visée par les conditions particulières du contrat souscrit par votre employeur ;
- À la date d'effet de la liquidation de votre pension de vieillesse de la Sécurité sociale (sauf dans le cas du cumul emploi-retraite) ou de votre préretraite sous réserve de la rupture du contrat de travail ;
- À votre décès ;
- À la date d'effet de la résiliation du contrat souscrit par votre employeur.
- En plus des cas listés ci-dessus, il existe un cas propre au régime surcomplémentaire facultatif : à la date d'effet de la modification du contrat collectif obligatoire, si celle-ci ne laisse aucun niveau éligible en surcomplémentaire.

À compter de cette date, l'attestation de droit tiers payant ne doit plus être utilisée et doit être, soit restituée à APICIL PREVOYANCE, soit détruite.

La cessation des garanties s'entend du contrat collectif socle (garanties de base), mais aussi des garanties optionnelles et de l'extension famille.

Article 5 - SUSPENSION DES GARANTIES

Les garanties sont suspendues :

- À la date d'effet de la suspension des garanties pour non-paiement des cotisations ;
 - A la date de suspension du contrat de travail sans rémunération ni indemnisation, tels que le congé parental, le congé sabbatique, le congé création d'entreprise, le CIF etc... Cette disposition s'applique également au gérant sans salaire.
- 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 d'adhésion, **sous réserve que l'Institution en soit informée dans un délai de 10 jours suivant la reprise. À défaut, les garanties ne prendront effet qu'à compter de la réception par l'Institution de la déclaration faite par l'adhérent.**

La suspension des garanties s'appliquera sur le contrat collectif socle, mais aussi sur les niveaux de garanties optionnelles et l'extension famille.

Article 6 - MAINTIEN DES GARANTIES

6-1 SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL REMUNÉRÉE OU INDEMNISÉE

Les garanties sont maintenues lorsque votre contrat de travail est suspendu, et que vous êtes :

- bénéficiaire d'un **maintien total ou partiel de salaire** ou d'un **revenu de remplacement** (activité partielle, reclassement, mobilité ...) **versé par votre employeur** ;
- en arrêt de travail, et **bénéficiaire d'indemnités journalières complémentaires ou d'une rente invalidité**, financée(s) au moins pour partie par votre l'employeur, qu'elles soient versées directement par celui-ci ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers.

Les garanties sont maintenues moyennant le paiement des cotisations dans les mêmes conditions que les salariés en activité.

Les garanties sont également maintenues dans les mêmes conditions au profit des salariés en congé maternité ou congé paternité.

6-2 SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL NON REMUNÉRÉE NON INDEMNISÉE

Dans tous les autres cas de suspension du contrat de travail, les garanties sont suspendues.

Les salariés pourront toutefois, sur simple demande, demander à continuer de bénéficier, à titre facultatif, des garanties dont ils bénéficiaient, pendant la période de suspension de leur contrat de travail, sous réserve de s'acquitter de l'intégralité de la cotisation (part patronale et part salariale).

La demande de maintien doit être effectuée au plus tard dans le mois suivant la date de début de la suspension du contrat de travail.

Les garanties prennent effet, sous réserve du paiement des cotisations, au plus tôt le 1^{er} jour de la suspension du contrat de travail, et s'achève dès la reprise effective du travail.

Les cotisations sont appelées sur les mêmes bases (structure et montant) que celles appliquées pour les salariés en activité, étant précisé qu'elles sont entièrement à la charge du salarié. Elles sont réglées directement par le salarié auprès d'APICIL PREVOYANCE.

Article 7 - PORTABILITÉ DES DROITS

7-1 CONDITIONS AU MAINTIEN DE L'AFFILIATION

En application de l'article L.911-8 du code de la sécurité sociale, vous pouvez bénéficier à titre gratuit du maintien

des garanties collectives définies à la présente Notice d'information, sous réserve de satisfaire aux conditions cumulatives suivantes :

- votre contrat de travail doit avoir pris fin : l'ensemble des motifs de rupture du contrat de travail sont concernés (notamment licenciement à titre individuel ou pour motif économique, rupture conventionnelle, fin de contrat à durée déterminée, démission pour motif reconnu légitime par l'Assurance chômage, convention de reclassement personnalisé notamment) **à l'exception du licenciement pour faute lourde** ;
- vous devez justifier auprès de l'Institution de votre prise en charge par le régime d'assurance chômage, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties ;
- vos droits à prestations doivent avoir été ouverts chez votre dernier employeur, c'est-à-dire que vous bénéficiez, à la date de cessation de votre contrat de travail, du régime frais de santé prévu à la présente Notice d'information.

Il incombe à votre entreprise de vous informer du principe et de l'étendue du droit au maintien des garanties.

7-2 EFFET ET DUREE DU MAINTIEN DE L'AFFILIATION

Votre affiliation est maintenue à compter du lendemain de la cessation du contrat de travail pour une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de celle de votre dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez un même employeur.

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, pour cause de maladie ou pour tout autre motif, n'a pas d'incidence sur le calcul de la durée du maintien des garanties qui ne sera pas prolongée d'autant.

En tout état de cause, votre affiliation cesse de plein droit :

- **à la reprise d'une nouvelle activité rémunérée, dès lors qu'elle met fin au droit à indemnisation du régime d'assurance chômage ;**
- **en cas de cessation de paiement des allocations du régime d'assurance chômage pour tout autre motif (notamment en cas de retraite, de radiation des listes du Pôle Emploi, de décès) ;**
- **en cas de manquement à votre 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 cas de décès.**

7-3 OBLIGATIONS DECLARATIVES

Pour pouvoir bénéficier de ce droit à portabilité, vous vous engagez à fournir à l'Institution :

- **à l'ouverture de la période de maintien des garanties, le justificatif initial de votre prise en charge par le régime de l'assurance chômage ;**
- **au cours de la période de maintien des garanties, l'attestation de paiement des allocations chômage.**

7-4 GARANTIES MAINTENUES

Les garanties maintenues sont celles en vigueur dans l'entreprise.

Aussi, vous bénéficiez des garanties au titre desquelles vous étiez affilié lors de la cessation de votre contrat de travail.

En tout état de cause, toutes les modifications éventuelles, apportées aux dispositions contractuelles applicables aux salariés en activité (évolutions des garanties du contrat notamment) intervenant durant la période de maintien de droit, vous sont opposables dans les mêmes conditions.

En cas de changement d'assureur, **APICIL PREVOYANCE s'engage de la manière suivante :**

a- En tant qu'assureur sortant

APICIL PREVOYANCE s'assure 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, APICIL PREVOYANCE, à partir des éléments fournis par l'adhérent entrant, pourra 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 (signature du bulletin d'adhésion, etc ...)

Article 8 - PROLONGATION DE GARANTIES

Conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite « loi Evin », la couverture « frais de santé » est maintenue au profit des anciens participants bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les 6 mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient à titre temporaire de la portabilité des droits.

Les anciens salariés visés par le présent article, ont le choix entre :

- D'une part, un contrat avec plusieurs choix de formules adaptés à sa nouvelle situation hors du dispositif « Loi Evin » (contrat « d'accueil »). Ce contrat permettra également de couvrir les ayants droits de l'ancien salarié.
- D'autre part, un maintien strictement à l'identique des garanties existantes au moment de la rupture du contrat de travail – Disposition « Loi Evin ». **Ainsi, les garanties facultatives ne peuvent être maintenues au titre du dispositif « Loi Evin » dès lors qu'elles n'ont pas été souscrites par l'ancien salarié lorsqu'il était actif.**

Conformément à la législation en vigueur, les tarifs applicables, pour l'ancien salarié seul, en cas de maintien des garanties dans le cadre du dispositif « Loi Evin », sont plafonnés selon les modalités suivantes :

- La 1^{ère} année, les cotisations ne peuvent être supérieures aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs ;
- La 2^{ème} année, les cotisations ne peuvent être supérieures de plus de 25 % aux tarifs globaux

- applicables aux salariés actifs ;
- La 3^e année, les cotisations ne peuvent être supérieures de plus de 50 % aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs ;
- Au-delà de la 3^e année les tarifs sont libres, et seront revus en fonction des résultats techniques du contrat.

L'ancien salarié, peut couvrir, au moment de la souscription de son contrat dispositif « Loi Evin », son conjoint et ses enfants **si ceux-ci étaient couverts lorsqu'il était actif.**

Article 9 – AUTRES BENEFICIAIRES (AYANTS DROIT)

9-1 PRINCIPE

9-1-1 Couverture des ayants droit facultative

L'extension famille vous permet de couvrir votre famille sur des garanties identiques aux vôtres.

Les garanties prennent effet, au plus tôt, le 1^{er} jour du mois civil suivant la date de réception du bulletin d'adhésion par APICIL PREVOYANCE ou à la date d'effet demandée si postérieure.

L'adhésion se renouvelle automatiquement au 1^{er} janvier de l'année suivante.

Attention, il n'est pas possible de prendre l'extension famille, en période de préavis ou 3 mois avant la rupture de votre contrat de travail lorsque celle-ci se traduira par une rupture conventionnelle ou une fin de contrat à durée déterminée.

Si tel devait être le cas, l'extension famille sera alors annulée depuis l'origine.

De même, il n'est pas possible de prendre cette extension famille lorsque :

- **votre contrat de travail est suspendu ;**
- **votre contrat de travail est rompu (prolongations de garanties ou portabilité des droits).**

9-1-2 Couverture des ayants droit obligatoire

Si votre employeur a fait le choix de rendre la couverture des ayants droit obligatoire, **votre famille telle que définie à l'article 9-2 ci-après est obligatoirement couverte par votre régime frais de santé d'entreprise. Vous avez l'obligation de cotiser en fonction de votre situation de famille réelle (à l'exception des cas de dispense).**

Les garanties prennent effet en même temps que les autres, ou au plus tard, le 1^{er} jour du mois civil suivant la complétion du bulletin d'adhésion modificatif déclarant un nouvel ayant droit.

9-2 DÉFINITION DES AYANTS DROIT

Les éventuels ayants droit affiliés via le Bulletin individuel d'affiliation, peuvent être le conjoint et les enfants à charges répondant aux définitions ci-dessous :

Le conjoint :

- l'époux ou l'épouse de l'assuré, non-séparé(e) de corps (séparation judiciaire ou amiable dès lors qu'elle est

- transcrite à l'état civil), ni divorcé(e), ou à défaut, le partenaire de l'assuré lié par un pacte civil de solidarité (PACS) en vigueur dans les conditions fixées par les articles 515-1 et suivants du Code civil,
- ou à défaut, la personne vivant en couple avec l'assuré au sens de l'article 515-8 du Code civil depuis au moins un an ou sans condition de durée lorsqu'au moins un enfant est né de cette union, sous réserve que l'assuré et son concubin soient libres de tout engagement (mariage ou PACS), et que le concubinage soit prouvé par tout moyen, notamment par un justificatif de domicile au nom des deux concubins ou par une quittance au nom des deux concubins.

Les enfants à charge sont les enfants du participant et ceux de son conjoint (tel que défini ci-avant), qu'ils soient reconnus, adoptés ou recueillis, dans la mesure où ils répondent, de façon cumulative, aux deux conditions suivantes :

D'une part :

- être âgés de moins de 18 ans,
- être âgés de moins de 21 ans, et être chômeur inscrit à pôle emploi,
- ou, être âgés d'au moins 18 ans et de moins de 26 ans et remplissent l'une des conditions suivantes :
 - o suivre des études secondaires ou supérieures,
 - o être en service civique, et ne pas percevoir une rémunération mensuelle brute strictement supérieur à 55 % du SMIC,
 - o être en contrat d'apprentissage, ou d'alternance, et ne pas percevoir une rémunération mensuelle brute strictement supérieure à 55 % du SMIC,
- ou, quel que soit leur âge, s'ils perçoivent une des allocations pour adultes handicapés (*ils sont garantis sous réserve du rattachement de l'enfant infirme majeur au foyer fiscal du participant de production d'une copie de leur carte d'invalidité définie par l'article L. 241-3 du code de l'action sociale et des familles, et sous réserve d'un taux d'incapacité supérieur à 80 %*).

D'autre part :

- Vivre sous le même toit que le participant ;
- Ou, sont fiscalement à charge du participant soit au niveau du quotient familial, soit par la perception d'une pension alimentaire versée par le participant et déduite de ses revenus ;
- Ou sont fiscalement à charge du conjoint du participant.

Par ailleurs, pour bénéficier des dispositions de maintien de garantie dans le dispositif - Loi EVIN (article 8 ci-avant) sont également considérés comme enfants à charge :

- Les enfants recueillis sont ceux qui ont vécu au foyer jusqu'au moment du décès du salarié et dont leur autre parent n'est pas tenu au versement d'une pension alimentaire.
- Les enfants nés ou à naître dans les 300 jours suivant le décès du participant ou de son conjoint.

Le participant sera tenu de déclarer à l'Institution de Prévoyance, dans le mois qui suit l'événement, toute modification de situation familiale (par exemple la naissance ou le décès d'un ayant droit). Cet événement est susceptible d'avoir un impact sur le montant de votre cotisation.

Tant que l'adhésion n'est pas acceptée par l'Institution de Prévoyance, l'ayant droit est qualifié de personne proposée à l'adhésion.

9-3 RADIATION COUVERTURE AYANTS DROIT

9-3-1 Radiation à l'initiative de l'Institution de Prévoyance

Les garanties des ayants droit cessent lorsqu'ils ne remplissent plus les conditions pour en être bénéficiaires.

De même, la cessation ou la suspension de la garantie frais de santé pour le participant s'applique également aux ayants droit de celui-ci.

Les garanties cessent également en cas de non-paiement dans les conditions prévues à l'article 13 ci-après.

La résiliation des garanties ou du contrat collectif socle entraîne automatiquement la résiliation des adhésions à l'extension famille.

9-3-2 Radiation à votre initiative (réservé au cas où la couverture des ayants droit est facultative)

Vous pouvez demander la radiation de vos ayants droit :

- **Au 31 décembre, sous réserve d'en faire la demande avant le 31 octobre et d'avoir cotisé au moins 1 an à l'extension famille.**
- **En cours d'année, après un délai préalable d'un an minimum d'adhésion à l'extension famille.** Dans ce dernier cas, la résiliation prend effet un mois après la réception de la demande de résiliation par l'Institution.

La demande de résiliation peut se faire selon l'une des modalités prévues à l'article L. 932-21-3 du code de la sécurité sociale, directement depuis l'espace client digital, sur le site internet d'Apicil, ou directement depuis votre espace client personnel.

Toute nouvelle adhésion n'est possible qu'à l'issue d'un délai de deux années civiles entre la dénonciation et la nouvelle adhésion.

Vous ne pourrez plus revenir à cette extension sauf exceptions listées ci-après :

- Mariage/divorce, PACS, mise en concubinage ou Décès,
- Changement de situation professionnelle du conjoint entraînant l'adhésion ou la perte de qualité d'adhérent à un contrat groupe obligatoire,
- Changement de la situation d'un enfant ne justifiant plus sa prise en charge,
- Naissance / Adoption.

Dans ce cas, la date d'effet de cette modification est fixée au 1^{er} jour du mois qui suit la demande du participant, accompagnée des pièces justificatives (sauf en cas de naissance ou adoption pour lesquels les garanties s'appliquent immédiatement).

Article 10 - TERRITORIALITE

Salariés

Les garanties sont acquises aux participants exerçant leur activité sur le territoire de la France métropolitaine et les départements et régions d'outre-mer (DROM).

Les garanties sont acquises aux participants actifs en situation de détachement au sens des articles L.761-1 et L.761-2 du code de la Sécurité sociale.

Anciens salariés

Les participants bénéficient des prestations dès lors qu'ils relèvent du régime de Sécurité sociale français.

Tous les actes relatifs à l'exécution du contrat frais de santé seront notifiés au domicile du participant figurant sur le bulletin d'affiliation.

Pour tout changement de domicile, vous devez informer l'Institution de Prévoyance par lettre recommandée, recommandé électronique ou directement via votre espace client digital, de votre changement d'adresse. A défaut, les lettres recommandées adressées à votre dernier domicile connu produiront tous leurs effets.

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

Les soins effectués à l'étranger peuvent être remboursés sous réserve d'avoir fait l'objet d'un remboursement préalable par la Sécurité sociale.

Les frais engagés à l'étranger sont remboursés à concurrence de ce qui aurait été accordé si les soins avaient été réalisés en France (plafonnées à hauteur du prix pratiqué en France pour des actes et des soins équivalents).

Les actes non pris en charge par la Sécurité sociale ou ne rentrant pas dans le cadre légal effectués à l'étranger ne sont pas remboursés.

Les remboursements de ces soins sont établis en fonction de la codification des actes médicaux fixée par la Sécurité sociale et ils sont effectués en euros, dans la limite des garanties.

Les soins médicaux pratiqués à l'étranger sont remboursés comme ceux des médecins non signataires OPTAM/OPTAM-CO.

TITRE 2 : COTISATIONS

Article 11 – ASSIETTE ET MONTANT

Les garanties sont accordées moyennant le paiement des cotisations.

La cotisation est déterminée en fonction :

1° Du niveau de couverture choisi par votre entreprise au titre du contrat socle à adhésion obligatoire soit :

- Base conventionnelle
- Base conventionnelle + Option 1
- Base conventionnelle + Option 2

2° Le cas échéant, de l'amélioration du niveau de couverture auquel vous avez éventuellement choisi de souscrire au titre de la surcomplémentaire (option 1 et/ou 2) à adhésion facultative par rapport au niveau de couverture choisi par votre entreprise au titre du contrat socle.

3° Des éventuels ayants droit couverts via l'extension famille. Le mode de cotisation proposé est une cotisation à

la tête : Conjoint /Enfant.

Étant précisé que le 3^e enfant et les suivants sont couverts gratuitement.

La cotisation est exprimée en pourcentage du plafond de la Sécurité sociale. Elle suit l'évolution de ce dernier.

L'évolution du taux de cotisation tient compte de l'évolution de la consommation médicale et des résultats du contrat. Elle tient également compte de l'évolution du plafond de la Sécurité sociale.

Par ailleurs, les garanties et les cotisations peuvent être réactualisées à tout moment en cas de modification des remboursements des régimes de base, ou de la législation fiscale ou sociale qui viendrait modifier la portée des engagements de l'Institution de Prévoyance.

Article 12 - MODALITÉS DE PAIEMENT

Les cotisations sont payables :

- **Dans le cadre du contrat socle à adhésion obligatoire par l'entreprise.** L'entreprise est la seule responsable du paiement des cotisations dues au titre de la couverture du participant (et de ses ayants droit si couverture obligatoire). À ce titre, elle procède elle-même à leur calcul et à leur versement aux échéances prévues.

- **Dans le cadre du contrat extension famille (couverture des ayants droit facultative) et du contrat surcomplémentaire à adhésion facultative (option 1 et/ou 2)** par le participant dans les conditions définies dans le formulaire individuel d'affiliation. Le participant est le seul responsable du paiement des cotisations. Cette cotisation est directement prélevée sur votre compte bancaire.

- **Dans le cadre de la couverture des guides conférenciers** par le guide conférencier, dans les conditions définies dans le formulaire individuel d'affiliation. Le guide conférencier est le seul responsable du paiement des cotisations. Cette cotisation est directement prélevée sur votre compte bancaire.

À l'occasion de chaque journée d'intervention, l'organisme de tourisme lui remboursera 1/20 du montant de la part patronale de la cotisation mensuelle.

En cas d'affiliation ou de radiation en cours de mois, la cotisation est proratisée.

Article 13 - DEFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

APICIL PREVOYANCE adresse une lettre recommandée de mise en demeure avec avis de réception à l'entreprise ou au participant selon le cas, en cas de non-paiement d'une cotisation au terme du délai de dix jours de son échéance.

Si le paiement des cotisations n'intervient pas **les garanties sont suspendues trente jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure au souscripteur et le contrat est résilié dix jours après la date d'effet de la suspension. La résiliation met fin aux garanties pour l'ensemble des bénéficiaires.**

Dans tous les cas, restent à payer les cotisations dues au titre de la période antérieure à la date de résiliation du

contrat ou de cessation de l'affiliation des participants ou des ayants droit.

APICIL PREVOYANCE a la faculté de poursuivre le recouvrement des cotisations par tous moyens de droit.

TITRE 3 : PRESTATIONS

Article 14 - CHOIX DU NIVEAU DES PRESTATIONS

14-1 PRINCIPE

La surcomplémentaire (option 1 et/ou option 2) peut être éligible en fonction du niveau des garanties souscrites par votre entreprise dans le cadre du contrat socle collectif obligatoire.

Les garanties prennent effet, au plus tôt, le 1^{er} jour du mois civil suivant la date de réception du bulletin d'adhésion par APICIL PREVOYANCE ou à la date d'effet demandée si postérieure.

L'adhésion se renouvelle automatiquement au 1^{er} janvier de l'année suivante.

Les garanties et les prestations du régime surcomplémentaire se font en différentiel des garanties de base.

Attention, il n'est pas possible d'adhérer ou d'augmenter le niveau de vos garanties surcomplémentaires, en période de préavis ou 3 mois avant la rupture de votre contrat de travail lorsque celle-ci se traduira par une rupture conventionnelle ou une fin de contrat à durée déterminée.

Si tel devait être le cas, la surcomplémentaire sera alors annulée depuis l'origine.

De même, il n'est pas possible d'augmenter le niveau de ses garanties lorsque :

- votre contrat de travail est suspendu ;
- votre contrat de travail est rompu (prolongations de garanties ou portabilité des droits).

14-2 CHOIX DES GARANTIES

En fonction du niveau de garanties souscrit à titre obligatoire par votre entreprise, un ou plusieurs niveaux de surcomplémentaires peuvent être éligibles.

- Si votre entreprise a souscrit au régime de base, vous avez la possibilité de souscrire à la surcomplémentaire option 1 ou option 2.
- Si votre entreprise a souscrit au régime de base + option 1, vous avez la possibilité de souscrire à la surcomplémentaire option 2.
- Si votre entreprise a souscrit au régime de base + option 2, aucun niveau de surcomplémentaire n'est accessible.

Le choix d'option formulé s'appliquera également à l'ensemble de votre famille (si celle-ci est couverte via l'option Extension Famille).

14-3 MODIFICATION DU NIVEAU DE GARANTIES

Lorsque votre entreprise a souscrit à titre obligatoire au régime de base, vous avez alors le choix entre deux niveaux de garanties surcomplémentaires.

Dans cette situation, vous avez alors la possibilité de modifier votre niveau de garanties en cours de vie du contrat.

Les conditions de modification sont décrites ci-après.

a- A votre demande

Le changement de niveau de garanties :

- à la hausse : passage de l'option 1 à l'option 2 ;
 - ou à la baisse : passage de l'option 2 à l'option 1 ;
- est possible dans les conditions suivantes.

1° Vous pouvez modifier votre choix vers une option supérieure ou inférieure dans les trois mois qui suivent :

- la date d'effet du contrat,
- la date d'entrée dans la catégorie de personnel assurée,
- un changement de situation de famille,
- toute modification de la part d'APICIL PREVOYANCE sur l'une des options choisies.

Ce changement intervient au 1^{er} jour du mois civil qui suit la réception de la demande à APICIL PREVOYANCE.

2° En dehors des cas ci-dessus, vous pouvez modifier votre choix tous les deux ans avec prise d'effet au 1^{er} janvier. La demande de modification devant parvenir à APICIL PREVOYANCE avant le 31 décembre qui précède.

b- A la suite d'une modification des garanties du régime collectif obligatoire

Lorsque le régime collectif obligatoire souscrit par votre entreprise est modifié, vous avez la possibilité de modifier à cette occasion votre niveau de couverture surcomplémentaire.

14-5 RÉSILIATION

14-5-1 Résiliation à l'initiative de l'Institution de Prévoyance

Les garanties cessent en cas de non-paiement dans les conditions prévues à l'article 13 ci-avant.

La résiliation des garanties ou du contrat collectif socle entraîne automatiquement la résiliation de l'option.

14-5-2 Résiliation à votre initiative

Vous pouvez demander la résiliation de l'option facultative souscrite (surcomplémentaire) :

- * **Au 31 décembre, sous réserve d'en faire la demande avant le 31 octobre et d'avoir cotisé au moins 1 an au régime optionnel.**
- * **En cours d'année, après un délai préalable d'un an minimum d'adhésion au régime optionnel.** Dans ce dernier cas, la résiliation prend effet un mois après la réception de la demande de résiliation par l'Institution.

La demande de résiliation peut se faire selon l'une des modalités prévues à l'article L. 932-21-3 du code de la

sécurité sociale, directement depuis l'espace client digital, sur le site internet d'Apicil, ou directement depuis votre espace client personnel.

Toute nouvelle adhésion n'est possible qu'à l'issue d'un délai de deux années civiles entre la dénonciation et la nouvelle adhésion.

En plus des cas listés ci-dessus, vous avez également la possibilité de résilier votre surcomplémentaire (option 1 ou 2) en cas de modification du contrat collectif obligatoire :

- si celle-ci ne laisse aucun niveau éligible en surcomplémentaire,
- ou si vous jugez celle-ci suffisante.

Dans ce cas, la résiliation prend alors effet à la date effective de la modification.

Article 15 - FAIT GENERATEUR

Seuls les frais engagés durant la période de garantie, c'est-à-dire entre la date d'effet du contrat et la date de cessation des garanties, ouvrent droit à prestations.

Ainsi s'agissant du remboursement des frais, la date des soins figurant sur le décompte de la Sécurité sociale ou sur la facture est seule prise en considération (et non la date de prescription par le professionnel de santé).

En cas de prise en charge hospitalière, il sera procédé de la façon suivante : si la prise en charge est donnée alors que vous êtes encore affilié mais que la durée du séjour à l'hôpital va au-delà de la période de garantie (le participant n'étant plus affilié lors du départ de l'hôpital), l'Institution de Prévoyance vous demandera alors le remboursement des sommes afférentes à la période non garantie.

Pour les actes en série (soins infirmiers, kinésithérapie...) et l'orthodontie : en cas de cessation des garanties avant la fin des soins, ou si le traitement est engagé antérieurement à l'ouverture des garanties, la prise en charge se fera prorata temporis.

Article 16 - INDUS

Le bénéficiaire reste redevable des sommes perçues à tort. A titre d'exemple, lorsqu'il a perçu des remboursements de frais engagés en dehors de la période de garantie ou en cas de fraude, qu'ils aient été perçus directement par le bénéficiaire ou payés pour son compte à des professionnels de santé dans le cadre du tiers payant.

En cas de paiement indu effectué par l'Institution de Prévoyance au professionnel de santé, l'Institution de Prévoyance pourra également agir auprès de celui-ci afin d'obtenir le remboursement.

Ce principe s'applique quelle que soit la date de déclaration de sa radiation.

Article 17 - MONTANT DES REMBOURSEMENTS

La nature des garanties et le niveau de leur remboursement sont précisés dans le tableau des garanties qui complète cette notice.

Si les remboursements d'une prestation sont limités à un montant « par an et par bénéficiaire », il faut entendre cette expression par année civile, sauf pour les lunettes ou sauf s'il en est disposé autrement sur le tableau des garanties.

Nos remboursements, ajoutés à ceux dont le participant ou sa famille a bénéficié de la part de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme complémentaire, ne peuvent excéder le montant des dépenses engagées.

Les garanties de même nature que le participant a contractées auprès de plusieurs organismes produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat peut obtenir le remboursement en s'adressant à l'organisme de son choix.

En aucun cas l'Institution de Prévoyance ne peut prendre en charge des dépassements d'honoraires ne faisant pas l'objet d'une déclaration à la Sécurité sociale.

Les forfaits annuels ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Ainsi, un forfait non utilisé sur une année ne sera pas reporté sur l'année suivante.

Article 18 - DETAILS DES PRESTATIONS

18-1 JUSTIFICATIFS

En tout état de cause, APICIL PREVOYANCE pourra demander toute pièce utile au remboursement des prestations.

Certains soins doivent avoir fait l'objet d'un devis préalable pour être remboursés de la part de l'Institution prévoyance.

Pour connaître les soins concernés, il convient également de se reporter au tableau de garanties.

18-2 DISPOSITIF DE PRATIQUE TARIFAIRE MAITRISEE

Les honoraires de médecins feront l'objet de remboursements différenciés selon qu'ils sont ou pas signataires du contrat d'Accès aux Soins (CAS) prévu par la convention nationale médicale (avenant n°8 ou de tout autre dispositif de pratique tarifaire maîtrisée, tels que l'OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) ou l'OPTAM CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique).

La prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à ce type de dispositif (CAS ou OPTAM) est plafonnée dans les conditions cumulatives suivantes :

- elle ne peut excéder ce qui est prévu au contrat ;
- elle doit être inférieure à la prise en charge proposée par le même contrat pour les

dépassements d'honoraires de médecins qui adhèrent à ce type de dispositif (CAS ou OPTAM), en respectant une différence au moins égale à 20 points par rapport au tarif de responsabilité de la prestation faisant l'objet de la prise en charge (le tarif de responsabilité à retenir est celui figurant sur le décompte de l'assurance maladie pour l'acte ou la consultation dispensée par les médecins non adhérent à ce type de dispositif (CAS ou OPTAM)).

18-3 PRISE EN CHARGE DU TICKET MODERATEUR

La prise en charge du ticket modérateur se fait sur les consultations et actes réalisés par les professionnels de santé, dès lors qu'il y a eu une prise en charge par la Sécurité sociale et déduction faite des prises en charge opérées par les assurances complémentaires qui interviennent avant la garantie prévue au présent contrat.

18-4 DETAILS

18-4 A - SOINS COURANTS

HONORAIRES MEDICAUX

Pour un meilleur remboursement, nous invitons le bénéficiaire, dans son intérêt, à respecter le parcours de soins et à choisir un médecin spécialiste ayant signé le contrat sur le dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

Attention, le remboursement des médecins non conventionnés se fera sur la base du tarif d'autorité de la Sécurité sociale.

FRAIS DE TRANSPORT

Il s'agit de tout transport remboursé par la Sécurité sociale (ambulance, véhicule sanitaire léger, taxi agréé).

MEDICAMENTS

Pas de remboursement de pharmacie prescrite mais non remboursée par la Sécurité sociale.

MATERIEL MEDICAL

Grand appareillage : Il s'agit par exemple de fauteuils roulants, de lits médicalisés etc...

Petit appareillage : Il s'agit par exemple de semelles orthopédiques, de bas de contention, de béquilles, de prothèses de jambe, de prothèses mammaires ou capillaires etc...

Dans les deux cas, la prestation est remboursée sur la base d'un pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

SÉANCES DE PSYCHOLOGIE

Ces séances sont prises en charge à hauteur du ticket modérateur dans le cadre du dispositif « Mon soutien Psy » proposé par l'Assurance maladie.

Ce dispositif comprend le remboursement de **8 consultations au maximum par an et par bénéficiaire âgé de plus de 3 ans chez un psychologue partenaire du dispositif en cas de souffrance psychique d'intensité légère à modérée.**

Les consultations doivent être prescrites par le médecin traitant.

18-4 B - HOSPITALISATION

L'hospitalisation se conçoit aussi bien en milieu hospitalier qu'à domicile.

Dans les deux cas, il est nécessaire de nous adresser une facture détaillée et acquittée faisant apparaître la nature des actes et des prestations.

Pour pouvoir être indemnisé, le séjour doit, en outre, donner lieu à facturation du forfait journalier (sauf dans le cas de l'hospitalisation à domicile).

HONORAIRES

Quand un dépassement d'honoraires n'apparaît pas sur la facture hospitalière, il est nécessaire de nous adresser le reçu d'honoraires du praticien.

Attention, le remboursement des médecins non conventionnés se fera sur la base du tarif d'autorité de la Sécurité sociale.

FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER

Cela concerne la prise en charge de l'intégralité du forfait journalier facturé par les établissements hospitaliers de santé ainsi que les maisons de convalescence.

FRAIS DE SEJOUR NON CONVENTIONNES

Les frais de séjour dans des établissements non conventionnés seront remboursés **dans la limite du ticket modérateur, soit 100% de la BR moins le remboursement de la Sécurité sociale.**

FORFAIT PATIENT URGENCES

Il s'agit de la participation aux frais occasionnés par un passage non programmé dans une structure des urgences d'un établissement de santé, autorisée, lorsque ce passage n'est pas suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie au sein de l'établissement.

PARTICIPATION FORFAITAIRE ACTES LOURDS

La participation forfaitaire (qui s'applique aux actes et frais dont le tarif est supérieur ou égal à 120 euros, ou ayant un coefficient supérieur ou égal à 60) est prise en charge par le contrat.

CHAMBRE PARTICULIERE

La prestation (hospitalisation ou ambulatoire) est un forfait qui s'entend par nuit **dans la limite des frais engagés par bénéficiaire.**

FRAIS D'ACCOMPAGNANT

La prestation s'entend par nuit d'hospitalisation **dans la double limite des frais engagés par bénéficiaire mais aussi d'un nombre de jours par hospitalisation figurant dans le tableau de garanties.**

L'accompagné doit remplir deux conditions cumulatives :

- être obligatoirement un ayant droit au sens de la présente notice,
- et être un enfant de moins de 16 ans.

Ne sont pas pris en charge au titre de la présente garantie les frais d'accompagnant liés à un séjour en maison d'accueil hospitalière.

18-4 C - OPTIQUE

Lors de chaque achat d'équipement, le participant pourra opter :

- soit pour une offre « 100% Santé » sans reste à charge (dont le détail figure à l'article 19-1),
- soit pour une offre de prise en charge classique prévue

au tableau des garanties.

Équipement de classe B : Les prestations de ce poste s'expriment en forfait en euros par équipement (monture et verres).

Le remboursement Sécurité sociale est à déduire de la base de remboursement Sécurité sociale ou du forfait en euros figurant sur le tableau de garanties.

Les prestations « monture » et « verres » sont limitées à une paire de lunettes tous les 2 ans par bénéficiaire (ramené à un an pour les assurés de moins de 16 ans).

Cette période de 2 ans (ou d'un an) s'apprécie à la date de la dernière facturation d'un équipement d'optique médicale ayant fait l'objet d'une prise en charge par la Sécurité sociale.

Pour les adultes de 16 ans et plus, le remboursement d'un équipement (monture + verres) peut être fait par période d'un an en cas de changement de la vision nécessitant un changement de verres.

La justification d'une évolution de la vue se fonde :

- soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente,
- soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien adaptant la prescription médicale initiale.

La nouvelle correction doit être comparée à celle du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par l'Institution de Prévoyance.

En tout état de cause, la justification d'une évolution de la vue se fonde conformément aux conditions de renouvellements précisées sur l'arrêté du 3 décembre 2018 article VIII.2. – Conditions de renouvellement anticipé des équipements d'optique.

Pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai de renouvellement des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.

Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le remboursement d'un équipement (monture + verres) peut être fait par période de 6 mois, en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Par dérogation à ce qui précède, un renouvellement anticipé des verres est possible sans délai, sur présentation d'une prescription médicale portant la mention de l'existence d'une situation médicale particulière, dans les situations médicales suivantes : troubles de réfraction associés à une pathologie générale ou ophtalmologique ou encore associés à la prise de médicaments au long cours (cas listés dans l'arrêté du 3 décembre 2018 tels que glaucome, DMLA, greffe de cornée datant de moins d'un an, cancers primitifs de l'œil...).

L'appréciation des périodes susmentionnées se fait à partir de la dernière facturation d'un équipement d'optique médicale ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Lorsque l'assuré acquiert son équipement en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période à l'issue de laquelle un équipement optique (verres et

montures) peut être remboursé s'apprécie à la date d'acquisition du dernier élément de l'équipement. En cas de renouvellement séparé des composantes de l'équipement, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

Les prestations servies sont contenues dans les limites fixées par les textes sur le « contrat responsable ».

Les montants indiqués s'entendent y compris les remboursements déjà opérés par l'assurance maladie obligatoire ainsi que les garanties complémentaires souscrites qui interviennent avant la garantie prévue au présent contrat, et dans la limite des frais facturés.

Il existe trois types de corrections :

Correction simple :

- verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries ;
- verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
- verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.

Correction complexe :

- verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ;
- verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
- verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
- verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ;
- verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries ;
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.

Correction très complexe :

- verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries ;
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

Pour déterminer le montant maximum de remboursement d'un équipement « mixte », il faut cumuler la valeur maximale des deux types de verres concernés, puis diviser cette somme par deux.

Un équipement est dit mixte lorsqu'il est composé :

- d'un verre simple et d'un verre complexe
- ou d'un verre simple et d'un verre très complexe
- ou d'un verre complexe et d'un verre très complexe.

LENTILLES

Cette rubrique inclut tous les types de lentilles : les lentilles de correction, prises en charge ou non par la Sécurité sociale, ainsi que les lentilles jetables.

Les produits d'entretien ne sont pas pris en charge.

La prestation lentilles est prise en charge dans la limite d'un forfait annuel qui s'apprécie par année civile et par bénéficiaire.

Attention : au-delà du forfait en euros, le remboursement s'effectue à hauteur du ticket modérateur pour les actes pris en charge par la Sécurité sociale.

OPERATION CHIRURGIE LASER

Si la prestation est prévue au tableau des garanties, elle s'entend par œil.

Cette prestation est limitée à une intervention sur chaque œil par année civile et par bénéficiaire.

Elle ne concerne que les restes à charge sur des actes techniques qui permettent de corriger les troubles de la vue comme la myopie, l'hypermétropie, l'astigmatisme et la presbytie, dans la limite d'un forfait par année civile et par bénéficiaire.

Elle comprend les interventions qui ont pour objet de corriger l'amétropie, à l'aide d'un appareil ou dispositif médical, tel que le laser, ou l'implant (lentilles intraoculaires), ou d'instruments chirurgicaux.

L'opération de la cataracte ne sera pas prise en compte dans le cadre de la chirurgie réfractive de l'œil mais dans le cadre des actes de chirurgie classique.

18-4 D DENTAIRE

Lors de la réalisation de travaux dentaires, le participant pourra opter :

- soit pour une offre « 100% Santé » sans reste à charge (dont le détail figure à l'article 19-2),
- soit pour une offre de prise en charge classique prévue au tableau des garanties (panier « modéré » et panier « libre »).

IMPLANTOLOGIE

Si la prestation est prévue au tableau des garanties, la prestation d'implantologie est prise en charge dans la limite d'un forfait qui s'exprime en euros par implant et par bénéficiaire.

Elle concerne exclusivement l'implant : les frais annexes (piliers sur implant, faux moignons, scanner en 3D, frais de salle) ne sont pas couverts au titre de cette garantie.

18-4 E AIDES AUDITIVES

Lors de chaque achat d'équipement, le participant pourra opter :

- soit pour une offre « 100% Santé » sans reste à charge (dont le détail figure à l'article 19-3),
- soit pour une offre de prise en charge classique prévue au tableau des garanties.

Les garanties des contrats ne doivent prévoir qu'une prise en charge limitée à une aide auditive par oreille par période de quatre ans suivant l'acquisition de cet appareil.

Cette période de 4 ans s'apprécie à la date de la dernière facturation d'un appareil ayant fait l'objet d'une prise en

charge par la Sécurité sociale.

Le délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

18-4 F PREVENTION

PROFESSIONNELS DE SANTÉ NON PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Seules des séances de professionnels reconnus et diplômés peuvent être remboursées.

Il s'agit uniquement de séances d'un ostéopathe, d'un acupuncteur, d'un chiropracteur, d'un diététicien.

Les documents justificatifs servant de base au remboursement devront faire apparaître les qualités citées plus haut.

Un numéro ADELI ou RPPS est également obligatoire pour obtenir un remboursement sauf pour les acupuncteurs.

Ces séances seront prises en charge dans la limite d'un forfait qui s'exprime en euros par séance et par bénéficiaire, avec un plafond annuel de séances valable pour l'ensemble de ces professionnels.

CURE THERMALE PRISE EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE

La prestation ne concerne que les restes à charge sur des actes (hors hébergement, transport ou complément tarifaire), effectués lors d'un séjour en cure thermale pris en charge par la Sécurité sociale, d'une durée de 21 jours maximum.

Lorsque la cure thermale se déroule dans le cadre d'une hospitalisation, les prestations relèveront **exclusivement** de la rubrique hospitalisation.

ACTES DE PRÉVENTION

Votre contrat prend en charge 100 % de la base de remboursement des prestations suivantes liées à la prévention et dont la liste a été établie par arrêté du 8 juin 2006, sous réserve du respect du parcours de soins :

1. Scellement des puits, sillons et fissures aux enfants de moins de 14 ans.
2. Un détartrage annuel complet.
3. Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit.
4. Dépistage de l'hépatite B.
5. Dépistage une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans.
6. L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire.
7. Les vaccinations suivantes :
 - a) DTP : tous âges ;
 - b) Coqueluche : avant 14 ans ;
 - c) Hépatite B : avant 14 ans ;
 - d) BCG : avant 6 ans ;
 - e) Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ;
 - f) Haemophilus influenzae B ;
 - g) Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.

Article 19 – PANIERS 100% SANTÉ

19-1 OPTIQUE

Pour les équipements « 100% Santé » (dits de Classe A) :

La prestation est remboursée à hauteur de 100% des frais réels sous déduction des prestations Régime Obligatoire, limitée au Prix Limite de Vente (PLV) auquel l'opticien est astreint.

Sont également remboursés selon les mêmes conditions, la prestation d'appariage, pour des verres d'indices de réfraction différents, la prestation d'adaptation visuelle et le supplément applicable pour les verres avec filtre (selon les conditions définies par la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale).

Pour les équipements « hors 100% Santé » (dits de Classe B) :

Pour les verres : à hauteur de la garantie contractuelle dans les limites prévues par le tableau ci-dessous (incluant la part prise en charge par Régime Obligatoire), si le contrat prévoit une couverture au-delà du 100% santé.

Pour la monture : à hauteur de la garantie contractuelle, dans la **limite de 100 €** (incluant la part prise en charge par Régime Obligatoire),

Pour la Prestation d'adaptation visuelle : remboursement à hauteur du Ticket modérateur.

Quel que soit le panier choisi, le remboursement de la monture est toujours **limité à 100 €** (remboursements effectués par le Régime Obligatoire inclus).

Lorsque le bénéficiaire opte pour un équipement mixte (équipement dans le dispositif « 100% Santé » pour la monture et verres « hors 100% Santé » ou inversement) le plafond appliqué est celui applicable au dispositif « hors 100% Santé » indiqué dans le tableau ci-dessous, **dans la limite des Prix limite de vente pour la partie de l'équipement relevant du « 100% Santé » et de 100 € pour la monture.**

Il est impossible de cumuler le forfait prévu pour un équipement à prise en charge libre et le remboursement d'un équipement 100% Santé.

19-2 DENTAIRE

Dispositif « 100% Santé » :

Les actes relatifs aux soins et prothèses dentaires remboursés par le Régime Obligatoire et faisant partie du dispositif « 100% Santé », sont pris en charge à 100% des frais réels sous déduction des remboursements effectués par le Régime Obligatoire, **limité aux Honoraires limites de facturation (HLF).**

Il s'agit de certaines prothèses dentaires définies réglementairement (arrêté du 24/05/2019 paru au Journal officiel du 30/05/2019), en fonction de la localisation de la dent, du matériau utilisé et du type de prothèses dentaires.

Cela concerne, les couronnes céramiques monolithiques (CCM) sans zircon et céramo-métalliques sur dent visible (incisive, canine et 1^{re} prémolaire), CCM zircon (incisive, canine et prémolaire), couronnes métalliques toutes localisations, les inlays-core et couronnes transitoires, les bridges céramo-métalliques (incisives et canines), les

bridges full zircon et métalliques toutes localisations (codes CCAM : HBLD680, HBLD634, HBLD350, HBLD038, HBLD090, HBLD490, HBLD785, HBLD033), les prothèses amovibles à base de résine, ainsi que certaines couronnes dentaires provisoires.

Dispositif « hors 100% Santé » :

Les actes relatifs aux soins et prothèses dentaires remboursés par le Régime Obligatoire et faisant partie du « Tarif maîtrisé » sont pris en charge à hauteur de la garantie contractuelle **limitée à l'Honoraire limite de facturation (HLF) sous déduction des remboursements effectués par le Régime Obligatoire.**

Les actes relatifs aux soins et prothèses dentaires remboursés par le Régime Obligatoire et faisant partie du « Tarif libre » sont pris en charge à hauteur de la garantie contractuelle sans limitation.

Les actes relatifs aux soins et prothèses dentaires remboursés par le Régime Obligatoire et faisant partie du « Tarif maîtrisé » sont pris en charge à hauteur de la garantie contractuelle **limitée à l'Honoraire limite de facturation (HLF) sous déduction des remboursements effectués par le Régime Obligatoire.**

Les actes relatifs aux soins et prothèses dentaires remboursés par le Régime Obligatoire et faisant partie du « Tarif libre » sont pris en charge à hauteur de la garantie contractuelle sans limitation.

19-3 AIDES AUDITIVES

Les Garanties s'appliquent aux Aides auditives prises en charge par le régime Obligatoire.

Dispositif « 100% Santé » :

Les actes relatifs à l'audiologie remboursés par le Régime Obligatoire et faisant partie du dispositif « 100% Santé » sont pris en charge à 100 % des frais réels sous déduction des remboursements effectués par le Régime Obligatoire, **limité aux Prix limites de vente (PLV).**

Dispositif « hors 100% Santé » :

Les actes relatifs à l'audiologie remboursés par le Régime Obligatoire et faisant partie du « Tarif libre » sont pris en charge à minima à hauteur du Ticket modérateur.

Dans le cas où le contrat prévoit une couverture au-delà du Ticket modérateur et du « 100% Santé », le remboursement s'effectue à hauteur de la garantie contractuelle, **dans la limite de 1 700 euros par oreille** (remboursements effectués par le Régime Obligatoire inclus).

Article 20 - DELAIS ET MODALITES DE REGLEMENT DES PRESTATIONS

L'Institution de Prévoyance règle vos prestations frais de santé par virement sur votre compte bancaire ou postal :

- dans un délai maximum de 48 heures, pour les décomptes faisant l'objet d'une télétransmission par les caisses d'assurance maladie,
- dans un délai moyen de 8 jours après réception de l'ensemble des pièces justificatives nécessaires au règlement, pour les remboursements manuels, délais de poste et bancaire non compris.

Article 21 - CONTRAT RESPONSABLE

Les prestations d'APICIL PREVOYANCE sont fournies dans les conditions prévues par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale afférentes au contrat dit « responsable » et couvrent l'intégralité des frais engagés pour les actes inclus dans le panier « 100% Santé ».

Il prévoit des obligations minimales de prise en charge des prestations liées aux consultations du médecin traitant et de ses prescriptions.

Aussi, les obligations de prise en charge portent sur :

- l'intégralité de la participation des participants définie à l'article R. 322-1 du code de la Sécurité sociale ;
- les dépassements tarifaires des médecins dans certaines conditions ;
- les dépenses pour l'acquisition des dispositifs médicaux d'optique médicale dans des fourchettes hautes et basses ;
- le tarif journalier des établissements hospitaliers sans limitation de durée ;
- l'intégralité des frais engagés pour les actes inclus dans le « 100% Santé » ;
- les frais occasionnés par un passage non programmé dans un service d'urgences (établissements hospitalier), sauf si celui-ci est suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie au sein de l'établissement.

A l'inverse, ne donnent pas lieu à remboursement :

- la contribution forfaitaire prévue à l'article L. 160-13 II du code de la Sécurité sociale,
- la franchise annuelle prévue à l'article L. 160-13 III du code de la Sécurité sociale (franchises médicales concernant les médicaments, les actes effectués par un auxiliaire médical et les transports sanitaires),
- la part de dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations résultant du non-respect, par le participant ou un ayant droit, du parcours de soins, et au-delà de laquelle le contrat n'est plus considéré comme responsable (soit à titre indicatif au minimum 8 euros),
- la majoration de la participation supportée par le participant et ses ayants droit lorsqu'il n'a pas désigné son médecin traitant ou lorsqu'il consulte un praticien en dehors du parcours de soins coordonnés conformément à l'article L. 162-5-3 du code de la Sécurité sociale,
- et d'une manière générale les prestations ou la part de prestations remettant en cause le caractère responsable du contrat au sens de l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale.

Les garanties du contrat d'assurance seront automatiquement adaptées en cas de modification des prescriptions liées au contrat responsable.

De plus, APICIL PREVOYANCE s'engage à permettre aux participants de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet des garanties de la médecine de ville et plus largement sur l'ensemble des prestations issues du panier de soins 100% santé, au moins à hauteur des tarifs de

responsabilité lorsque son professionnel de santé l'accepte.

Article 22 - EXCLUSIONS

Tous les risques sont couverts dans la limite des garanties.

Néanmoins, ne donnent entre autres pas lieu à remboursement :

- les frais non remboursés par la Sécurité sociale, tels que certaines prothèses dentaires provisoires, certains soins esthétiques, cures de sommeil, d'amaigrissement, de rajeunissement ou de désintoxication (sauf les cas prévus au tableau des garanties),
- les frais engagés en dehors de la période de garantie comprise entre la date d'effet du contrat et sa date de résiliation d'une part et, d'autre part, la date d'entrée du participant dans le groupe assuré (embauche - promotion) et la date de sortie (démission, licenciement ou fin de portabilité des droits) ; la date des soins figurant sur le décompte de la Sécurité sociale étant seule prise en considération,
- tout acte pris en charge par des dotations d'Etat, notamment par la dotation nationale de financement des Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation, ne donne pas lieu à remboursement de la part de l'organisme assureur, même lorsque la Sécurité sociale a procédé à tort au remboursement,
- tout équipement optique composé de verres plans (neutres) ne donne pas lieu à remboursement de la part de l'organisme assureur, sauf en cas de prise en charge par la Sécurité sociale,
- l'achat de médicament sur un site internet non autorisé par l'Agence Régionale de Santé territorialement compétente et non justifié par une facture acquittée (mentions légales du pharmacien, acquittée, datée et signée mentionnant la spécialité délivrée).

Enfin, dans le cadre de l'hospitalisation, sont exclus (sauf dispositions contraires prévues au tableau de garanties) :

- les frais de chambre particulière facturés lors de permission de sortie, les frais annexes tels que : boissons, téléphone, télévision, équipement vidéo, blanchisserie, frais de dossier.
- les frais d'hébergement résultant d'une admission en unité de soins de longue durée (USLD), en établissements d'hébergement pour personnes âgées (de type EHPAD) ;
- le forfait journalier résultant d'une admission dans un établissement médico-social, à l'exception des Maisons d'Accueil Spécialisé (MAS) où le forfait journalier sera pris en charge sans limitation de durée.

D'une manière générale, sont également exclus les exclusions visées à l'article 21 ci-avant liées au caractère responsable du contrat.

Le fait que l'Institution de Prévoyance ait payé des prestations correspondant à la réalisation d'un risque exclu, même à plusieurs reprises, ne saurait impliquer, de sa part, une renonciation tacite au droit de se prévaloir de ces exclusions.

TITRE 4 : DISPOSITIONS DIVERSES

Article 23 – DEFINITIONS

Accident : toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part du Bénéficiaire et provenant directement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Base de Remboursement (BR) : équivalent de l'ancien Tarif de Convention auquel il se substitue progressivement dans le cadre de la mise en œuvre de la Codification Commune des Actes Médicaux (CCAM) par l'Assurance maladie. C'est le tarif à partir duquel est calculé le remboursement du régime obligatoire.

Contrat socle de base : C'est le contrat collectif complémentaire à adhésion obligatoire qui intervient immédiatement après la Sécurité sociale et avant la surcomplémentaire ou options à adhésion facultative.

Le contrat socle se compose de 3 niveaux de couverture au choix de l'entreprise :

- Base conventionnelle
- Base conventionnelle + Option 1
- Base conventionnelle + Option 2

Hospitalisation : période correspondant au séjour d'au moins 24 heures, dans un établissement hospitalier possédant les autorisations administratives nécessaires à la pratique des soins médicaux ou chirurgicaux.

Maladie : altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

Par an et par bénéficiaire : si les remboursements d'une prestation sont limités à un montant « par an et par bénéficiaire », il faut entendre cette expression par année civile sauf s'il en est disposé autrement sur le tableau des garanties (notamment en matière d'optique cf Article 18-4 C).

Parcours de soins : Obligation pour tout assuré de plus de 16 ans de passer par son médecin traitant avant toute consultation d'un médecin spécialiste à l'exception des cas suivants sauf :

- en cas d'urgence,
- d'éloignement du domicile,
- ou lorsqu'un accès direct à un spécialiste est autorisé :
 - ophtalmologue,
 - gynécologue,
 - stomatologue,
 - psychiatre et neuropsychiatre pour les patients âgés de 16 à moins de 26 ans.

Le non-respect du parcours de soin engendre la majoration du ticket modérateur qui ne sera pas pris en charge par l'Institution de prévoyance.

Plafond annuel de la Sécurité sociale : Plafond de la Sécurité sociale est un montant de référence, fixé par les pouvoirs publics et qui évolue chaque année au 1^{er} janvier. Il est utilisé pour :

- le calcul du montant des cotisations,
- certaines prestations exprimées en pourcentage de sa valeur mensuelle.

Son évolution est consultable sur www.securite-sociale.fr

Régime obligatoire : régime légal français de protection sociale auquel est obligatoirement affilié le Bénéficiaire.

Surcomplémentaire : La surcomplémentaire ou les options à adhésion facultative prévoit la faculté pour le salarié d'améliorer les garanties et celles de ses ayants droit, selon le choix opéré par l'entreprise dans le cadre du contrat socle de base.

En fonction du choix de l'entreprise, le salarié peut demander à bénéficier d'un niveau de couverture supérieur :

- Option 1
- Option 2

Ticket modérateur (TM) : c'est la différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise).

Le montant du ticket modérateur varie selon les actes ou traitements, la nature du risque concerné (maladie, maternité, accident du travail, etc.), ou selon que les soins sont dispensés à l'assuré dans le cadre d'une Affection de Longue Durée (ALD)...

Le ticket modérateur peut être forfaitaire (il est fixé à 24€) pour certains actes dits « lourds ».

La participation forfaitaire d'un euro, les franchises et des dépassements d'honoraires s'ajoutent au ticket modérateur, constituant l'ensemble de ces frais restant à la charge de l'assuré social avant intervention de l'assurance maladie complémentaire.

Le ticket modérateur est obligatoirement pris en charge par les contrats d'assurance maladie complémentaire responsables (sauf exceptions).

Article 24 - PRESCRIPTION

Toutes les actions relatives aux garanties souscrites sont prescrites par un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance (date des soins).

Au-delà de ce délai, les frais ne donneront lieu à aucun remboursement.

Toutefois, ce délai ne court :

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

Si l'action du Bénéficiaire contre l'Institution a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le Bénéficiaire ou a été indemnisé par ce dernier.

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 adressée par l'Institution de Prévoyance à l'adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à l'Institution de

Prévoyance, en ce qui concerne le règlement de la prestation.

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 25 - CONTROLES

Dans la mise en œuvre du service des prestations, l'Institution de Prévoyance peut procéder à des contrôles de toutes natures, avant ou même après tout remboursement.

En cas de refus d'un bénéficiaire de se soumettre à un contrôle médical ou de justifier sa situation médicale ou celle au regard de la Sécurité sociale, le paiement des prestations sera refusé ou immédiatement suspendu.

Article 26 - RECOURS CONTRE TIERS RESPONSABLE ET PERTE DE DROITS

En cas d'accident, l'Institution de Prévoyance est subrogée de plein droit dans les actions à entreprendre contre le tiers responsable dans la limite des prestations qu'elle a versées à un participant, à un ayant droit ou à un professionnel de santé.

En cas de sinistre, lorsque le fait générateur est un accident ou un fait volontaire imputable à un tiers, vous êtes **tenu d'en informer immédiatement l'Institution**. En effet, dans le cas de la présence d'un tiers responsable, l'Institution doit pouvoir se retourner vers l'assureur du tiers responsable (recours subrogatoire). Si vous privez l'Institution de la possibilité d'exercer son recours subrogatoire, vous **perdez le droit au versement des prestations correspondantes**.

Article 27 - CONTROLE DE L'INSTITUTION DE PREVOYANCE

L'Institution de Prévoyance est soumise 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 28 - 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. À ce titre, elles constituent un élément essentiel du contrat, aussi l'Institution de Prévoyance se réserve la possibilité de vérifier les données communiquées.

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de l'adhérent, l'Institution de Prévoyance pourra demander l'annulation du contrat. En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle du participant, la garantie accordée à celui-ci est nulle quand cette réticence ou fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour APICIL PREVOYANCE, alors même que le risque omis ou dénaturé par le participant a été sans influence sur la réalisation du risque.

Dans ces deux cas, les cotisations payées demeurent acquises à l'Institution de Prévoyance.

En cas de fausse déclaration, même en cours d'exécution du contrat, en cas de fraude ou de tentative de fraude, l'Institution de Prévoyance n'est redevable d'aucune prestation même pour la part correspondant le cas échéant à des soins réels.

Article 29 - RECLAMATIONS - MEDIATIONS

29-1 RÉCLAMATIONS

Toutes les réclamations relatives au contrat devront être envoyées directement depuis votre espace client digital.

Ou par courrier à l'adresse suivante :

APICIL PREVOYANCE
Service Partenariats de gestion / Équipe Réclamations
Santé Prévoyance
38, rue François Peissel
69300 CALUIRE et CUIRE

À partir du 1er avril 2024 l'adresse postale à laquelle adresser votre réclamation est la suivante :

APICIL PREVOYANCE
Service Partenariats de gestion / Équipe Réclamations
Santé Prévoyance
51 boulevard Marius Vivier Merle
69003 Lyon

À compter de la date d'envoi de la réclamation, l'Institution doit en accuser réception dans un délai maximum de dix jours ouvrables, sauf si la réponse est apportée dans ce

déla.

La réponse définitive sera envoyée dans un délai maximum de deux mois à compter de la date d'envoi de la réclamation.

29-2 MÉDIATIONS

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

En tout état de cause, le médiateur peut être saisi deux mois après l'envoi d'une première réclamation écrite.

Les saisines sont rédigées en langue française et adressées :

- Soit par voie postale à l'adresse suivante :
Monsieur le Médiateur
de la protection sociale (CTIP)
10 rue Cambacères
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/>

Dans l'hypothèse où l'une quelconque des dispositions du présent règlement ou du contrat d'adhésion serait considérée comme nulle et non applicable par une décision de justice ayant autorité de la chose jugée, cette disposition sera réputée non écrite mais cela n'affectera en aucun cas la validité ou l'applicabilité des autres dispositions.

Article 30 - PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

Le participant est informé que dans le cadre de l'exécution du contrat, APICIL 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 et le Règlement Général européen sur la Protection des Données personnelles (ou « RGPD »).

APICIL PREVOYANCE a nommé un délégué à la 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 de l'exécution du contrat, de la gestion de la relation client et des éventuels litiges susceptibles d'en découler, et a pour base juridique l'exécution du contrat. Le défaut de fourniture des informations obligatoires peut avoir pour conséquence le non-traitement de votre dossier. Chaque formulaire indique si les données sont obligatoires ou facultatives.

Les données peuvent être utilisées afin de permettre à APICIL PREVOYANCE de respecter les obligations légales et réglementaires lui incombant, le cas échéant, telles que les obligations spécifiques 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.

Les données peuvent également être utilisées pour la lutte contre la fraude, pouvant conduire à une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude. Le traitement est alors fondé sur l'intérêt légitime du responsable de traitement dans le respect des droits et intérêts du participant.

Les données personnelles collectées sont également susceptibles d'être utilisées à des fins statistiques, de reporting, d'amélioration des services proposés et de lutte contre la fraude, sur la base des intérêts légitimes d'APICIL PREVOYANCE. Sur cette même base et sauf opposition de la part du participant, les données personnelles ainsi recueillies pourront également être utilisées à des fins de prospection commerciale par APICIL PREVOYANCE, par voie électronique uniquement pour des produits et services similaires à ceux objets du contrat, ainsi que par voie téléphonique et postale. Sous réserve d'avoir obtenu l'accord préalable et exprès du participant, certaines données collectées pourront également être utilisées à des fins de prospection commerciale par les autres membres du Groupe APICIL. Le traitement aura alors pour base juridique le consentement du participant, lequel pourra être retiré à tout moment.

Les destinataires des données sont, suivant les finalités et dans la limite de leurs attributions : les services compétents d'APICIL PREVOYANCE et, le cas échéant, nos réassureurs, vos intermédiaires en assurances, ainsi que les tiers habilités appelés à prendre connaissance de ces données en raison de la gestion ou de la réalisation des finalités déclarées.

Le participant est informé qu'APICIL PREVOYANCE n'envisage pas d'effectuer un transfert des données personnelles vers un pays situé en dehors de l'Union européenne. Le cas échéant, tout transfert de ce type sera effectué moyennant des garanties appropriées, notamment contractuelles, en conformité avec la réglementation applicable en matière de protection des données personnelles.

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://mon.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.

Toute personne concernée dispose à l'égard d'APICIL PREVOYANCE et ce, conformément aux réglementations nationales et européennes en vigueur, des droits suivants, en contactant APICIL PREVOYANCE – Délégué à la protection des données (DPO), 38 rue François Peissel, 69300 Caluire et Cuire :

- 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 de définir des directives relatives au sort de ses données à caractère personnel après son décès.

À compter du 1er avril 2024 l'adresse postale à laquelle contacter le DPO d'APICIL PREVOYANCE est la suivante : 51

boulevard Marius Vivier Merle - 69003 Lyon.

Si elle estime que ses droits ne sont pas respectés, toute personne concernée peut adresser une réclamation en ligne auprès à la CNIL.

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://www.bloctel.gouv.fr/>

D'une manière générale, APICIL PREVOYANCE s'engage 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, APICIL PREVOYANCE s'engage 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 APICIL PREVOYANCE au titre du présent article survivront à la cessation du contrat pour quelle que 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://mon.apicil.com/protection-des-donnees-personnelles/> afin de s'informer en détails sur la politique de données personnelles d'APICIL PREVOYANCE en vigueur.

Article 31 – COMMUNICATION PAR VOIE ELECTRONIQUE

Conformément aux dispositions de l'article 1366 du Code civil, les courriels et les documents électroniques que vous échangez avec l'Institution sont considérés comme étant équivalents à des documents écrits.

L'ensemble des parties reconnaît la valeur probante des courriels et des documents électroniques.

Cette disposition ne fait pas obstacle à la fourniture des documents originaux éventuellement nécessaires à l'Institution pour le paiement des prestations.

NI Santé Organismes de tourisme – 01/2024
SP24/FCR0080

18

Accusé de réception en préfecture
086-248600447-20250401-CC_2025_04_087-DE
Date de télétransmission : 11/04/2025
Date de réception préfecture : 11/04/2025

 **APICIL**
PRÉVOYANCE

PIECES A FOURNIR

LES PRESTATIONS	LISTE DES JUSTIFICATIFS NECESSAIRES
HOSPITALISATION MEDICALE CHIRURGICALE	
Clinique	Bordereau de facturation acquitté
Hôpital	Avis des sommes à payer + attestation de paiement.
Dépassements d'honoraires	Bordereau de facturation acquitté précisant la base de remboursement et le montant du dépassement
SOINS COURANTS	
Honoraires médicaux (Consultations, visites et téléconsultations généralistes, actes techniques médicaux, actes d'imagerie)	Décompte Sécurité sociale original ⁽¹⁾
Frais de transport pris en charge par la Sécurité sociale	Facture détaillée et acquittée ⁽²⁾ /ou Décompte Sécurité sociale original ⁽¹⁾
Pharmacie / Matériel médical	Facture détaillée et acquittée ⁽²⁾ /ou Décompte Sécurité sociale original ⁽¹⁾
OPTIQUE	
Lentilles non prises en charge par la Sécurité sociale	Facture détaillée et acquittée ⁽²⁾
Monture, verres	Facture détaillée et acquittée ⁽²⁾ /ou Décompte Sécurité sociale original ⁽¹⁾
Soins et prothèses dentaires remboursées et non remboursées	Facture acquittée ⁽²⁾ détaillant : le numéro de chaque dent traitée ou remplacée, la nature détaillée des actes (code acte CCAM) les honoraires détaillés, précisant le caractère remboursable par le régime obligatoire.
Implantologie	Facture acquittée ⁽²⁾ détaillant : le numéro de chaque dent traitée ou remplacée, la nature détaillée des actes (code acte CCAM) les honoraires détaillés, précisant le caractère remboursable par le régime obligatoire.
FORFAITS	
Ostéopathe, chiropracteur, diététicien	Facture acquittée ⁽²⁾ avec le cachet du praticien ainsi que le N° ADELI ou RPPS précisant la date et le bénéficiaire des soins
Acupuncteur	Facture acquittée ⁽²⁾ avec le cachet du praticien précisant la date et le bénéficiaire des soins
⁽¹⁾ Les décomptes Sécurité sociale doivent nous être adressés uniquement si vous ne bénéficiez pas du système de télétransmission Noémie ⁽²⁾ Les factures détaillées et acquittées doivent nous être adressées uniquement si vous ne bénéficiez pas du tiers-payant et que vous avez fait l'avance des frais. Toutes les factures fournies doivent impérativement mentionner la date des soins, les actes, la dépense, la prise en charge sécurité sociale (si prise en charge) et le reste à charge. Ces factures doivent aussi être nominatives et préciser le bénéficiaire du traitement ou produit.	

NB : Veuillez à préciser votre numéro client ou votre numéro de Sécurité sociale sur chaque correspondance.

Nous pouvons vous demander, si besoin, toute autre pièce utile au remboursement des prestations ou effectuer tout contrôle nécessaire à l'application de votre garantie, notamment s'agissant de la preuve de la qualité d'ayant droit du bénéficiaire.

Accusé de réception en préfecture
086-248600447-20250401-CC_2025_04_087-DE
Date de télétransmission : 11/04/2025
Date de réception préfecture : 11/04/2025

Accusé de réception en préfecture
086-248600447-20250401-CC_2025_04_087-DE
Date de télétransmission : 11/04/2025
Date de réception préfecture : 11/04/2025

Vos garanties

Régime complémentaire prévoyance



CCN DES ORGANISMES DE TOURISME

IDCC 1909

Régime conventionnel BASE

* Non-cadres : les salariés ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'ANI du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres

** Cadres : les salariés relevant des articles 2.1 et 2.2 de l'ANI du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres

En vigueur à compter du 01/01/2024

Nature des garanties	En pourcentage du salaire brut de référence ⁽¹⁾	
	Régime conventionnel BASE	
	NON CADRES *	CADRES **
GARANTIES DÉCÈS		
Capital décès toutes causes		
Quelle que soit la situation familiale	100 %	400 %
Garantie en cas de perte totale et irréversible d'autonomie - PTIA		
En cas de perte totale et irréversible d'autonomie du salarié, versement anticipé du capital décès	100 %	400 %
Décès simultané ou postérieur du conjoint (double effet)		
Si, simultanément ou après le décès du participant, son conjoint non remarié non divorcé, non séparé judiciairement, à défaut son partenaire avec qui il était lié par un PACS, décède à son tour, il est versé par parts égales, aux enfants à charge du dernier survivant, un capital égal à celui prévu en cas de décès toutes causes.	-	100 % du capital décès toutes causes
Rente éducation (assurée par l'OCIRP ⁽³⁾)		
Rente temporaire annuelle d'éducation versée par enfant à charge jusqu'au 26 ^e anniversaire (si poursuite d'études)		
o Jusqu'au 12 ^e anniversaire	8 %	8 %
o De 12 ans jusqu'au 18 ^e anniversaire	10 %	12 %
o De 18 ans jusqu'au 26 ^e anniversaire, sous conditions de poursuite d'études.	12 %	15 %
Doublément de la rente pour les orphelins des deux parents	Oui	Oui
Rente viagère pour les enfants invalides au moment du décès	Oui	Oui
Frais d'obsèques		
Allocation versée en cas de décès du salarié	100 % PMSS ⁽²⁾	100 % PMSS ⁽²⁾

APICIL Prévoyance

Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale. Enregistrée au répertoire SIRENE N° 321 862 500

38 rue François Peissel
BP 99
69644 Caluire et Cuire Cedex
www.apicil.com

GARANTIES ARRÊT DE TRAVAIL

Incapacité	Sous déduction des prestations brutes de la Sécurité sociale, y compris indemnité temporaire d'invalidité, et du salaire maintenu par l'employeur et dans la limite de 100 % du salaire net	
Franchise		
- Ancienneté > 1 an	En relais des obligations de maintien de salaire	
- Ancienneté < 1 an	90 jours d'arrêt de travail continu	
Indemnités journalières versées	66,67 %	75 %
Invalidité	Sous déduction des rentes brutes versées par la Sécurité sociale et dans la limite de 100 % du salaire net	
Rente versée en invalidité de 1ère catégorie	40 %	45 %
Rente versée en invalidité 2 ^e et 3 ^e catégorie	66,67 %	75 %
Accident du travail, maladie professionnelle		
Taux de rente versée en incapacité partielle permanente (IPP) supérieur ou égal à 33 % et inférieur à 66 %	40 %	45 %
Taux de rente versée en incapacité partielle permanente (IPP) supérieur ou égal à 66 %	66,67 %	75 %

(1) Le salaire brut de référence correspond au salaire annuel brut, limité à la tranche 2 (T2), perçu au cours des douze mois civils précédant le sinistre.

T1 : tranche de salaire inférieure ou égale au plafond annuel de la Sécurité sociale,

T2 : tranche de salaire comprise entre 1 fois et 8 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.

(2) **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale.

(3) **OCIRP** : Organisme Commun des Institutions de Rente et de Prévoyance, Union d'institutions de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale – Siège social : 17 rue de Marignan – CS 50 003 - 75008 Paris

APICIL Prévoyance

Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale. Enregistrée au répertoire SIRENE N° 321 862 500

38 rue François Peissel
BP 99
69644 Caluire et Cuire Cedex
www.apicil.com

Vos garanties

Régime complémentaire prévoyance



CCN DES ORGANISMES DE TOURISME

IDCC 1909

Régime amélioré BASE + OPTION

* Non-cadres : les salariés ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'ANI du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres

** Cadres : les salariés relevant des articles 2.1 et 2.2 de l'ANI du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres

En vigueur à compter du 01/01/2025

Nature des garanties	En pourcentage du salaire brut de référence ⁽¹⁾	
	Régime amélioré BASE + OPTION	
	NON CADRES *	CADRES **
GARANTIES DÉCÈS		
Capital décès toutes causes		
Quelle que soit la situation familiale	150 %	500 %
Garantie en cas de perte totale et irréversible d'autonomie - PTIA		
En cas de perte totale et irréversible d'autonomie du salarié, versement anticipé du capital décès	150 %	500 %
Décès simultané ou postérieur du conjoint (double effet)		
Si, simultanément ou après le décès du participant, son conjoint non remarié non divorcé, non séparé judiciairement, à défaut son partenaire avec qui il était lié par un PACS, décède à son tour, il est versé par parts égales, aux enfants à charge du dernier survivant, un capital égal à celui prévu en cas de décès toutes causes.	100 % du capital décès toutes causes	100 % du capital décès toutes causes
Rente éducation (assurée par l'OCIRP ⁽³⁾)		
Rente temporaire annuelle d'éducation versée par enfant à charge jusqu'au 26 ^e anniversaire (si poursuite d'études)		
o Jusqu'au 12 ^e anniversaire	8 %	10 %
o De 12 ans jusqu'au 18 ^e anniversaire	12 %	15 %
o De 18 ans jusqu'au 26 ^e anniversaire, sous conditions de poursuite d'études.	15 %	20 %
Doublement de la rente pour les orphelins des deux parents	Oui	Oui
Rente viagère pour les enfants invalides au moment du décès	Oui	Oui
Frais d'obsèques		
Allocation versée en cas de décès du salarié	100 % PMSS ⁽²⁾	100 % PMSS ⁽²⁾

GARANTIES ARRÊT DE TRAVAIL

APICIL PRÉVOYANCE

Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale.
Enregistrée au répertoire SIRENE N° 321 862 500

TSA 95568
69501 LYON CEDEX 03
www.apicil.com

Incapacité	Sous déduction des prestations brutes de la Sécurité sociale, y compris indemnité temporaire d'inaptitude, et du salaire maintenu par l'employeur et dans la limite de 100 % du salaire net	
Franchise		
- Ancienneté > 1 an	En relais et complément des obligations de maintien de salaire	
- Ancienneté < 1 an	90 jours d'arrêt de travail continu	
Indemnités journalières versées	75 %	80 %
Invalidité	Sous déduction des rentes brutes versées par la Sécurité sociale et dans la limite de 100 % du salaire net	
Rente versée en invalidité de 1ère catégorie	45 %	48 %
Rente versée en invalidité 2° et 3° catégorie	75 %	80 %
Accident du travail, maladie professionnelle		
Taux de rente versée en incapacité partielle permanente (IPP) supérieur ou égal à 33 % et inférieur à 66 %	45 %	48 %
Taux de rente versée en incapacité partielle permanente (IPP) supérieur ou égal à 66 %	75 %	80 %

(1) Le salaire brut de référence correspond au salaire annuel brut, limité à la tranche 2 (T2), perçu au cours des douze mois civils précédant le sinistre.

T1 : tranche de salaire inférieure ou égale au plafond annuel de la Sécurité sociale,

T2 : tranche de salaire comprise entre 1 fois et 8 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.

(2) **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale.

(3) **OCIRP** : Organisme Commun des Institutions de Rente et de Prévoyance, Union d'institutions de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale – Siège social : 17 rue de Marignan – CS 50 003 - 75008 Paris

APICIL PRÉVOYANCE

Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale.
Enregistrée au répertoire SIRENE N° 321 862 500

TSA 95568
69501 LYON CEDEX 03
www.apicil.com

Vos cotisations

Régime complémentaire PREVOYANCE



CCN DES ORGANISMES DE TOURISME

IDCC 1909

NON CADRES : salariés ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'ANI du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres

Régime conventionnel obligatoire BASE

En vigueur à compter du 1er janvier 2025

TAUX DE COTISATIONS En pourcentage du salaire brut annuel		
Garanties	T1	T2
Capitaux décès / PTIA	0,14%	0,14%
Double effet	0,00%	0,00%
Frais d'obsèques	0,01%	0,01%
Rente éducation (assurée par l'OCIRP*)	0,12%	0,12%
Incapacité de travail temporaire	0,17%	0,17%
Invalidité - IPP	0,35%	0,35%
Sous-total cotisations de risques	0,79%	0,79%
Reprise de passifs	0,07%	0,07%
Sous-total cotisations de passif	0,07%	0,07%
TOTAL	0,86%	0,86%

APICIL PRÉVOYANCE

Institution de prévoyance régie par le titre III du
livre IX du Code de la Sécurité sociale.
Enregistrée au répertoire SIRENE N° 321 862 500

TSA 95568
69501 LYON CEDEX 03
www.apicil.com

Régime amélioré obligatoire BASE + OPTION

En vigueur à compter du 1er janvier 2025

TAUX DE COTISATIONS En pourcentage du salaire brut annuel		
Garanties	T1	T2
Capitaux décès / PTIA	0,22%	0,22%
Double effet	0,01%	0,01%
Frais d'obsèques	0,01%	0,01%
Rente éducation (assurée par l'OCIRP *)	0,15%	0,15%
Incapacité de travail temporaire	0,26%	0,26%
Incapacité - IPP	0,54%	0,54%
Sous-total cotisations de risques	1,19%	1,19%
Reprise de passifs	0,11%	0,11%
Sous-total cotisations de passif	0,11%	0,11%
TOTAL	1,30%	1,30%

Le régime de prévoyance est financé intégralement par l'employeur

T1 : fraction de salaire inférieure ou égale au PASS
T2 : fraction de salaire comprise entre 1 fois et 8 fois le PASS

PASS : Plafond Annuel de la Sécurité Sociale
PTIA : Perte totale et irréversible d'autonomie
IPP : Incapacité partielle permanente

***OCIRP** : Organisme Commun des Institutions de Rente et de Prévoyance, Union d'institutions de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale – Siège social : 17 rue de Marignan – CS 50 003 - 75008 Paris

APICIL PRÉVOYANCE

Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale.
Enregistrée au répertoire SIRENE N° 321 862 500

TSA 95568
69501 LYON CEDEX 03
www.apicil.com

Vos cotisations

Régime complémentaire PREVOYANCE



CCN DES ORGANISMES DE TOURISME

IDCC 1909

CADRES : salariés relevant des articles 2.1 et 2.2 de l'ANI du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres

Régime conventionnel obligatoire BASE

En vigueur à compter du 1er janvier 2025

TAUX DE COTISATIONS En pourcentage du salaire brut annuel		
Garanties	T1	T2
Capitales décès / PTIA	0,82%	0,82%
Double effet	0,01%	0,01%
Frais d'obsèques	0,01%	0,01%
Rente éducation (assurée par l'OCIRP*)	0,14%	0,14%
Incapacité de travail temporaire	0,24%	0,53%
Incapacité - IPP	0,42%	1,26%
Sous-total cotisations de risques	1,64%	2,77%
Reprise de passifs	0,10%	0,10%
Sous-total cotisations de passif	0,10%	0,10%
TOTAL	1,74%	2,87%

APICIL PRÉVOYANCE

Institution de prévoyance régie par le titre III du
livre IX du Code de la Sécurité sociale.
Enregistrée au répertoire SIRENE N° 321 862 500

TSA 95568
69501 LYON CEDEX 03
www.apicil.com

Régime amélioré obligatoire BASE + OPTION

En vigueur à compter du 1er janvier 2025

TAUX DE COTISATIONS En pourcentage du salaire brut annuel		
Garanties	T1	T2
Capitaux décès / PTIA	1,03%	1,03%
Double effet	0,01%	0,01%
Frais d'obsèques	0,01%	0,01%
Rente éducation (assurée par l'OCIRP *)	0,19%	0,19%
Incapacité de travail temporaire	0,25%	0,54%
Incapacité - IPP	0,51%	1,35%
Sous-total cotisations de risques	2,00%	3,13%
Reprise de passifs	0,15%	0,15%
Sous-total cotisations de passif	0,15%	0,15%
TOTAL	2,15%	3,28%

Le régime de prévoyance est financé intégralement par l'employeur

T1 : fraction de salaire inférieure ou égale au PASS
T2 : fraction de salaire comprise entre 1 fois et 8 fois le PASS

PASS : Plafond Annuel de la Sécurité Sociale
PTIA : Perte totale et irréversible d'autonomie
IPP : Incapacité partielle permanente

***OCIRP** : Organisme Commun des Institutions de Rente et de Prévoyance, Union d'institutions de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale – Siège social : 17 rue de Marignan – CS 50 003 - 75008 Paris

APICIL PRÉVOYANCE

Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale.
Enregistrée au répertoire SIRENE N° 321 862 500

TSA 95568
69501 LYON CEDEX 03
www.apicil.com

DEMANDE D'ADHÉSION COLLECTIVE

CCN des organismes de tourisme
IDCC 1909

**Régime conventionnel et
garanties optionnelles**

Entreprise

Prévoyance



APICIL PRÉVOYANCE

Institution de prévoyance régie par le titre III du
livre IX du Code de la Sécurité sociale.
Enregistrée au répertoire SIRENE N° 321 862 500

TSA 95568
69501 LYON CEDEX 03
www.apicil.com

LISTE DES PIÈCES À JOINDRE À VOTRE DEMANDE D'ADHÉSION

Merci de renvoyer votre demande d'adhésion complétée, datée et signée , accompagnée des documents mentionnés ci-dessous.	Réservé au centre de gestion
PIÈCES OBLIGATOIRES	
<p>Un extrait Kbis de moins de trois mois du siège et des différents établissements :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ou à défaut l'inscription au répertoire SIRENE ; ▪ ou à défaut le justificatif d'inscription au Registre du Commerce et des Sociétés (RCS) ou au Répertoire des Métiers (RM) ; ▪ ou à défaut la notification d'inscription INSEE, ▪ ou à défaut le récépissé de déclaration en préfecture pour les associations. 	
La copie d'une pièce d'identité du ou des dirigeant(s) et du signataire si différent en cours de validité : carte nationale d'identité (recto/verso), passport , carte de séjour ou permis de conduire délivré depuis le 16/09/2013 avec date de fin de validité.	
La délégation de pouvoir en bonne et due forme du signataire si ce dernier n'est pas le représentant légal de l'entreprise. À défaut, les statuts, si ceux-ci confirment le pouvoir du signataire.	
La copie de la déclaration au registre des bénéficiaires effectifs au greffe du tribunal de commerce.	
PIÈCES SUPPLEMENTAIRES OBLIGATOIRES SELON DOSSIER	
<p>Le(s) tableau(x) des sinistres en cours au jour de la date d'effet du contrat et survenus antérieurement à cette date.</p> <p>Attention : les sinistres en cours non déclarés lors de l'adhésion ne seront pas pris en compte ultérieurement.</p>	
Une liste déclarative des anciens salariés couverts au titre de la portabilité des droits indiquant pour chaque intéressé(e) son numéro de Sécurité sociale, ses nom et prénom, sa date et lieu de naissance (CP, ville, pays), la date de cessation de son contrat de travail, le salaire annuel brut soumis à cotisations de Sécurité sociale précédant cette date de cessation, les dates de début et de fin de la période de maintien de garanties.	
Un état nominatif des salariés dont le contrat de travail est suspendu .	
La liste des salariés à transférer dans le cadre d'une opération juridique (reprise, fusion, absorption...)	
Si vous n'utilisez pas la DSN : les demandes individuelles d'affiliation/radiation pour chaque salarié à assurer ou un état ou fichier nominatif du personnel à assurer par catégorie professionnelle indiquant notamment pour chaque intéressé(e) son numéro de Sécurité sociale, ses nom et prénom, son adresse, sa date et lieu de naissance (CP, ville, pays), sa date d'embauche.	



CCN ORGANISMES DE TOURISME

Organismes de tourisme
IDCC 1909

Votre conseiller	
Nom :	
Code :	
Tél. :	
Cadre réservé à la gestion	
N° devis :	
Date du devis :	

À remplir par l'entreprise et à renvoyer à votre conseiller,
commercial ou courtier.

Nouvelle adhésion Modification d'adhésion

ENTREPRISE

N° SIRET : _____
Dénomination ou raison sociale :
Forme juridique : Date de création de l'entreprise : _____
Adresse :
Code postal : Ville :
Tél. : E-mail :
Dénomination et adresse du siège social (si différentes) :
Code NACE : Activité principale exercée :
IDCC - Convention collective appliquée par l'entreprise : : **1909 – Organismes de tourisme**

DIRIGEANT(E)

Nom d'usage du représentant légal : Nom de naissance :
Prénom : Agissant en qualité de :
Date naissance :/...../..... Lieu naissance (code postal/ville/pays) :

Bénéficiaires effectifs = Toute personne physique détenant directement ou indirectement plus de 25 % du capital ou des droits de vote, ou exerçant un pouvoir de contrôle (Article R 561-1 du Code monétaire et financier)	1	2	3	4
Nom d'usage				
Nom de naissance				
Prénoms				
Date de naissance				
Lieu de naissance (code postal/ville/pays)				
Parts/actions détenues				
Bénéficiaire effectif depuis le				

L'entreprise déclare ne pas avoir de bénéficiaires effectifs

En l'absence de bénéficiaires effectifs, remplir uniquement les informations relatives au représentant légal.

CONTACT DANS L'ENTREPRISE

Nom de la personne à contacter pour le suivi du dossier :
Fonction : Tél. :
E-mail (pour faciliter nos échanges) :

Collège(s) assuré(s)	Effectif	Garanties Régime amélioré obligatoire BASE + OPTION	Taux de cotisations exprimés en pourcentage du salaire annuel brut		Date d'effet demandée ⁽¹⁾
			T1	T2	
<input type="checkbox"/> Cadres Salariés relevant des art. 2.1 et 2.2 de l'ANI du 17/11/2017	<ul style="list-style-type: none"> Décès/PTIA, double effet, frais d'obsèques, incapacité de travail, invalidité/IPP Rente éducation (garantie assurée par l'OCIRP*) 	2,15 %	3,28 %/...../.....
<input type="checkbox"/> Non-cadres Salariés ne relevant pas des art. 2.1 et 2.2 de l'ANI du 17/11/2017	<ul style="list-style-type: none"> Décès/PTIA, double effet, frais d'obsèques, incapacité de travail, invalidité/IPP Rente éducation (garantie assurée par l'OCIRP*) 	1,30 %	1,30 %/...../.....

Tarifs indiqués sous réserve des négociations en cours au sein de votre Branche professionnelle.
En cas de changement, l'évolution de taux sera formalisée via lettre avenant.

⁽¹⁾ Au plus tôt le 1^{er} jour du mois suivant la demande

T1 : fraction de salaire inférieure ou égale au PASS | **T2** : fraction de salaire comprise entre 1 fois et 8 fois le PASS
PASS : Plafond Annuel de la Sécurité Sociale | **PTIA** : Perte Totale et Irréversible d'Autonomie | **IPP** : Incapacité partielle permanente

***OCIRP** : Organisme Commun des Institutions de Rente et de Prévoyance, Union d'institutions de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale – Siège social : 17 rue de Marignan – CS 50 003 - 75008 Paris

DÉCLARATIONS ET SIGNATURE

Je soussigné(e) :

Nom d'usage du signataire : Nom de naissance :

Prénom : E-mail :

Date naissance :/...../..... Lieu naissance (code postal/ville/pays) :

agissant en qualité de représentant l'entreprise

ci-dessus nommée, demande à adhérer, au profit de l'ensemble de ses salariés entrant dans le champ d'application au contrat collectif à adhésion obligatoire ainsi qu'au contrat collectif à adhésion facultative du régime de prévoyance de la **Convention Collective Nationale Organisme de Tourisme**, auprès d'APICIL Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale, dont le siège social est situé 51 Boulevard Marius Vivier-Merle, 69003 Lyon.

Cette adhésion permet à l'entreprise d'être en conformité avec les dispositions définies dans l'**avenant n°41 du 31/08/2024**, relatif à la mise en place du régime de prévoyance dans le cadre de la **Convention Collective Nationale Organisme de Tourisme**.

L'entreprise déclare avoir pris connaissance des conditions générales décrivant le régime de prévoyance conventionnel obligatoire. Dès l'enregistrement de l'adhésion, APICIL Prévoyance adressera la notice d'information relative au régime de prévoyance choisi par l'entreprise. Cette notice doit être obligatoirement remise à chaque salarié par l'entreprise.

APICIL Prévoyance s'engage à respecter les dispositions de l'accord conventionnel de prévoyance et à procéder aux informations prévues par la loi ou nécessaires à l'évolution dudit accord.

Je reconnais que le conseiller m'a bien remis le document d'information sur le produit d'assurance ainsi que la fiche conseil.

Je reconnais avoir reçu l'information nécessaire me permettant de déterminer si le contrat de prévoyance proposé est adapté aux besoins de l'entreprise et de ses salariés.

Je déclare sur l'honneur que l'ensemble des informations portées sur cette demande d'adhésion est strictement conforme à la réalité.

J'envoie la présente demande d'adhésion, dûment complétée et signée, au centre de gestion accompagnée des pièces justificatives demandées et **conserve une copie du présent document**.

APICIL PRÉVOYANCE

Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale.
Enregistrée au répertoire SIRENE N° 321 862 500

TSA 95568
69501 LYON CEDEX 03
www.apicil.com

Accusé de réception en préfecture
086-248600447-20250401-CC_2025_04_087-DF
Date de télétransmission : 11/04/2025
Date de réception préfecture : 11/04/2025

ORGANISMES DE TOURISME - DA - 2024 - SP23/FCR0365 - Maj 11/2024

5/6

Date : _____

Cachet de l'entreprise :

Signature* :

Précédée de la mention « Lu et approuvé »

***Si le signataire n'est pas le représentant légal, joindre les pouvoirs**

Les informations recueillies sur ce document sont enregistrées dans un fichier informatisé par **APICIL Prévoyance** pour la gestion des contrats. La base légale du traitement est l'exécution d'un contrat. Des traitements sont également mis en œuvre dans le cadre de l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ou basés sur notre intérêt légitime, comme la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ainsi que la lutte contre la fraude.

Les données collectées pourront être communiquées aux entités du Groupe APICIL, à ses partenaires et sous-traitants éventuels ainsi qu'aux tiers dûment habilités lorsque cette communication est strictement nécessaire pour les finalités déclarées.

Les données personnelles recueillies ne sont pas conservées au-delà de la durée nécessaire à la finalité de leur traitement et des durées de prescription légale applicable en fonction du type de données collectées.

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Vous pouvez également retirer votre consentement, vous opposer au traitement de vos données, exercer votre droit à la portabilité ou définir des directives post mortem. Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données, vous pouvez écrire à **dpo@apicil.com** ou à l'adresse : **APICIL Prévoyance – Délégué à la protection des données (DPO) - Direction des Systèmes d'Information - 51 Boulevard Marius Vivier-Merle, 69003 Lyon**. Si vous estimez que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL. Plus de détails sur www.apicil.com/protection-des-donnees-personnelles.

APICIL PRÉVOYANCE

Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale.
Enregistrée au répertoire SIRENE N° 321 862 500

TSA 95568
69501 LYON CEDEX 03
www.apicil.com

Accusé de réception en préfecture
086-2486004 APICIL Prévoyance
Date de télétransmission : 11/04/2025
Date de réception préfecture : 11/04/2025

APICIL PRÉVOYANCE - ORGANISMES DE TOURISME - DA - 2024 - SP23/FCR0365 - Maj 11/2024

6/6

Vos garanties

Régime complémentaire prévoyance



CCN ORGANISMES DE TOURISME

IDCC 1909

CC TOURISM-2 / Non-Cadres *

En vigueur au 01/01/2024

Nature des garanties	En pourcentage du salaire de référence** T1 + T2
Garantie Mensualisation	
	Sous déduction des prestations brutes de la Sécurité sociale
De 1 à 2 ans d'ancienneté à compter du 1^{er} jour d'arrêt de travail	
- 2 mois de maintien de la rémunération nette à	100 %
- Puis 2 mois de maintien de la rémunération brute aux	2/3
Au-delà de 2 ans d'ancienneté à compter du 1^{er} jour d'arrêt de travail	
- 3 mois de maintien de la rémunération nette à	100 %
- Puis 3 mois de maintien de la rémunération brute aux	2/3
Les périodes d'indemnisation sont décomptées sur 12 mois consécutifs à partir du 1 ^{er} jour d'absence	

* les salariés ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'ANI du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres

** Salaire de référence : salaire mensuel que le salarié aurait perçu s'il travaillait normalement

Abréviations : T1 : fraction de salaire inférieure ou égale au PMSS
T2 : fraction de salaire comprise entre 1 fois et 4 fois le PMSS

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale

APICIL PRÉVOYANCE

Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale.
Enregistrée au répertoire SIRENE N° 321 862 500

51 boulevard Marius Vivier-Merle
TSA 95568
69501 LYON CEDEX 03
www.apicil.com

OF – ENT – PREV – CCN Organismes de tourisme – BG Maintien de salaire Non-Cadre – SP23/FCR0469 – Maj 01/2024

Accusé de réception en préfecture
086-248600447-20250401-CC_2025_04_087-DE
Date de télétransmission : 11/04/2025
Date de réception préfecture : 11/04/2025

Vos garanties

Régime complémentaire prévoyance



CCN ORGANISMES DE TOURISME

IDCC 1909

CC TOUR C-1 / Cadres *

En vigueur au 01/01/2024

Nature des garanties	En pourcentage du salaire de référence** T1 + T2
Garantie Mensualisation	
	Sous déduction des prestations brutes de la Sécurité sociale
De 1 an à 2 ans d'ancienneté à compter du 1^{er} jour d'arrêt de travail	
- 2 mois de maintien de la rémunération nette à	100 %
- Puis 2 mois de maintien de la rémunération brute aux	2/3
Au-delà de 2 ans d'ancienneté à compter du 1^{er} jour d'arrêt de travail	
- 3 mois de maintien de la rémunération nette à	100%
- Puis 3 mois de maintien de la rémunération brute aux	2/3
Les périodes d'indemnisation sont décomptées sur 12 mois consécutifs à partir du 1 ^{er} jour d'absence	

* les salariés relevant des articles 2.1 et 2.2 de l'ANI du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres

** Salaire de référence : salaire mensuel que le salarié aurait perçu s'il travaillait normalement

Abréviations : T1 : fraction de salaire inférieure ou égale au PMSS
T2 : fraction de salaire comprise entre 1 fois et 4 fois le PMSS

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale

APICIL PRÉVOYANCE

Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale.
Enregistrée au répertoire SIRENE N° 321 862 500

51 boulevard Marius Vivier-Merle
TSA 95568
69501 LYON CEDEX 03
www.apicil.com

OF - ENT - PREV - CCN Organismes de tourisme _ BG Maintien de salaire Cadre - SP23/FCR0469 - Maj 01/2024

Accusé de réception en préfecture
086-248600447-20250401-CC_2025_04_087-DE
Date de télétransmission : 11/04/2025
Date de réception préfecture : 11/04/2025

Accusé de réception en préfecture
086-248600447-20250401-CC_2025_04_087-DE
Date de télétransmission : 11/04/2025
Date de réception préfecture : 11/04/2025



**Offre sectorielle
Maintien de salaire
Organismes de Tourisme
IDCC 1909**

Votre conseiller	
Nom :	
Code :	
Tél. :	
Cadre réservé à la gestion	
N° devis :	
Date du devis :	

À remplir par l'entreprise et à renvoyer à votre conseiller commercial ou courtier.

Nouvelle adhésion Modification d'adhésion

ENTREPRISE

N° SIRET : _____
Dénomination ou raison sociale :
Forme juridique : Date de création de l'entreprise : _____
Adresse :
Code postal : Ville :
Tél. : E-mail :
Dénomination et adresse du siège social (si différentes) :
Code NACE : Activité principale exercée :
IDCC - Convention collective appliquée par l'entreprise : **1909 – Organismes de tourisme**

DIRIGEANT(E)

Nom d'usage du représentant légal : Nom de naissance :
Prénom : Agissant en qualité de :
Date naissance :/...../..... Lieu naissance (code postal/ville/pays) :

Bénéficiaires effectifs = Toute personne physique détenant directement ou indirectement plus de 25 % du capital ou des droits de vote, ou exerçant un pouvoir de contrôle (Article R 561-1 du Code monétaire et financier)	1	2	3	4
	Nom d'usage			
Nom de naissance				
Prénoms				
Date de naissance				
Lieu de naissance (code postal/ville/pays)				
Parts/actions détenues				
Bénéficiaire effectif depuis le				

L'entreprise déclare ne pas avoir de bénéficiaires effectifs

En l'absence de bénéficiaires effectifs, remplir uniquement les informations relatives au représentant légal.

APICIL PRÉVOYANCE

Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale.
Enregistrée au répertoire SIRENE N° 321 862 500

51 boulevard Marius Vivier-Merle
TSA 95568
69501 LYON CEDEX 03
www.apicil.com

CONTACT DANS L'ENTREPRISE

Nom de la personne à contacter pour le suivi du dossier :
Fonction : Tél. :
E-mail (pour faciliter nos échanges) :

CABINET COMPTABLE

Nom du cabinet :
Nom de la personne à contacter pour le suivi du dossier :
Adresse :
Code postal : Ville :
Tél. : E-mail :

EFFECTIFS

Effectif global de l'entreprise : Effectif personnel cadre : Effectif personnel non-cadre :
Anciens salariés bénéficiaires de la portabilité des droits :

SINISTRES EN COURS

Par « **sinistres en cours** » il faut entendre : le personnel (y compris ceux en portabilité ou dont le contrat de travail est suspendu, voire résilié) en arrêt de travail, indemnisé ou non, au titre de l'Assurance Maladie ou par un précédent organisme assureur complémentaire, en accident du travail ou maladie professionnelle, en invalidité, ou encore en mi-temps thérapeutique, à la date d'effet des garanties.

Avez-vous des sinistres en cours sur votre effectif, connus à ce jour ? * Oui Non

Si oui, merci de compléter les tableaux de déclaration des sinistres en cours joints à la présente demande d'adhésion. Sinon, vous rapprocher de votre commercial ou de votre courtier afin qu'il vous transmette les documents déclaratifs ad hoc. Ils seront à compléter, signer et retourner avec votre demande d'adhésion.

* **La déclaration des sinistres en cours est obligatoire** afin de pouvoir estimer le tarif au plus juste, en tenant compte de cette reprise de passif. **L'entreprise s'engage à déclarer tous les arrêts de travail à la date de la proposition commerciale. Si de nouveaux arrêts sont survenus entre cette date et la date d'effet du contrat, l'entreprise devra impérativement les déclarer à l'assureur. L'Institution ne prendra en charge aucune prestation qui concernerait des salariés (ou anciens salariés) non déclarés au titre de la déclaration des sinistres en cours.**

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de l'adhérent, l'Institution pourra demander l'annulation du contrat.

GARANTIES RETENUES ET COTISATIONS

Collège assuré	Effectif assuré	Nom du produit	Taux de cotisations		Date d'effet demandée ⁽³⁾
			T1	T2	
<input type="checkbox"/> Cadres ⁽¹⁾	<input type="checkbox"/> CC TOUR C-1 (Mensu) % %/...../.....
<input type="checkbox"/> Non cadres ⁽²⁾	<input type="checkbox"/> CC TOURISM-2 (Mensu) % %/...../.....

⁽¹⁾ Salariés relevant des art. 2.1 et 2.2 de l'ANI du 17-11-2017

⁽²⁾ Salariés ne relevant pas des art. 2.1 et 2.2 de l'ANI du 17-11-2017

T1 : fraction de salaire inférieure ou égale au PASS | **T2** : fraction de salaire comprise entre 1 fois et 4 fois le PASS

⁽³⁾ Au plus tôt le 1^{er} jour du mois suivant la demande

APICIL PRÉVOYANCE

Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale.
Enregistrée au répertoire SIRENE N° 321 862 500

51 boulevard Marius Vivier-Merle
TSA 95568
69501 LYON CEDEX 03
www.apicil.com

DÉCLARATIONS ET SIGNATURE

Je soussigné(e) :

Nom d'usage du signataire : Nom de naissance :

Prénom : E-mail :

Date naissance :/...../..... Lieu naissance (code postal/ville/pays) :

agissant en qualité de représentant l'entreprise,

ci-dessus nommée, reconnais avoir reçu et pris connaissance du règlement de APICIL PREVOYANCE et de la notice d'information du/des contrat(s) auquel/auxquels je demande à souscrire. Cette notice doit être obligatoirement remise à chaque salarié par l'entreprise.

Je reconnais que le conseiller m'a bien remis le document d'information sur le produit d'assurance ainsi que la fiche conseil.

Je reconnais avoir reçu l'information nécessaire me permettant de déterminer si le contrat de prévoyance proposé est adapté aux besoins de l'entreprise et de ses salariés.

Je déclare sur l'honneur que l'ensemble des informations portées sur cette demande d'adhésion est strictement conforme à la réalité.

Je demande l'adhésion de l'entreprise au contrat collectif d'assurance Offre sectorielle-Maintien de salaire-Organismes de tourisme, à partir du :

Date d'effet souhaitée (lors de l'établissement du devis) : ____/____/____

J'envoie la présente demande d'adhésion, dûment complétée et signée, au centre de gestion accompagnée des pièces justificatives demandées et **conserve une copie du présent document.**

Date : ____/____/____

Cachet de l'entreprise :

Signature* :

Précédée de la mention « Lu et approuvé »

***Si le signataire n'est pas le représentant légal, joindre les pouvoirs**

Les informations recueillies sur ce document sont enregistrées dans un fichier informatisé par **APICIL Prévoyance** pour la gestion des contrats. La base légale du traitement est l'exécution d'un contrat. Des traitements sont également mis en œuvre dans le cadre de l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ou basés sur notre intérêt légitime, comme la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ainsi que la lutte contre la fraude.

Les données collectées pourront être communiquées aux entités du Groupe APICIL, à ses partenaires et sous-traitants éventuels ainsi qu'aux tiers dûment habilités lorsque cette communication est strictement nécessaire pour les finalités déclarées.

Les données personnelles recueillies ne sont pas conservées au-delà de la durée nécessaire à la finalité de leur traitement et des durées de prescription légale applicable en fonction du type de données collectées.

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Vous pouvez également retirer votre consentement, vous opposer au traitement de vos données, exercer votre droit à la portabilité ou définir des directives post mortem. Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données, vous pouvez écrire à **dpo@apicil.com** ou à l'adresse : **APICIL Prévoyance – Délégué à la protection des données (DPO) – Direction des Systèmes d'Information – 51 boulevard Marius Vivier-Merle, 69003 Lyon.**

Si vous estimez que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL. Plus de détails sur www.apicil.com/protection-des-donnees-personnelles.

APICIL PRÉVOYANCE

Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale.
Enregistrée au répertoire SIRENE N° 321 862 500

51 boulevard Marius Vivier-Merle
TSA 95568
69501 LYON CEDEX 03
www.apicil.com

Accusé de réception en préfecture
086-248600447-20250401-CC_2025_04_087-DE
Date de télétransmission : 11/04/2025
Date de réception préfecture : 11/04/2025

NOTICE D'INFORMATION PREVOYANCE

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

Cette notice d'information (**NI-PREV ORGANISMES DU TOURISME 01-24**) vous permettra de connaître les garanties de prévoyance souscrites par votre entreprise :

Pour les garanties Incapacité Temporaire de Travail, Invalidité et Capitaux Décès/ Invalidité absolue et définitive, auprès d'APICIL PREVOYANCE, Institution de prévoyance régie par le code de la Sécurité sociale et enregistrée sous le numéro SIREN 321 862 500, dont le siège social est situé 38 rue François Peissel à Caluire (69300) et ci-après parfois dénommée « l'Institution ».

A compter du 1^{er} avril 2024, le siège social sera situé au : 51 boulevard Marius Vivier Merle - 69003 Lyon.

Pour la garantie rente éducation, auprès de l'OCIRP Organisme Commun des Institutions des Rentes et de Prévoyance, Union d'institutions de prévoyance régie par le Code de la sécurité sociale ; Siège social 17 rue de Marignan – CS 50 003 - 75008 Paris.

APICIL Prévoyance est habilitée à gérer la garantie Rente éducation assurée par l'OCIRP.

La notice d'information comprend trois parties :

- des généralités communes à toutes les garanties,
- les définitions des garanties,
- le barème de garanties.

En cas de dispositions contradictoires entre ce qui est prévu dans la notice et ce que prévoit le barème de garanties, c'est ce qui est marqué au barème 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 employeur, ci-après dénommée parfois « l'adhérent », et dont vous bénéficiez.

Nous restons à votre entière disposition pour vous communiquer tout renseignement dont vous pourriez avoir besoin concernant votre régime de prévoyance.

TITRE 1 : GENERALITES	3
ARTICLE 1 : QUI EST COUVERT ?	3
ARTICLE 2 : OUVERTURE DES GARANTIES	3
ARTICLE 3 : RESILIATION	3
ARTICLE 4 : CESSATION DES GARANTIES	3
ARTICLE 5 : SUSPENSION DES GARANTIES	3
ARTICLE 6 : MAINTIEN DES GARANTIES	3
6-1 SUSPENSION DE CONTRAT DE TRAVAIL INDEMNISEE	3
6-2 PORTABILITE DES DROITS	4
ARTICLE 7 : TERRITORIALITE / ELECTION DE DOMICILE	4
ARTICLE 8 : EXCLUSIONS DES GARANTIES	5
ARTICLE 9 : PRESCRIPTIONS	5
ARTICLE 10 : MODIFICATION DES GARANTIES	6
ARTICLE 11 : CONTROLE MEDICAL	6
ARTICLE 12 : TRAITEMENT DE BASE (ASSIETTE DES PRESTATIONS)	7
ARTICLE 13 : COMMENT SONT REVALORISEES LES PRESTATIONS ?	7
13-1 REVALORISATION DES PRESTATIONS EN COURS DE SERVICE	7
13-2 REVALORISATION DES PRESTATIONS DECES	7
ARTICLE 14 : DELAIS DE PAIEMENT DES PRESTATIONS	7

ARTICLE 15 : RECOURS CONTRE TIERS RESPONSABLE ET PERTE DE DROITS	8
ARTICLE 16 : CONTROLE DE L'INSTITUTION	8
ARTICLE 17 : FAUSSE DECLARATION.....	8
ARTICLE 18 : RECLAMATION/MEDIATION.....	8
18-1 RECLAMATION	8
18-2 MEDIATION.....	8
ARTICLE 19 : PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL.....	9
ARTICLE 20 : COMMUNICATION PAR VOIE ELECTRONIQUE.....	10
TITRE 2 : GARANTIE DECES.....	10
ARTICLE 21 : OBJET DE LA GARANTIE	10
ARTICLE 22 : QUAND ETES-VOUS CONSIDERE EN ETAT DE PTIA ?.....	10
ARTICLE 23 : A QUI EST VERSE LE CAPITAL ?.....	10
ARTICLE 24 : DECES SIMULTANE OU POSTERIEUR DU CONJOINT OU DU PARTENAIRE (double effet)	11
ARTICLE 25 : FRAIS D'OBSEQUES	11
ARTICLE 26 : MAINTIEN DE LA GARANTIE DECES.....	11
ARTICLE 27 : COMMENT CONSTITUER UN DOSSIER DE DEMANDE DE REGLEMENT ?.....	12
TITRE 3 : RENTE D'EDUCATION	12
ARTICLE 28 : OBJET DE LA GARANTIE	12
ARTICLE 29 : ENFANTS BENEFICIAIRES	12
ARTICLE 30 : DEFINITION ET MONTANT DES PRESTATIONS	13
ARTICLE 31 : MODALITES DE REGLEMENT	13
ARTICLE 32 : CONDITIONS DU MAINTIEN DU SERVICE DE LA RENTE.....	13
TITRE 4 : INCAPACITE TEMPORAIRE INVALIDITE	13
ARTICLE 33 : OBJET DE LA GARANTIE	13
ARTICLE 34 : QUE PERCEVEZ-VOUS EN CAS D'ARRET DE TRAVAIL ?.....	13
ARTICLE 35 : DISPOSITIONS APPLICABLES EN CAS D'ACCIDENT DE TRAVAIL OU DE MALADIE PROFESSIONNELLE	14
ARTICLE 36 : REPRISE DU TRAVAIL	14
ARTICLE 37 : CUMUL	14
ARTICLE 38 : COMMENT ET A QUI SONT PAYEES LES PRESTATIONS ?	15
38-1 INDEMNITES JOURNALIERES COMPLEMENTAIRES	15
38-2 RENTE D'INVALIDITE	15
ARTICLE 39 : CESSATION DU VERSEMENT DES PRESTATIONS	15
39-1 CESSATION SUITE A CONTRÔLE	15
39-2 CESSATION INDEMNITES JOURNALIERES	16
39-3 CESSATION RENTE INVALIDITE	16
ARTICLE 40 : PARTICULARITES LIEES A LA PORTABILITE DES DROITS.....	16
ARTICLE 41 : COMMENT CONSTITUER UN DOSSIER DE DEMANDE DE PRESTATIONS ?	16

TITRE 1 : GENERALITES

ARTICLE 1 : QUI EST COUVERT ?

Sont garantis tous les salariés de l'entreprise appartenant à la catégorie de personnel définie dans les conditions particulières du contrat souscrit par votre employeur, et ci-après dénommés « participants ».
La catégorie de personnel couverte figure également sur votre barème de garanties.

Sont aussi garantis aux conditions définies ci-après, les anciens salariés bénéficiaires de la portabilité des droits (cf article 6-2 ci-après).

ARTICLE 2 : OUVERTURE DES GARANTIES

Les garanties s'appliquent :

- à partir de la date d'effet du contrat souscrit par votre employeur,
- à partir de la date d'embauche pour les nouveaux embauchés,
- à partir de la date de promotion dans la catégorie de salarié concernée,
- ou le cas échéant, la date à laquelle vous atteignez l'ancienneté requise prévue par le régime de votre employeur.

ARTICLE 3 : RESILIATION

Le contrat d'adhésion souscrit par votre employeur peut être résilié à l'initiative de l'entreprise adhérente, ou de l'Institution, moyennant le respect d'un préavis de deux mois avant l'échéance annuelle fixée au 31 décembre.

Le contrat peut également être résilié dans les conditions suivantes en cas de non-paiement des cotisations.

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

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

ARTICLE 4 : CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent :

- **A la date de rupture du contrat de travail ;**
- **A la date de fin de la portabilité des droits** (cf dispositions de l'article 6-2-2 ci-après) ;

- **A la date de passage dans une catégorie de personnel non visée par les conditions particulières du contrat souscrit par votre employeur ;**
- **A la date d'effet de la liquidation de votre pension de vieillesse de la Sécurité sociale** (sauf dans le cas du cumul emploi-retraite) **ou de votre préretraite sous réserve de la rupture du contrat de travail ;**
- **A votre décès ;**
- **A la date d'effet de la résiliation du contrat souscrit par votre employeur.**

De plus, il existe d'autres cas de cessation propres à chacune des garanties (cf Titre 2).

ARTICLE 5 : SUSPENSION DES GARANTIES

Les garanties sont suspendues :

- **A la date d'effet de la suspension des garanties pour non-paiement des cotisations ;**
- **A la date de suspension du contrat de travail sans rémunération ni indemnisation**, tels que le congé parental, le congé sabbatique, le congé création d'entreprise, le CIF etc... Cette disposition s'applique également au gérant sans salaire.

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 d'adhésion, **sous réserve que l'Institution en soit informée dans un délai de 10 jours suivant la reprise. A défaut, les garanties ne prendront effet qu'à compter de la réception par l'Institution de la déclaration faite par l'adhérent.**

ARTICLE 6 : MAINTIEN DES GARANTIES

6-1 SUSPENSION DE CONTRAT DE TRAVAIL INDEMNISEE

Les garanties sont maintenues lorsque votre contrat de travail est suspendu, et que vous êtes :

- bénéficiaire d'un **maintien total ou partiel de salaire** ou d'un **revenu de remplacement** (activité partielle, reclassement, mobilité ...) **versé par votre employeur ;**
- en arrêt de travail, et **bénéficiaire d'indemnités journalières complémentaires ou d'une rente invalidité**, financée(s) au moins pour partie par votre l'employeur, qu'elles soient versées directement par celui-ci ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers.

Les garanties sont maintenues moyennant le paiement des cotisations dans les mêmes conditions que les salariés en activité.

Les garanties sont également maintenues dans les mêmes conditions au profit des salariés en congé maternité ou congé paternité.

6-2 PORTABILITE DES DROITS

6-2-1 CONDITIONS AU MAINTIEN DE L’AFFILIATION

En application de l’article L.911-8 du code de la sécurité sociale, vous pouvez bénéficier à titre gratuit du maintien des garanties collectives définies à la présente Notice d’information, sous réserve de satisfaire aux conditions cumulatives suivantes :

- votre contrat de travail doit avoir pris fin : l’ensemble des motifs de rupture du contrat de travail sont concernés (notamment licenciement à titre individuel ou pour motif économique, rupture conventionnelle, fin de contrat à durée déterminée, démission pour motif reconnu légitime par l’Assurance chômage, convention de reclassement personnalisé notamment) à **l’exception du licenciement pour faute lourde** ;
- vous devez justifier auprès de l’Institution de votre prise en charge par le régime d’assurance chômage, à l’ouverture et au cours de la période de maintien des garanties ;
- vos droits à prestations doivent avoir été ouverts chez votre dernier employeur, c’est-à-dire que vous bénéficiez, à la date de cessation de votre contrat de travail, du régime de prévoyance prévu à la présente Notice d’information.

Il incombe à votre entreprise de vous informer du principe et de l’étendue du droit au maintien des garanties.

6-2-2 EFFET ET DUREE DU MAINTIEN DE L’AFFILIATION

Votre affiliation est maintenue à compter du lendemain de la cessation du contrat de travail pour une durée égale à la période d’indemnisation du chômage, dans la limite de celle de votre dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu’ils sont consécutifs chez un même employeur.

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

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

En tout état de cause, votre affiliation cesse de plein droit :

- **à la reprise d’une nouvelle activité rémunérée, dès lors qu’elle met fin au droit à indemnisation du régime d’assurance chômage ;**
- **en cas de cessation de paiement des allocations du régime d’assurance chômage pour tout autre motif (notamment en cas de retraite, de radiation des listes du Pôle Emploi, de décès) ;**

- en cas de manquement à votre 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 cas de décès.

6-2-3 OBLIGATIONS DECLARATIVES

Pour pouvoir bénéficier de ce droit à portabilité, vous vous engagez à fournir à l’Institution :

- à l’ouverture de la période de maintien des garanties, le justificatif initial de votre prise en charge par le régime de l’assurance chômage ;
- au cours de la période de maintien des garanties, l’attestation de paiement des allocations chômage.

6-2-4 GARANTIES MAINTENUES

Les garanties maintenues sont celles en vigueur dans l’entreprise.

Aussi, vous bénéficiez des garanties au titre desquelles vous étiez affilié lors de la cessation de votre contrat de travail.

En tout état de cause, toutes les modifications éventuelles, apportées aux dispositions contractuelles applicables aux salariés en activité (évolutions des garanties du contrat notamment) intervenant durant la période de maintien de droit, vous sont opposables dans les mêmes conditions.

En cas de changement d’assureur, **APICIL PREVOYANCE s’engage de la manière suivante :**

a- En tant qu’assureur sortant

APICIL PREVOYANCE s’assure 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, APICIL PREVOYANCE, à partir des éléments fournis par l’adhérent entrant, pourra 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 (signature du bulletin d’adhésion, clause bénéficiaire, etc ...)

ARTICLE 7 : TERRITORIALITE / ELECTION DE DOMICILE

Salariés

Les garanties sont acquises aux participants exerçant leur activité sur le territoire de la France métropolitaine, les départements et régions d’outre-mer (DROM).

Les garanties sont acquises aux participants actifs en situation de détachement au sens des articles L.761-1 et L.761-2 du code de la Sécurité sociale.

Anciens salariés

Les anciens salariés bénéficient des prestations dès lors

qu'ils relèvent du régime de Sécurité sociale français.

Tous les actes relatifs à l'exécution du contrat d'adhésion seront notifiés au domicile du participant figurant sur le bulletin d'affiliation.

Pour tout changement de domicile, le participant doit informer l'Institution par lettre recommandée, envoi recommandé électronique, ou directement depuis son espace client digital. **A défaut, les lettres recommandées adressées à son dernier domicile connu produiront tous leurs effets.**

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

ARTICLE 8 : EXCLUSIONS DES GARANTIES

L'Institution couvre tous les risques de décès, d'incapacité de travail, d'invalidité permanente, à compter de la date d'effet du contrat, quelle qu'en soit la cause, sous les réserves suivantes :

1] Capital décès toutes causes, rente éducation

a) Guerre

- En cas de guerre mettant en cause l'Etat français, la garantie n'aura d'effet que dans les conditions qui seront déterminées par la législation à intervenir sur les assurances sur la vie, en temps de guerre.

- En cas de guerre civile ou étrangère, d'invasion, d'insurrection, de mutinerie, de soulèvement militaire, d'émeute, d'attentat ou d'acte de terrorisme, la garantie n'aura d'effet que si le participant n'y prend pas une part active.

b) Nucléaire

Les risques résultant de la fission ou fusion nucléaire, ou de la radioactivité sont exclus.

c) Voyages collectifs

Il est expressément convenu que les voyages collectifs doivent faire l'objet d'une déclaration préalable deux semaines avant la date du départ par l'adhérent à l'Institution lorsque ceux-ci concernent plus de 80 participants dans un même véhicule (*avion, bateau, train, car, etc...*).

A la suite de cette déclaration, l'Institution analyse le risque et se réserve le droit de l'accepter avec ou sans condition(s) ou de le refuser. Ainsi, chaque voyage collectif est soumis à accord exprès et préalable de l'Institution.

En cas de non-respect de cette disposition ou de refus de l'Institution de couvrir ce risque, aucune prestation décès n'est due.

2] Meurtre du participant par le bénéficiaire

Le bénéficiaire qui a été condamné pour avoir donné volontairement la mort au participant est déchu du bénéfice des garanties : décès toutes causes, décès accidentel, rente éducation, rente de conjoint.

3] Incapacité temporaire de travail - invalidité permanente

Ne donnent pas lieu à garanties :

- les accidents et maladies résultant du fait volontaire ou intentionnel du participant, de tentative de suicide, de l'usage de stupéfiants ou de substances médicamenteuses en dehors des limites de prescriptions médicales,
- les accidents et maladies régis par la législation sur les pensions militaires,
- les conséquences de guerre civile ou étrangère, d'invasion, d'insurrection, de mutinerie, de soulèvement militaire, d'émeute, de rixe sauf cas de légitime défense, d'attentat ou d'acte de terrorisme, dans lesquels le participant a pris une part active,
- les accidents et maladies résultant de la pratique du saut à l'élastique, 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*),
- les courses, matchs, paris : lorsque le participant prend part en tant que concurrent à des compétitions sportives, matchs, paris, concours ou essais comportant l'utilisation d'animaux, de véhicules, d'embarcations à moteur ou de moyens de vols aériens,
- la pratique de sports à titre professionnel,
- les conséquences d'une grossesse non pathologique,
- les conséquences de la fission ou fusion nucléaire, ou de la radioactivité sauf exposition à ce risque pour des raisons professionnelles.

ARTICLE 9 : PRESCRIPTIONS

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.

Toutefois, ce délai ne court :

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

Si l'action du bénéficiaire contre l'Institution a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le bénéficiaire ou a été indemnisé par ce dernier.

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 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 10 : MODIFICATION DES GARANTIES

En cas de modification des garanties, le participant en arrêt de travail reste couvert sur la base des conditions du contrat en vigueur à la date de l'arrêt de travail.

ARTICLE 11 : CONTROLE MEDICAL

Dans la mise en oeuvre du service des prestations, l'Institution peut procéder à un contrôle médical par le biais d'un certificat médical ou d'une expertise faite par un médecin contrôleur mandaté à cet effet par l'Institution.

En cas de refus du participant de se soumettre à un contrôle médical ou de justifier sa situation médicale ou celle au regard de la Sécurité sociale, le paiement des prestations sera refusé ou immédiatement suspendu.

Est considéré comme un refus de se soumettre au contrôle médical le fait pour le participant sans motif légitime de :

- Ne pas retourner dans les délais impartis le questionnaire médical dûment complété envoyé par l'Institution de Prévoyance ;
- Refuser de se faire contrôler par le médecin se rendant à votre domicile ou ne pas être présent à l'heure du contrôle fixée ;
- Refuser de se soumettre à un contrôle par un médecin désigné par l'Institution de Prévoyance à la date fixée ;
- Ne pas se présenter à un rendez-vous chez le

médecin désigné par l'Institution de Prévoyance.

Est notamment considéré comme un motif légitime :

- un rendez-vous médical en rapport avec la pathologie justifiant l'incapacité temporaire (séances de kinésithérapie, rendez-vous chez un spécialiste...) ;
- l'incapacité physique de se rendre au lieu de rendez-vous ;
- une urgence d'ordre personnel ou familial (décès d'un proche, hospitalisation d'un enfant...).

A défaut pour le participant de justifier par tout moyen ce motif légitime dans les plus brefs délais, le refus sera considéré comme un refus illégitime et pourra entraîner la suspension immédiate des prestations versées par l'Institution de Prévoyance. En l'absence de motif légitime, le participant s'expose au paiement des frais d'expertise.

La situation médicale du participant peut conduire l'Institution 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.

Seules les considérations médicales seront prises en compte par l'Institution pour acter de la cessation ou non des prestations. Ainsi, l'Institution ne sera, en aucun cas, tenue par d'autres éléments extérieurs, relevant notamment de la compétence du médecin du travail.

En tout état de cause, lorsque le médecin procédant au contrôle médical :

- émet un avis favorable à la reprise du travail par le participant, à temps plein ou à temps partiel, lorsqu'il le considère médicalement apte à travailler ;
- constate l'absence du participant à l'horaire et adresse prévus ;
- constate le refus du participant de se soumettre au contrôle ;

l'Institution pourra, après analyse par son médecin conseil, suspendre ou diminuer les prestations, à compter de la date de notification au participant de la décision prise.

En cas de versement de prestations au-delà de cette date, APICIL PREVOYANCE pourra être amenée à réclamer les indus.

Lorsque l'état de santé du participant ne répond plus à la définition d'incapacité ou d'invalidité au sens du présent contrat d'assurance, l'Institution sera amenée à cesser le versement des prestations.

Si le participant n'accepte pas la décision de l'Institution, il est tenu de la contester **dans le délai d'un (1) mois suivant l'envoi de la notification qui lui en est faite.**

La contestation sera soumise à une procédure d'arbitrage opérée par un nouveau médecin.

Ce médecin arbitre sera désigné par accord entre le participant et l'Institution. A défaut d'accord sur la désignation d'un nouveau médecin, il devra y être procédé par recours au Tribunal judiciaire compétent, statuant en référé.

Dans les deux cas, les honoraires de ce nouveau médecin arbitre seront répartis pour moitié entre les parties.

Les prestations continueront à être suspendues durant cette période de contestation.

Les conclusions rendues par le médecin arbitre désigné s'imposeront aux parties.

ARTICLE 12 : TRAITEMENT DE BASE (ASSIETTE DES PRESTATIONS)

Le traitement de base, aussi appelé salaire de référence, servant au calcul des prestations en cas de sinistre est celui qui a servi d'assiette des cotisations chez votre employeur (à savoir la rémunération perçue) au cours des 12 mois civils ayant précédé le mois du décès ou de l'interruption du travail, sauf disposition contraire prévue au barème des garanties.

- Si pendant la période de référence le participant a perçu un revenu de remplacement, et bénéficie du maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail visé à l'article 6-1 ci-avant, le traitement de base intègre les revenus de remplacement versés par l'employeur durant la période de maintien des garanties.
- Si le participant ne compte pas 12 mois civils entiers de présence à la date du sinistre, le traitement de base est reconstitué sur 12 mois à partir de la moyenne mensuelle des salaires des mois entiers de présence précédant le mois du décès ou de l'interruption de travail.

En cas de décès pendant une période d'incapacité ou d'invalidité, le traitement de base est celui des 12 mois civils précédant la date d'arrêt de travail, revalorisé en fonction de l'indice de revalorisation prévu au contrat d'adhésion.

Les primes, indemnités et rappels versés au participant lors du départ de l'entreprise adhérente ou ultérieurement (indemnité de licenciement, de départ à la retraite...) sont exclus du traitement de base.

En tout état de cause, le salaire de référence retenu par notre Institution pour la détermination de l'assiette de prestation, correspond au salaire effectivement déclaré par votre employeur à APICIL PREVOYANCE avant le sinistre, et ayant été intégré à l'assiette des cotisations.

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 survenance du sinistre.

En cas de portabilité des droits, le traitement de base est celui des 12 derniers mois civils précédant le mois de la date de rupture du contrat de travail, **à l'exclusion des sommes devenues exigibles du fait de la rupture de celui-ci.**

ARTICLE 13 : COMMENT SONT REVALORISEES LES PRESTATIONS ?

13-1 REVALORISATION DES PRESTATIONS EN COURS DE SERVICE

Les prestations relatives aux garanties incapacité, invalidité, rente éducation sont revalorisées chaque année, par décision du conseil d'administration, d'APICIL PREVOYANCE ou de l'OCIRP, en se référant notamment au niveau des résultats techniques et financiers du dernier exercice comptable clos, des opérations de prévoyance de l'Institution.

La première revalorisation s'applique à l'échéance qui suit la première date anniversaire du sinistre.

Que se passe-t-il en cas de résiliation du contrat d'adhésion ?

1) En cas de résiliation du contrat d'adhésion sans nouvel organisme assureur, les prestations continueront d'être revalorisées.

2) En cas de résiliation du contrat d'adhésion avec un nouvel organisme assureur, **les prestations seront servies à leur niveau atteint à la date d'effet de la résiliation et cesseront alors d'être revalorisées.** La revalorisation des prestations sera prise en charge par le nouvel organisme assureur choisi par l'entreprise adhérente.

13-2 REVALORISATION DES PRESTATIONS DECES

À compter de la date du décès et jusqu'à la date de réception des pièces nécessaires au paiement, la prestation, 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 (loi Eckert).

ARTICLE 14 : DELAIS DE PAIEMENT DES PRESTATIONS

L'Institution de prévoyance règle les prestations par virement sur le compte bancaire du bénéficiaire dans un délai moyen d'un mois après réception de l'ensemble des pièces justificatives nécessaires au règlement.

ARTICLE 15 : RECOURS CONTRE TIERS RESPONSABLE ET PERTE DE DROITS

En cas d'accident, l'Institution est subrogée de plein droit dans les actions à entreprendre contre le tiers responsable dans la limite des prestations indemnitaires qu'elle a versées à un participant ou au bénéficiaire.

En cas de sinistre, lorsque le fait générateur est un accident ou un fait volontaire imputable à un tiers, vous êtes tenu d'en informer immédiatement l'Institution.

En effet, dans le cas de la présence d'un tiers responsable, l'Institution doit pouvoir se retourner vers l'assureur du tiers responsable (recours subrogatoire).

Si vous privez l'Institution de la possibilité d'exercer son recours subrogatoire, vous perdrez le droit au versement des prestations correspondantes.

ARTICLE 16 : CONTROLE DE L'INSTITUTION

L'Institution de Prévoyance est soumise 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 17 : FAUSSE DECLARATION

Les déclarations faites tant par l'adhérent (ou son conseil) que par le participant servent de base à la garantie. A ce titre, elles constituent un élément essentiel du contrat, aussi l'Institution se réserve la possibilité de vérifier les données communiquées.

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de l'adhérent, l'Institution pourra demander l'annulation du contrat.

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle du participant, la garantie accordée à celui-ci est nulle quand cette réticence ou fausse déclaration, change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Institution, alors même que le risque omis ou dénaturé par le participant a été sans influence sur la réalisation du risque.

Dans ces deux cas, les cotisations payées demeurent acquises à l'Institution.

ARTICLE 18 : RECLAMATION/MEDIATION

18-1 RECLAMATION

Toutes les réclamations relatives au contrat devront être envoyées directement depuis votre espace client digital.

Ou par courrier à l'adresse suivante :

APICIL PREVOYANCE
Service Partenariats de gestion / Equipe Réclamations Santé
Prévoyance
38, rue François Peissel
69300 CALUIRE et CUIRE

À partir du 1er avril 2024 l'adresse postale à laquelle adresser votre réclamation est la suivante :

APICIL PREVOYANCE
Service Partenariats de gestion / Equipe Réclamations
Santé Prévoyance
51 boulevard Marius Vivier Merle
69003 Lyon

A compter de la date d'envoi de la réclamation, l'Institution doit en accuser réception dans un délai maximum de dix jours ouvrables, sauf si la réponse est apportée dans ce délai.

La réponse définitive sera envoyée dans un délai maximum de deux mois à compter de la date d'envoi de la réclamation.

18-2 MEDIATION

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

En tout état de cause, le médiateur peut être saisi deux mois après l'envoi d'une première réclamation écrite.

Les saisines sont rédigées en langue française et adressées :

- Soit par voie postale à l'adresse suivante :
Monsieur le Médiateur
de la protection sociale (CTIP)
10 rue Cambacérés
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/>

Dans l'hypothèse où l'une quelconque des dispositions du présent règlement ou du contrat d'adhésion serait considérée comme nulle et non applicable par une décision de justice ayant autorité de la chose jugée, cette disposition sera réputée non écrite mais cela n'affectera en aucun cas la validité ou l'applicabilité des autres dispositions.

ARTICLE 19 : PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

Le participant est informé que dans le cadre de l'exécution du contrat, APICIL 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 et le Règlement Général européen sur la Protection des Données personnelles (ou « RGPD »).

APICIL PREVOYANCE a nommé un délégué à la 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 de l'exécution du contrat, de la gestion de la relation client et des éventuels litiges susceptibles d'en découler, et a pour base juridique l'exécution du contrat. Le défaut de fourniture des informations obligatoires peut avoir pour conséquence le non-traitement de votre dossier. Chaque formulaire indique si les données sont obligatoires ou facultatives.

Les données peuvent être utilisées afin de permettre à APICIL PREVOYANCE de respecter les obligations légales et réglementaires lui incombant, le cas échéant, telles que les obligations spécifiques 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.

Les données peuvent également être utilisées pour la lutte contre la fraude, pouvant conduire à une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude. Le traitement est alors fondé sur l'intérêt légitime du responsable de traitement dans le respect des droits et intérêts du participant.

Les données personnelles collectées sont également susceptibles d'être utilisées à des fins statistiques, de reporting, d'amélioration des services proposés et de lutte contre la fraude, sur la base des intérêts légitimes d'APICIL PREVOYANCE. Sur cette même base et sauf opposition de la part du participant, les données personnelles ainsi recueillies pourront également être utilisées à des fins de prospection commerciale par APICIL PREVOYANCE, par voie électronique uniquement pour des produits et services similaires à ceux objets du contrat, ainsi que par voie téléphonique et postale.

Sous réserve d'avoir obtenu l'accord préalable et exprès du participant, certaines données collectées pourront également être utilisées à des fins de prospection commerciale par les autres membres du Groupe APICIL. Le traitement aura alors pour base juridique le consentement du participant, lequel pourra être retiré à tout moment.

Les destinataires des données sont, suivant les finalités et dans la limite de leurs attributions : les services compétents d'APICIL PREVOYANCE et, le cas échéant, nos réassureurs, vos intermédiaires en assurances, ainsi que les tiers habilités appelés à prendre connaissance de ces données en raison de la gestion ou de la réalisation des

finalités déclarées.

Le participant est informé qu'APICIL PREVOYANCE n'envisage pas d'effectuer un transfert des données personnelles vers un pays situé en dehors de l'Union européenne. Le cas échéant, tout transfert de ce type sera effectué moyennant des garanties appropriées, notamment contractuelles, en conformité avec la réglementation applicable en matière de protection des données personnelles.

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://mon.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.

Toute personne concernée dispose à l'égard d'APICIL PREVOYANCE et ce, conformément aux réglementations nationales et européennes en vigueur, des droits suivants, en contactant APICIL PREVOYANCE - Délégué à la protection des données (DPO), 38 rue François Peissel, 69300 Caluire et Cuire :

- 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 de définir des directives relatives au sort de ses données à caractère personnel après son décès.

À compter du 1er avril 2024 l'adresse postale à laquelle contacter le DPO d'APICIL PREVOYANCE est la suivante : 51 boulevard Marius Vivier Merle - 69003 Lyon.

Si elle estime que ses droits ne sont pas respectés, toute personne concernée peut adresser une réclamation en ligne auprès de la CNIL.

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/>.

D'une manière générale, APICIL PREVOYANCE s'engage 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, APICIL PREVOYANCE s'engage 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 APICIL PREVOYANCE au titre du présent article survivront à la cessation du contrat pour quelle que 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://mon.apicil.com/protection-des-donnees-personnelles/> afin de s'informer en détails sur la politique des données personnelles d'APICIL PREVOYANCE en vigueur.

ARTICLE 20 : COMMUNICATION PAR VOIE ELECTRONIQUE

Conformément aux dispositions de l'article 1366 du Code civil, les courriels et les documents électroniques que vous échangez avec l'Institution sont considérés comme étant équivalents à des documents écrits. L'ensemble des parties reconnaît la valeur probante des courriels et des documents électroniques.

Cette disposition ne fait pas obstacle à la fourniture des documents originaux éventuellement nécessaires à l'Institution pour le paiement des prestations.

TITRE 2 : GARANTIE DECES

ARTICLE 21 : OBJET DE LA GARANTIE

La garantie DECES a pour objet d'assurer le versement d'un capital au cas où vous décéderiez ou si vous étiez mis en Invalidité Absolue et Définitive.

Le montant du capital est fixé au barème des garanties.

ARTICLE 22 : QUAND ETES- VOUS CONSIDERE EN ETAT DE PTIA ?

Vous êtes en état de perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) si avant la liquidation de votre pension vieillesse de la Sécurité sociale :

- 1) Vous êtes reconnu invalide 3^{ème} catégorie par la Sécurité sociale, ou bénéficiez, au titre de la législation sur les accidents de travail et les maladies professionnelles, d'une rente à 100 % avec majoration pour assistance d'une tierce personne ;
- 2) Et vous apportez la preuve que vous êtes incapable d'exercer une profession quelconque (et pas seulement la profession que vous exerciez avant votre invalidité) ou de vous livrer à aucun travail vous donnant un gain ou un profit (**le seul classement en invalidité 3^{ème} catégorie par la Sécurité sociale ne suffit pas**).

Vous percevez par anticipation, et à votre demande, le capital prévu en cas de décès toutes causes. Le versement du capital en cas de PTIA met fin à toutes les garanties issues de votre décès (à l'exception de la garantie rente éducation, qui a vocation à être versée dans les conditions fixées à l'article 31).

ARTICLE 23 : A QUI EST VERSE LE CAPITAL ?

Le capital garanti est versé, à votre décès :

- en priorité à votre conjoint survivant non divorcé, non séparé judiciairement, à défaut à votre partenaire de 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 entre eux, à vos frères et sœurs, vivants ou représentés ;
- à défaut, à vos héritiers, en proportion de leurs parts héréditaires.

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

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

Cependant, vous gardez la possibilité de faire une désignation différente qui devra être transmise à APICIL PREVOYANCE en utilisant de préférence le formulaire établi à cet effet par l'Institution.

Votre désignation de bénéficiaire peut également être effectuée notamment par voie d'acte sous seing privé ou par acte authentique (notaire...).

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

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

Lorsque le contrat ou l'avenant d'adhésion fait suite à un contrat précédent souscrit également auprès d'APICIL PREVOYANCE, la désignation expresse de bénéficiaire(s) de prestations décès différente de la désignation supplétive ci-dessus, qui aurait été faite sous l'empire du contrat précédent, restera en vigueur en tout état de cause et ce tant que vous n'en aurez pas expressément disposé autrement.

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.

L'acceptation est subordonnée à la signature d'un avenant tripartite (institution, assuré et bénéficiaire). L'acceptation peut également être faite par acte authentique ou sous seing privé, signé de l'assuré et du bénéficiaire.

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 votre conjoint survivant ou partenaire de PACS n'a pas la garde de la totalité de vos enfants à charge, 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.

L'organisme assureur procède au versement des prestations en fonction des informations qui sont portées à sa connaissance lors de l'instruction du dossier. Ce versement libère l'organisme assureur de toute obligation dans le cas où une désignation particulière de bénéficiaire(s) lui serait notifiée ultérieurement.

En cas d'Invalidité Absolue et Définitive, le capital vous est payé directement ou à votre représentant légal.

ARTICLE 24 : DECES SIMULTANE OU POSTERIEUR DU CONJOINT OU DU PARTENAIRE (double effet)

Si la garantie est prévue au barème de garanties, en cas de décès simultané, ou postérieur, de votre conjoint non divorcé, non séparé judiciairement ou de votre partenaire de PACS, un capital sera versé (*et partagé en parts égales*) à vos enfants vivants lors de la demande de son versement, **à la double condition :**

- **que votre conjoint ou votre partenaire de PACS ne soit pas remarié au jour de son décès (il en va de même de la conclusion d'un PACS par ces derniers),**
- **que les enfants bénéficiaires du capital soient à la charge de votre conjoint ou de votre partenaire de PACS le jour de son décès et aient été à votre charge de votre vivant.**

Le montant du capital est le même que celui qui a (ou aurait) été versé à raison du premier décès au titre de la garantie « décès toutes causes ».

En cas de décès simultané ou postérieur des enfants pouvant en bénéficier, le capital « double effet » n'est pas dû.

Est considéré comme :

NI Prévoyance Organismes de tourisme – 01/2024
SP23/FCR0403

11

Accusé de réception en préfecture
086-248600447-20250401-CC_2025_04_087-DE
Date de télétransmission : 11/04/2025
Date de réception préfecture : 11/04/2025

- simultané, le décès qui survient dans les 24 heures qui suivent ou qui précèdent le décès du participant;
- postérieur, le décès qui survient au maximum dans les 365 jours qui suivent le décès de l'assuré.

Cette garantie cesse en cas de résiliation de la garantie capital Décès.

ARTICLE 25 : FRAIS D'OBSEQUES

Les frais d'obsèques liés à votre décès sont remboursés dans la limite d'un forfait exprimé en pourcentage du PMSS.

Le plafond de la Sécurité sociale a prendre en compte est le plafond en vigueur au jour du décès.

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.

Le cas échéant, le différentiel entre l'allocation contractuelle et la facture sera versé au(x) bénéficiaire(s) du capital décès en cas de décès du participant (cf article 23).

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

ARTICLE 26 : MAINTIEN DE LA GARANTIE DECES

Pendant toute la durée d'ouverture du droit aux prestations d'incapacité temporaire de travail et d'invalidité permanente, les garanties décès, lorsqu'elles sont prévues, **sont maintenues sur la base des conditions du contrat en vigueur au jour de l'arrêt de travail dans la mesure où le participant n'a pas d'activité rémunérée pendant le versement des prestations.**

Les cotisations ne sont appelées que sur le complément de salaire versé par l'entreprise.

Les garanties décès sont maintenues, en cas de résiliation du contrat d'adhésion, dans les conditions prévues aux articles 2, 7-1 et 30 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (dite loi Evin).

Ainsi, les salariés appartenant à la catégorie de personnel bénéficiaire qui viendront à percevoir des indemnités journalières ou une rente d'invalidité se verront maintenir les garanties décès prévues, jusqu'au terme de leur période d'incapacité ou d'invalidité y compris en cas de rupture de leur contrat de travail ou de résiliation de l'adhésion.

En cas de rupture du contrat de travail du salarié bénéficiaire des indemnités journalières ou de la rente d'invalidité, les garanties décès maintenues seront celles dont il bénéficiait le jour de la rupture de son contrat de travail

Les titulaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité dont le contrat de travail a été rompu antérieurement à l'adhésion auprès d'APICIL PREVOYANCE ne bénéficient pas du maintien des garanties décès au titre du contrat souscrit auprès d'APICIL PREVOYANCE.

ARTICLE 27 : COMMENT CONSTITUER UN DOSSIER DE DEMANDE DE REGLEMENT ?

Le participant, ou le bénéficiaire, doit fournir à APICIL PREVOYANCE, directement ou par l'intermédiaire de votre entreprise, en fonction des circonstances, différents documents et notamment :

En cas de décès :

- une déclaration de sinistre,
- un extrait d'acte de décès,
- un acte de naissance du décédé portant toutes les mentions marginales établi postérieurement au décès,
- un certificat de notoriété ou un acte notarié,
- les justificatifs de paiement des prestations en espèces de Sécurité sociale,
- une copie du livret de famille tenu à jour,
- un procès verbal de police ou de gendarmerie,
- un certificat médical précisant la cause du décès,
- les justificatifs des personnes à charge.

En cas d'Invalidité Absolue et Définitive :

- la notification de la décision de la Sécurité sociale attribuant l'allocation pour assistance d'une tierce personne et la mise en invalidité de 3^{ème} catégorie,
- les justificatifs des personnes à charge,
- un certificat médical.

En tout état de cause, l'Institution pourra demander toute autre pièce utile à l'instruction du dossier (c'est notamment le cas pour les bénéficiaires de la portabilité des droits ; il pourra leur être demandé des justificatifs d'affiliation à l'assurance chômage et de perception d'indemnités chômage).

TITRE 3 : RENTE D'EDUCATION

ARTICLE 28 : OBJET DE LA GARANTIE

La garantie a pour objet, à votre décès, ou en cas de PTIA, d'assurer à chaque enfant bénéficiaire le service d'une rente éducation.

ARTICLE 29 : ENFANTS BENEFICIAIRES

Les enfants bénéficiaires sont les enfants à charge du participant.

Sont considérés à charge pour le bénéfice de la rente éducation indépendamment de la position fiscale, les enfants à naître, nés viables, recueillis (soit les enfants de l'ex-conjoint éventuel, du conjoint, du concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité) 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.

Sont également considérés comme enfants à charge au moment du décès du participant, les enfants dont la filiation avec le participant, y compris adoptive, est légalement établie :

- Jusqu'à leur 18ème anniversaire sans condition;
- Jusqu'à leur 26ème anniversaire sous condition:
 - o De poursuivre des études dans un établissement d'enseignement secondaire, supérieur ou professionnel, dans le cadre d'un contrat de professionnalisation ou encore dans le cadre d'une inscription au CNED (Centre national d'enseignement à distance) ;
 - o D'être en apprentissage ;
 - o De poursuivre une formation professionnelle en alternance, dans le cadre d'un contrat d'aide à l'insertion professionnelle des jeunes, associant d'une part des enseignements généraux professionnels et technologiques dispensés pendant le temps de travail, dans des organismes publics ou privés de formation, et d'autre part l'acquisition d'un savoir-faire par l'exercice en entreprise d'une ou plusieurs activités professionnelles en relation avec les enseignements reçus ;
 - o D'être préalablement, à l'exercice d'un premier emploi rémunéré, inscrit auprès du régime d'assurance chômage comme demandeur d'emploi ou stagiaire de la formation professionnelle ;
 - o D'être employé dans un ESAT (Etablissement et Service d'Aide par le travail) ou dans un atelier protégé en tant que travailleur handicapé ;

La rente est versée sans limitation de durée au bénéficiaire lorsque l'enfant à charge au moment du décès du participant est reconnu en invalidité équivalente à l'invalidité de 2ème ou 3ème 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 mobilité inclusion (CMI) avec la mention « invalidité ».

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.

ARTICLE 30 : DEFINITION ET MONTANT DES PRESTATIONS

Il est versé aux enfants bénéficiaires ou au représentant légal de ceux-ci, une rente temporaire immédiate, dont le montant annuel est fixé au barème de garanties.

Les rentes peuvent être majorées pour les orphelins de père et mère.

Le total annuel des rentes versées au titre d'un décès, ne peut dépasser 100% du traitement de base du participant éventuellement revalorisé. Si cela est nécessaire, chaque rente sera réduite proportionnellement.

ARTICLE 31 : MODALITES DE REGLEMENT

La date d'effet des rentes est fixée au 1^{er} jour du mois qui suit l'évènement ouvrant droit à prestation.

Les rentes sont payables trimestriellement à terme échoir, 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.

Lorsque la garantie prévoit une rente progressive, la majoration intervient au 1^{er} jour du trimestre civil qui suit l'anniversaire du bénéficiaire.

La même règle est appliquée lorsque la rente est majorée pour les orphelins de père et de mère.

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

ARTICLE 32 : CONDITIONS DU MAINTIEN DU SERVICE DE LA RENTE

Le maintien du service des rentes d'éducation aux enfants majeurs est subordonné au respect des conditions prévues à l'article 29 de la présente notice.

TITRE 4 : INCAPACITE TEMPORAIRE INVALIDITE

ARTICLE 33 : OBJET DE LA GARANTIE

La garantie Incapacité - Invalidité a pour objet de vous assurer, en cas d'arrêt de travail pour maladie ou accident survenu pendant votre période d'affiliation, le versement d'indemnités journalières ou d'une rente d'invalidité en complément des prestations (indemnités journalières, pensions ou rentes) qui vous seront servies par la Sécurité sociale.

Il est toutefois rappelé que le paiement des prestations par l'Institution peut être subordonné à un contrôle médical.

De plus, les personnes en arrêt de travail à la date d'effet du contrat d'adhésion ne sont pas garanties au titre de l'incapacité temporaire de travail pour cet arrêt et en cas de rechute, le risque étant déjà réalisé.

ARTICLE 34 : QUE PERCEVEZ-VOUS EN CAS D'ARRET DE TRAVAIL ?

Incapacité temporaire de travail

Si par suite de maladie ou d'accident vous deviez cesser votre travail pour cause d'incapacité temporaire totale, et que vous perceviez des indemnités journalières de la Sécurité sociale, nous vous verserions des indemnités journalières complémentaires **à l'expiration d'une durée d'arrêt total de travail appelée franchise.**

Le montant de l'indemnité journalière complémentaire ainsi que la durée et les modalités d'application de cette franchise sont rappelés au barème des garanties.

Sauf conditions particulières prévues au contrat, l'indemnité journalière est calculée en appliquant le pourcentage indiqué au barème des garanties sur la 365^{ème} partie du traitement de base annuel défini à l'article 12 et en déduisant la prestation journalière brute versée par la Sécurité sociale.

L'incapacité temporaire totale de travail se définit comme l'incapacité de travail médicalement constatée selon laquelle le participant ne peut exercer son activité professionnelle d'aucune manière, qu'il s'agisse d'une activité effective ou limitée à la direction ou à la surveillance.

Les indemnités journalières sont servies au maximum tant que dure l'incapacité temporaire de travail donnant lieu au versement des indemnités journalières de la Sécurité sociale.

Elles viennent en principe compléter les remboursements opérés par le régime général de la Sécurité sociale et **ne peuvent, en toute hypothèse, avoir pour conséquence de procurer au participant des revenus**

supérieurs à la rémunération nette qu'il percevrait en l'absence de cessation d'activité.

Ces prestations ont un caractère indemnitaire dans la mesure où elles ont pour objet de pallier la perte de revenus subie par le participant et de compenser l'atteinte à l'intégrité physique qu'il subit. Elles ouvrent droit à recours subrogatoire au cas où le dommage subi, à l'origine de leur versement, est imputable à un tiers.

Incapacité permanente

En fonction de votre état de santé, la Sécurité sociale peut vous reconnaître comme invalide de première, deuxième ou troisième catégorie.

L'invalidité, et catégories afférentes sont définies comme suit au titre du présent contrat d'assurance :

- 1ère catégorie : invalides capables d'exercer une activité rémunérée ;
- 2ème catégorie : invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque ;
- 3ème catégorie : invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession, sont en outre dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

Les catégories d'invalidité prises en charge ainsi que le montant de la rente d'invalidité, en fonction de la catégorie, sont fixées au barème des garanties.

La rente est servie tant que dure votre invalidité au sens de la définition reprise ci-dessus, et que vous percevez une pension d'invalidité de la Sécurité sociale.

Les rentes sont également soumises à un contrôle de ressource annuel.

La poursuite du versement est ainsi conditionnée à la production de justificatifs. Si les justificatifs ne sont pas fournis dans les délais requis, le paiement de la rente est suspendu. A réception des justificatifs, le paiement de la rente sera rétabli de manière rétroactive, moyennant, le cas échéant, paiement d'une pénalité en lien avec les frais de gestion et autres coûts occasionnés par votre retour tardif.

ARTICLE 35 : DISPOSITIONS APPLICABLES EN CAS D'ACCIDENT DE TRAVAIL OU DE MALADIE PROFESSIONNELLE

Incapacité temporaire

Si votre incapacité temporaire 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**, si vous n'aviez pas été victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.

Incapacité permanente

Les mêmes règles de maximum des prestations s'appliquent en cas d'incapacité permanente.

ARTICLE 36 : REPRISE DU TRAVAIL

Reprise du travail à temps partiel thérapeutique

Si après une période d'incapacité totale temporaire, et à condition que le service des prestations en espèces de la Sécurité sociale lui soit maintenu, le participant reprend une activité rémunérée à temps partiel, le montant des indemnités journalières complémentaires est diminué à due concurrence.

Reprise du travail - rechute

Tout nouvel arrêt de travail **survenant dans un délai maximum de 2 mois** suivant la reprise du travail, pour un arrêt ayant déjà donné lieu à paiement des indemnités journalières complémentaires de même nature (maladie ou accident du travail), est considéré comme une rechute. **Aucune franchise, en dehors de celle éventuellement pratiquée par la Sécurité sociale, n'est alors appliquée et le versement des prestations reprend sur les mêmes bases qu'avant ladite reprise de travail.**

Tout nouvel arrêt de travail, bien que considéré comme une rechute par la Sécurité sociale, survenant plus de 2 mois après la reprise du travail, est considérée comme un nouvel accident ou une nouvelle maladie au sens du présent contrat, et la franchise est à nouveau applicable.

ARTICLE 37 : CUMUL

- **En Incapacité :**
Le total de la rémunération nette perçue de l'employeur, des prestations brutes versées par la Sécurité sociale ou tout autre régime d'assurance ayant le même objet, des indemnités nettes versées par le Pôle Emploi et des prestations complémentaires servies par l'Institution, **ne peut excéder le traitement de base net, éventuellement revalorisé, ayant servi au calcul des indemnités complémentaires.**
- **En Invalidité :**
Le total de la rémunération nette perçue de l'employeur, des prestations brutes versées par la Sécurité sociale ou tout autre régime d'assurance ayant le même objet, des indemnités nettes versées par le Pôle Emploi, et des prestations complémentaires servies par l'Institution, **ne peut excéder le traitement de base net, éventuellement revalorisé, ayant servi au calcul des rentes complémentaires.**

S'il n'en était pas ainsi, les prestations servies par l'Institution seraient alors réduites à due

concurrence à compter de la date d'effet du changement de situation.

NB : Le traitement de base net s'apprécie au regard du taux réel de charges sociales du mois précédent l'arrêt initial.

En tout état de cause, un participant ne pourra percevoir pendant ces périodes de cessation d'activité plus que son traitement de base net éventuellement revalorisé.

Les droits garantis pendant la période de portabilité des droits, au titre de l'incapacité temporaire de travail, ne peuvent conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités nettes de toute nature d'un montant cumulé supérieur à celui des allocations chômage nettes (c'est-à-dire retenues pour leur montant après précompte des contributions sociales et impositions de toute nature) qu'il aurait perçu au titre de la même période.

En cas d'arrêt de travail pendant le délai de carence et le différé d'indemnisation du Pôle Emploi, le montant théorique de la première période de l'allocation chômage sera fictivement reconstitué pour appliquer la limitation prévue au paragraphe ci-dessus.

ARTICLE 38 : COMMENT ET A QUI SONT PAYEES LES PRESTATIONS ?

38-1 INDEMNITES JOURNALIERES COMPLEMENTAIRES

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.

Elles sont versées à votre entreprise pendant toute la durée de votre contrat de travail.

Après la rupture du contrat de travail, elles vous sont réglées directement après déduction des contributions obligatoires et application, le cas échéant, du prélèvement à la source.

Si vous ne bénéficiez pas des prestations de la Sécurité sociale du fait que vous ne remplissez pas les conditions de durée d'immatriculation, le règlement des prestations est effectué par APICIL PREVOYANCE comme si cet organisme intervenait, sous réserve que lui soit délivrée toute pièce justifiant de l'arrêt de travail acceptée comme telle par l'Institution (*avis initial d'arrêt de travail et avis de prolongation*).

Il en est de même lorsque vous relevez de plusieurs régimes de base dont celui de la Sécurité sociale mais ne pouvez pas bénéficier des prestations de ce dernier (*notamment à la suite d'un changement de situation de son régime de base*). Là encore, le règlement des prestations est effectué par APICIL PREVOYANCE comme si la Sécurité sociale intervenait, **sous réserve toutefois des règles de cumul prévues à l'article 37.**

38-2 RENTE D'INVALIDITE

La rente complémentaire d'invalidité vous est versée directement, sur présentation de la notification d'invalidité de la Sécurité sociale et du justificatif de paiement de cet organisme **après déduction des contributions obligatoires et application, le cas échéant, du prélèvement à la source.**

Lorsqu'un participant classé en invalidité 1^{ère} catégorie exerce une activité rémunérée, les règles de cumul prévues à l'article 37 sont applicables.

Elle est payée mensuellement à terme échu avec un prorata d'arrérages au décès.

Elle continue d'être servie à condition que l'état de santé séquellaire 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.

De plus, elle est servie au maximum tant que dure l'invalidité et que le participant perçoit une pension d'invalidité de la Sécurité sociale.

Si la Sécurité sociale venait ultérieurement à réduire la pension d'invalidité servie au participant par rapport au montant initialement fixé lors du classement en invalidité de ce dernier (exemple : modification des règles d'indemnisation et limites propres à la Sécurité sociale), APICIL PREVOYANCE ne pourra en aucun cas être amenée à verser une rente complémentaire supérieure à la prestation telle que déterminée lors de la déclaration en invalidité faite à notre Institution.

ARTICLE 39 : CESSATION DU VERSEMENT DES PRESTATIONS

Les garanties incapacité temporaire et invalidité cessent en tout état de cause dans les conditions figurant à l'article 4 de la présente notice d'information.

En outre, le versement des prestations liées aux garanties susvisées cesse dans les conditions prévues ci-dessous.

39-1 CESSATION SUITE A CONTRÔLE

A la suite d'un contrôle médical, effectué conformément aux dispositions de l'article 11, l'Institution peut être amenée à adopter une position différente de celle de la Sécurité sociale, et cesser le versement des prestations en cours de service.

Il est en effet rappelé que, **l'Institution n'est pas liée 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.**

39-2 CESSATION INDEMNITES JOURNALIERES

Le versement des indemnités journalières complémentaires cesse :

- **A la date à laquelle cessent les prestations d'indemnités journalières de la Sécurité sociale, et en tout état de cause au plus tard au 1095^{ème} jour d'arrêt de travail ;**
- **A la date à laquelle vous ne remplissez plus les conditions requises pour en bénéficier, notamment en cas de contrôle médical (cf article 11) ;**
- **A la date de reprise du travail (sauf à temps partiel pour raison médicale).**
- **A la date de reconnaissance d'une invalidité ou d'une incapacité permanente par la Sécurité sociale.**
- **A la date de liquidation de vos droits au titre de l'assurance vieillesse de la Sécurité sociale.**

39-3 CESSATION RENTE INVALIDITE

La rente d'invalidité, cesse :

- **Lorsque vous reprenez une activité professionnelle salariée ou non (sauf en cas d'invalidité 1^{ère} catégorie).**
En effet, les participants classés en invalidité catégorie 2 ou 3, sont par définition, absolument incapable d'exercer une profession quelconque (article L.341-4 du code de la Sécurité sociale).
- **A la date de liquidation de vos droits au titre de l'assurance vieillesse de la Sécurité sociale.**
- **En tout état de cause, dès lors que vous ne demandez pas la liquidation de vos droits à une pension de vieillesse de la Sécurité sociale alors que vous avez atteint l'âge légal pour y prétendre.**

ARTICLE 40 : PARTICULARITES LIEES A LA PORTABILITE DES DROITS

Franchise : Du fait de la non-portabilité du « maintien de salaire », il ne sera tiré aucune conséquence de l'ancienneté de l'ancien salarié.

Il y aura donc application unique de la franchise contractuelle (à défaut la franchise de base de la convention collective, c'est-à-dire celle à partir de laquelle

le montant du salaire maintenu diminue) à tous les bénéficiaires de la portabilité des droits.

Période de carence du régime d'assurance chômage : Si l'ancien salarié est en incapacité de travail alors que l'allocation chômage ne lui a pas encore été versée, **celle-ci sera reconstituée sur la base des conditions du régime d'assurance chômage applicables au jour de l'incapacité.**

Il en sera de même si la date théorique de fin de droit à l'allocation chômage survient au cours de la période d'indemnisation.

ARTICLE 41 : COMMENT CONSTITUER UN DOSSIER DE DEMANDE DE PRESTATIONS ?

En cas d'arrêt de travail, votre entreprise doit remplir un imprimé « déclaration de sinistre », qui doit nous être adressé dès la fin de la période de franchise et au plus tard dans les 30 jours qui suivent.

En cas d'invalidité, vous devez nous adresser la notification d'invalidité de la Sécurité sociale dans les 6 mois qui suivent la mise en invalidité.

Passé ces délais, le service des prestations périodiques prendra effet à la date de la déclaration du sinistre.

Sur cet imprimé sont mentionnées les pièces que vous devez fournir pour constituer votre dossier et, notamment :

- les décomptes d'indemnités journalières de Sécurité sociale depuis le début de l'arrêt de travail,
- un certificat médical
- et la notification d'une pension ou d'une rente de la Sécurité sociale.

En tout état de cause, l'Institution pourra demander toute pièce utile à l'instruction du dossier (*c'est notamment le cas pour les bénéficiaires de la portabilité des droits ; il pourra leur être demandé des justificatifs d'affiliation à l'assurance chômage et de perception d'indemnités chômage*).