Cellule Marchés Publics

CAHIER DES CLAUSES TECHNIQUES PARTICULIERES

MARCHÉ PUBLIC DE FOURNITURES COURANTES ET DE SERVICES

Garanties complémentaires des frais de santé et de prévoyance

Lot n°2 : Prévoyance

Les dispositions contenues dans ce cahier des charges (CCTP) prévalent sur les conditions générales de l'assureur auxquelles elles sont annexées.

Les conditions générales de l'assureur complètent les dispositions non prévues par le cahier des charges. (CCTP)

Les réserves émises par l'assureur et annexées à l'acte d'engagement font partie intégrante du contrat et prévalent sur le cahier des charges (CCTP)

Chambre de Commerce et d'Industrie Caen Normandie
1 Rue René Cassin
Saint-Contest
14911 CAEN CEDEX

Table des matières

1. OBJET DU MARCHE 3

2. LE PERSONNEL CONCERNE 4

3. ASSIETTE DE COTISATIONS 7

4. REVALORISATION DES PRESTATIONS 8

5. LES GARANTIES 8

6.1 LES GARANTIES DEMANDEES 11

7. INDEXATION EVOLUTION TARIFAIRE 14

8. LES DISPOSITIONS PARTICULIERES 15

9. CONFIDENTIALITÉ / PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL 15

9.1 - Obligation de confidentialité 15

9.2 - Protection des données à caractère personnel 15

10. ENGAGEMENT EN MATIERE DE RESPONSABILITE SOCIETALE ET DE DEVELOPPEMENT DURABLE 17

11. RESILIATION 17

1. OBJET DU MARCHE

Le marché a pour objet **la mise en place d'un contrat unique pour la couverture des risques de Prévoyance de l'ensemble des collaborateurs de la SA les PORTS DU CALVADOS (IDCC1182) et des collaborateurs des Vedettes Caennaises (IDCC2972)**, et il débutera le 01 Janvier 2027 à 0H00.

A. Cadre conventionnel de référence

Le présent marché s'inscrit dans le champ d'application **Convention collective des ports de plaisance IDCC 1182 ainsi que de la Convention collective nationale du personnel sédentaire des entreprises de navigation IDCC2972 pour tous les bénéficiaires.**

L'organisme assureur doit impérativement garantir que l'offre soumise est, à minima, conforme aux obligations et au socle de garanties minimales institués par les accords de ladite branche professionnelle.

B. Nature et périmètre des prestations attendues

Le titulaire doit se conformer aux exigences opérationnelles et fonctionnelles suivantes :

- **Outils numériques à destination des bénéficiaires :** Mettre à la disposition des salariés un espace assuré sécurisé via un portail internet ainsi qu'une application mobile dédiée. Ces outils doivent permettre aux salariés de suivre le versement de leurs prestations et de transmettre leurs pièces justificatives.
- **Interface de gestion à destination de l'employeur :** Fournir au souscripteur un accès à un espace entreprise sécurisé pour la gestion en ligne du contrat, en particulier pour procéder aux mouvements de personnel (affiliations et radiations des salariés et pour déclarer les arrêts de travail.
- **Pilotage technique et financier :** Conformément aux dispositions de l'article 3 du décret n° 90-769 du 30 août 1990, pris pour l'application de l'article 15 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, l'assureur s'engage à arrêter chaque année, au plus tard le 31 mai suivant la clôture de l'exercice, un rapport détaillé consolidant l'ensemble des adhésions au contrat. Ce rapport technique fera l'objet d'une présentation commentée lors d'une réunion de restitution,

  Le pilotage du régime requiert une fréquence de présentation des comptes — intégrant les données définitives et prévisionnelles — au rythme de 2 sessions par an (session annuelle et session semestrielle). L'assureur devra également assurer des interventions directes au sein des instances de représentation du personnel.

  Ce document doit isoler les comptes techniques des garanties de prévoyance. Une distinction stricte doit être opérée entre, d'une part, les garanties « Décès – Invalidité Absolue et Définitive », et d'autre part, les garanties « Incapacité de Travail et Invalidité Permanente ».

  Pour chacun de ces blocs, le rapport présentera de façon détaillée :
  - Les cotisations, brutes de réassurance, de l'exercice ;
  - Les produits financiers nets de l'exercice ;
  - Les prestations détaillées, brutes de réassurance, servies au cours de l'exercice ;
  - Les provisions techniques constituées ;
  - Les frais du contrat ;
  - Toutes les informations stratégiques permettant au pouvoir adjudicateur de disposer d'une vision complète de la situation de ses contrats afin de pouvoir piloter efficacement ses régimes.
  -

- **Suivi de la relation contractuelle :** Assurer une gestion personnalisée du marché grâce à la désignation d'un interlocuteur commercial et technique référent, chargé de centraliser l'ensemble des échanges avec le Pouvoir Adjudicateur.

C. Contrat collectif à adhésion obligatoire

L'affiliation au régime revêt un caractère obligatoire dès sa date d'entrée en vigueur pour l'intégralité du personnel.
Pour la totalité des salariés :

- Capital Décès et Perte Totale ou irréversible d'autonomie (double effet)
- Garantie allocation frais d'obsèques
- Incapacité temporaire de travail
- Invalidité Permanente
- Rente d'éducation/ rente de conjoint

2. LE PERSONNEL CONCERNE

2.1. PERSONNEL BÉNÉFICIAIRE

Le présent régime de prévoyance complémentaire couvre **l'ensemble du personnel salarié de la SA les PORTS DU CALVADOS (IDCC1182) et des collaborateurs des Vedettes Caennaises (IDCC2972)**, sans condition d'ancienneté, quelle que soit la nature de leur contrat de travail (CDI, CDD, temps partiel) relevant :

- des dispositions de la **Convention Collective Nationale des Cadres du 14 mars 1947**(articles 4, 4 bis et 7 bis) ;
- des dispositions de l'**Accord National Interprofessionnel du 17 novembre 2017** relatif à la prévoyance des salariés non-cadres.

La démographie et la liste du personnel constituant la base de tarification figurent en **Annexe – Lot 2 (effectif anonymisé),** fournie à titre indicatif. Cette annexe ne constitue pas une condition restrictive d'affiliation.

2.2. AFFILIATION

L'affiliation au régime prend effet à compter de la **date d'embauche** pour tout nouveau salarié, sans délai de carence ni condition d'ancienneté et **sans questionnaire médical**.
Les personnels dont le contrat de travail est suspendu pour des raisons médicales, pour convenances personnelles (congé sans solde, disponibilité) ou pour motif parental, , seront affiliés au régime de prévoyance dès leur retour effectif aux effectifs actifs.

Dispenses d'affiliation : L'adhésion des salariés au régime collectif de prévoyance est obligatoire sous réserve des cas de dispense de droit expressément prévus par la réglementation en vigueur (articles L. 242-1 et R. 242-1-6 du Code de la sécurité sociale, notamment en ce qui concerne les contrats à durée déterminée, les apprentis, les salariés à temps partiel ou ceux déjà couverts à titre obligatoire). Ces dispenses ne pourront être octroyées qu'à la demande formelle et écrite du salarié, accompagnée des justificatifs réglementaires requis.

2.3 — BENEFICIAIRES DES GARANTIES

Les garanties du présent contrat sont accordées aux personnes suivantes :

- Le **salarié actif affilié**, en activité effective au sein de l'entreprise ;
- Le salarié dont le contrat de travail est **suspendu**, dès lors que la suspension donne lieu au maintien total ou partiel de la rémunération par l'employeur, ou au versement d'indemnités journalières par un organisme de protection sociale (maladie, maternité,

accident du travail, congé parental, etc.) ;
- Le salarié bénéficiaire de la **portabilité des droits**, dans les conditions prévues à l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale.

Les garanties décès s'étendent, selon les conditions définies aux articles suivants, aux **ayants droit** du salarié tels que définis au contrat.

2.4. ADHÉSION AU RÉGIME

L'adhésion au régime de prévoyance est obligatoire pour l'ensemble des salariés des deux membres du groupement, à compter de la date d'effet du régime.

2.5. SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

Pour tout salarié dont le contrat de travail est suspendu, quelle qu'en soit la cause, les garanties de prévoyance sont maintenues et restent financées dès lors que le salarié bénéficie de l'un des éléments suivants :

- Un maintien total ou partiel de son salaire ;
- Des indemnités journalières complémentaires, financées au moins en partie par l'employeur, que ces indemnités soient versées directement par celui-ci ou par un tiers agissant pour son compte ;
- Un revenu de remplacement versé par l'employeur.

La base de calcul des cotisations correspond au montant de l'indemnisation effectivement perçue par le salarié durant la période de suspension de son contrat de travail.

2.6 Rupture du contrat de travail

Conformément à l'article L. 911-8 du code de la Sécurité sociale, tout salarié dont le contrat de travail prend fin ou est rompu et qui perçoit des allocations du régime obligatoire d'assurance chômage peut demander le maintien de ses garanties « décès, invalidité, incapacité ».
Ce maintien à titre gratuit prend effet à la date de cessation du contrat de travail et s'étend sur toute la durée d'indemnisation chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail, ou, le cas échéant, de la durée cumulative des derniers contrats consécutifs chez le même employeur. Cette durée est calculée en mois, arrondie au mois supérieur si nécessaire, et ne peut excéder 12 mois.

À la résiliation du contrat, le salarié conserve l'ensemble des garanties prévues au contrat jusqu'à l'épuisement de ses droits, jusqu'à sa reprise d'activité professionnelle, ou jusqu'à son décès. Dans ce dernier cas, les garanties décès et les rentes dues sont intégrées de plein droit.

2.7 : MAINTIEN DES GARANTIES

2.7.1 Maintien des prestations en cas de pathologies antérieures à l'adhésion de l'assuré

En vertu des dispositions de l'article 2 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (loi Évin), l'assureur ne peut refuser l'adhésion d'un salarié ni pratiquer de sélection médicale fondée sur son état de santé dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion obligatoire. La prise en charge des suites d'états pathologiques antérieurs à l'adhésion dépend des stipulations du présent contrat et ne saurait être interprétée comme une garantie automatique de tous les sinistres antérieurs.

2.7.2. Reprise du passé inconnu : Salariés qui ne sont pas en arrêt de travail à la date d'effet du contrat ou de leur adhésion

L'Assureur garantit les Assurés selon leur situation antérieure à la date d'effet de leur adhésion.

a) Situations antérieures à l'adhésion sans arrêt de travail

Les suites d'états pathologiques, d'un accident survenu ou d'une maladie contractée antérieurement à la date d'effet de l'adhésion de l'Assuré, sans arrêt de travail à cette date, **sont prises en charge** par l'Assureur, dans la limite des garanties souscrites

b) Situations antérieures à l'adhésion avec arrêt de travail

L'assuré est garanti par l'assureur s'il se trouve dans l'une des situations suivantes :

- **Une rechute :** Nouvel arrêt de travail survenu pendant l'exécution du présent contrat et lié à une pathologie ou un accident antérieur, sous réserve qu'une reprise d'activité ait eu lieu avant la date d'adhésion (que cette reprise inclue ou non une période de temps partiel thérapeutique) ;
- **Une requalification :** Modification de la nature de l'absence (par exemple, la requalification d'un accident du travail en congé pour raison de santé) ;
- **Une mise en invalidité** :Reconnaissance d'un état d'invalidité prononcée pendant la validité du présent contrat et consécutive à une pathologie ou un accident antérieur, après une phase de reprise du travail antérieure à l'adhésion (consécutive ou non à un temps partiel thérapeutique)
- **Un temps partiel thérapeutique**, une période de préparation au reclassement ou un congé pour raison de santé fractionné.

Dans ces situations, l'assureur intervient selon les modalités suivantes :

- **si l'Assuré était couvert antérieurement par un ancien contrat**. L'assureur indemnise le salarié, sans préjudice de l'application de l'article 7 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 qui impose le maintien des prestations de l'ancien assureur ;
- **Si l'assuré ne bénéficiait d'aucune couverture antérieure:** L'assureur prend en charge le sinistre à la date d'effet de l'adhésion.

L'assuré doit transmettre à l'assureur les pièces contractuelles de son ancienne couverture nécessaires à l'instruction de son dossier. L'assureur s'engage à fournir un accompagnement juridique et technique à l'assuré pour l'aider à faire valoir ses droits aux prestations dues par l'ancien organisme assureur.

2.7.3. Reprise du passé connu : Salariés en arrêt de travail à la date d'effet du contrat ou de leur adhésion

Cette disposition vise exclusivement les assurés en situation d'arrêt de travail (hors temps partiel thérapeutique) à la date d'entrée en vigueur du présent contrat.

Cette garantie n'est applicable que si elle est expressément prévue au contrat, Pour les salariés en arrêt de travail à la date d'effet, l'assureur s'engage à reprendre la charge des dossiers d'incapacité temporaire de travail et d'invalidité permanente en cours, sous les conditions suivantes :

- l'assuré était couvert antérieurement par une garantie équivalente de son ancien contrat individuel ou collectif. L'intervention du nouvel assureur est alors limitée au niveau des garanties souscrites antérieurement et s'applique en complément du maintien des droits et des prestations d'incapacité imposé à l'ancien assureur par l'article 7 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 ;
- si l'assuré n'était pas couvert antérieurement à la date d'effet de son adhésion, l'assureur n'indemnise pas en cas d'arrêt de travail en cours à cette date, sauf stipulation expresse de reprise du passif par l'assureur.

La présente clause ne concerne que les garanties incapacité temporaire de travail et invalidité permanente.

Cette prise en charge est gérée en répartition et cesse de produire ses effets à la date de

résiliation du contrat, à l'exception du maintien des prestations prévu à l'article 7 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 en cas de rechute.

La prise en charge des situations antérieures s'entend dans le respect des règles relatives aux sinistres en cours et ne saurait avoir pour effet de transférer à l'assureur des prestations relevant d'un précédent organisme assureur au titre de l'article 7 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989.

3. ASSIETTE DE COTISATIONS

a. ASSIETTE DE COTISATION:

L'assiette des cotisations est le salaire servant de base pour le calcul des cotisations de sécurité sociale, qui correspond à la rémunération brute annuelle perçue . Cependant, cette assiette est limitée aux tranches de salaire 1 et 2.

Tranche 1 des rémunérations perçues : Il s'agit de la partie du salaire annuel brut qui est plafonnée au montant annuel de la Sécurité sociale.
Tranche 2 des rémunérations perçues : Cela concerne la partie du salaire annuel brut qui se situe entre le plafond de la tranche 1 et quatre fois ce plafond.
Tranche 3 des rémunérations perçues : part de la rémunération brute au-delà de 4 fois ce plafond.
Le salaire utilisé comme base pour le calcul des prestations garanties : Ce salaire correspond à la rémunération brute des douze derniers mois précédant l'arrêt de travail, limité aux tranches soumises à cotisations.
De plus, il est revalorisé selon les conditions définies au 4 ci-après .

En cas de reprise d'activité après une période de suspension du contrat de travail (maladie, maternité, congé parental...), et si le salarié est en arrêt de travail ou décède dans les douze mois suivant cette reprise, son salaire annuel est reconstitué au prorata temporis en fonction des périodes de salaire plein.

Concernant la portabilité des droits à prévoyance, le salaire de base utilisé pour le calcul des prestations exclut les indemnités liées à la rupture du contrat de travail, telles que les indemnités de licenciement, les indemnités compensatrices de préavis et les congés.

b. PAIEMENT

Le précompte et la gestion des cotisations incombant au pouvoir Adjudicateur s'opèrent par mois civil complet par le biais du flux de la Déclaration Sociale Nominative (DSN) mensuelle.
Les cotisations sont exigibles mensuellement à terme échu via le dispositif de télérèglement intégré à la DSN (ou selon les modalités de paiement prévues au C.C.A.P.).
Leur versement à l'organisme assureur/institution de prévoyance retenu s'effectue conformément aux modalités financières fixées au C.C.A.P.

Le Pouvoir Adjudicateur est responsable du paiement des cotisations à l'organisme retenu.

La cotisation afférente à chaque salarié est due tant qu'il fait partie du personnel du pouvoir adjudicateur et qu'il demeure inscrit aux effectifs de l'entreprise, qu'il soit en activité, en arrêt de travail, en congé (maladie, maternité/paternité, accident du travail/maladie professionnelle) ou en suspension de son contrat de travail, sous réserve du maintien de sa relation de travail et du maintien, total ou partiel, de son dossier administratif aux effectifs.

Lors d'une affiliation en cours de mois, la cotisation, pour le premier mois, sera calculée au prorata du salaire brut versé..

De même, en cas de radiation en cours de mois (départ, cessation de contrat), la cotisation du dernier mois sera calculée au prorata temporis du nombre de jours calendaires jusqu'à la date de radiation.

4. REVALORISATION DES PRESTATIONS

Les prestations périodiques en cours de service sont revalorisées chaque 1er janvier en fonction de l'évolution de l'indice AGIRC-ARRCO constatée d'une année à l'autre. Cette revalorisation est toutefois limitée par le fonds de revalorisation constitué par l'Assureur.

La première augmentation est calculée en fonction de la variation de ce point de retraite entre la date du décès ou de l'arrêt de travail et le 1er janvier suivant.
La revalorisation des prestations prend fin le jour de la résiliation du présent contrat d'assurances.

5. LES GARANTIES

Les garanties s'exerceront dès la prise d'effet du contrat et l'adhésion interviendra sans délai d'attente ni questionnaire médical sous réserve de la transmission de la liste des salariés et de leurs ayant droits par l'assuré.
En cas de radiation des effectifs à la suite d'un licenciement (à l'exception des cas de faute lourde), l'assureur mettra en œuvre les règles actuellement en place concernant la portabilité, telles qu'elles existent à la date du licenciement.

En revanche, en cas de départ volontaire, l'organisme assureur offrira au démissionnaire une option individuelle en matière de garanties, que ce dernier pourra accepter ou rejeter à sa discrétion.

5.1 DÉCÈS OU INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE (toutes causes):

L'assureur s'engage à verser un capital en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive, exprimé en pourcentage du salaire annuel brut.
L'invalidité absolue et définitive consécutive se manifeste par une incapacité permanente définitive à exercer toute activité professionnelle rémunératrice et nécessitant l'assistance d'une tierce personne pour les tâches quotidiennes, et répondant aux conditions cumulatives suivantes:

- Ne pas exercer d'activité générant un revenu ;
- Être officiellement reconnu en invalidité de troisième catégorie par la sécurité sociale ou souffrir d'une infirmité permanente professionnelle au taux de 100%, tout en bénéficiant de l'allocation d'assistance d'une tierce personne accordée par cet organisme.

En cas d'invalidité absolue et définitive, le bénéficiaire des capitaux est l'assuré, qui a la possibilité de choisir un versement anticipé du capital décès. Ce versement anticipé met fin à la garantie décès.
Par ailleurs, si le conjoint décède simultanément , un montant supplémentaire « double effet » est versé aux enfants à charge lors du décès du conjoint. Ce montant est réparti de manière égale entre eux.

- "DECÈS DU CONJOINT SURVIVANT (double effet)": Le décès postérieur ou simultané du conjoint non remarié (ou pacsé), âgé de moins de 62 ans et ayant au moins un enfant à charge de l'assuré, entraîne le versement d'un capital.

Les bénéficiaires du capital décès:

- Les personnes désignées de façon manuscrite par le salarié (assuré) auprès de l'organisme assureur.

En cas d'absence de désignation, le capital est attribué selon l'ordre de priorité suivant :

- En premier lieu, au conjoint survivant non séparé de corps par un jugement définitif.
- À défaut, à la personne liée à l'assuré par un pacte civil de solidarité ou en concubinage. Est considéré comme partenaire de PACS la personne liée à l'adhérent par un Pacte Civil de Solidarité tel que défini aux articles 515-1 et suivants du code civil. De plus, il est considéré comme concubin, au sens de l'article 515-8, la personne vivant en couple avec l'adhérent dans le cadre d'une union de fait, à condition de prouver la vie commune par un justificatif (quittance de loyer, par exemple).

Si aucun conjoint survivant, partenaire de PACS ou concubin ne peut être identifié, le capital est attribué dans l'ordre de priorité suivant :

- Aux enfants nés ou à naître de l'assuré.
- À défaut d'enfants, aux ascendants de l'assuré. En dernier lieu, aux héritiers de l'assuré.

Concernant les personnes à charge, les critères suivants s'appliquent :

- Les enfants légitimes, naturels, reconnus ou adoptifs du salarié ou de son conjoint, partenaire de PACS ou concubin sont considérés comme à charge s'ils satisfont à l'une des conditions suivantes:
- Les enfants de moins de 21 ans selon la législation de la Sécurité sociale.
- Les enfants de moins de 28 ans selon la législation fiscale, c'est-à-dire les enfants pris en compte dans le calcul du quotient familial ou ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable, y compris ceux pour lesquels une pension alimentaire est versée.
- Les enfants infirmes à charge au sens de la législation fiscale, indépendamment de leur âge, qui sont pris en compte dans le calcul du quotient familial ou ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable, ou qui bénéficient d'une pension alimentaire déductible du revenu imposable.
- Toute personne considérée comme à charge selon les régimes d'assurances sociales.

5.2 INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL:

Nature de l'indemnité :
Les indemnités journalières sont destinées à couvrir l'incapacité de travail causée par un accident ou une maladie, au-delà des prestations prévues par le régime général pour les salariés assurés.

Niveaux d'indemnisation :
L'organisme d'assurance verse une indemnité qui complète les prestations versées par le régime de base. Cependant, le montant de cette indemnité ne peut dépasser le niveau d'indemnisation fixé. Si un dépassement se produit, l'assureur réduit les indemnités versées dans la mesure de ce montant excédentaire

Versement de la prestation : Pour chaque arrêt, il est fait application de la franchise retenue figurant le cas échéant au cahier des charges pour la catégorie concernée.

Cessation du service des prestations :
Le service des prestations cesse :

- À la fin du contrat de travail;

- Le jour de la reprise d'activité,
- À la fin de l'indemnisation par l'assurance maladie au titre du régime général de la Sécurité sociale;
- À la date d'effet d'un congé parental;
- À la date d'effet d'une mise en disponibilité (convenance personnelle).
- À la liquidation d'une pension d'invalidité par le régime de base du salarié,
- À la date de la liquidation de la pension de retraite par le régime de base du salarié,
- Lors du décès ou de la Perte Total et Irréversible d'Autonomie du salarié.
- En cas de démission ou de radiation des effectifs.

5.3 INVALIDITÉ / INCAPACITÉ PERMANENTE.

Nature de l'indemnité :
Lorsqu'un salarié se retrouve dans l'incapacité médicalement constatée d'exercer son activité professionnelle en raison d'une maladie, d'un accident de vie privée ou d'une maladie professionnelle/accident de travail reconnus par le régime de base, il a droit à une rente qui vient en complément des prestations suivantes :

- Une pension d'invalidité de 2ème ou 3ème catégorie de la sécurité sociale.
- Une rente d'incapacité permanente reconnue par la sécurité sociale, si le taux est d'au moins 33%, suite à un accident de travail ou à une maladie professionnelle

Le versement de ces prestations cesse dans les situations suivantes :

- À la fin du versement de la pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité permanente par la sécurité sociale.
- Lorsque le salarié reprend une activité professionnelle.
- Au moment de la liquidation de la pension de retraite du salarié.
- En cas de décès du salarié.

5.4 RENTE EDUCATION

La garantie a pour objet de verser à chaque enfant à charge de l'assuré une rente temporaire d'éducation en cas de décès de celui-ci.
La rente d'éducation est une rente fixe qui cesse d'être versée selon les conditions définies ci-dessous :

- Elle entre en vigueur le premier jour du mois suivant le décès de l'assuré et est payée trimestriellement à la fin de chaque trimestre civil.
- La rente est versée soit au représentant légal de l'enfant à charge, soit directement à l'enfant à charge sur demande, s'il est juridiquement capable.
- L'enfant à charge ou son représentant légal doit fournir chaque année une justification que les conditions requises pour continuer à recevoir les prestations sont toujours remplies. En cas d'absence de justification, le versement de la rente est suspendu.

5.5 CONDITIONS DE CONTINUITE DES COUVERTURES ET DISPOSITIFS DE PORTABILITE

Les garanties sont maintenues au profit des :

- Salariés figurant aux effectifs de la structure, y compris lorsque l'exécution de leur contrat de travail se trouve suspendue, notamment dans le cadre d'un arrêt maladie ou d'un congé parental.

- Salariés présentant une affection médicale dont le fait générateur est antérieur à la date d'entrée en vigueur de la présente couverture.
- Les anciens salariés, le droit au maintien des prestations est ouvert aux demandeurs d'emploi ainsi qu'aux bénéficiaires du dispositif de préretraite du Fonds National de l'Emploi, sous réserve que leur démarche d'affiliation soit finalisée dans un délai de six mois à compter de la rupture de leur lien contractuel avec l'employeur.
- Les conjoints ou concubins désignés pour le versement du capital s'ils adhèrent au régime de prévoyance dans les six mois suivant l'événement. Cette adhésion spécifique se limite alors strictement aux prestations relatives au capital décès et à la rente d'éducation.

Par ailleurs, conformément aux obligations issues de l'Accord National Interprofessionnel du 11 janvier 2008 et de la loi relative à la sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013, les salariés dont la fin du contrat de travail ouvre droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage bénéficient du mécanisme légal de portabilité des droits, pour une période ne pouvant excéder douze mois. L'ensemble de ces modalités et conditions de maintien des droits est obligatoirement intégré dans la notice d'information, que l'organisme de prévoyance s'engage formellement à délivrer à chaque bénéficiaire au moment de son affiliation.

6.1 LES GARANTIES DEMANDEES

6.1. POPULATION CADRE (RELEVANT DES ARTICLES 2.1 ET 2.2 DE L'ANI du 17/11/2017

6.1.1 DÉCÈS OU INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE (IAD)

Le capital est calculé sur le salaire de référence (moyenne des 12 derniers mois). L'IAD (3ème catégorie SS) donne lieu au versement anticipé du capital.

- Décès toutes causes :

  Capital de base en l'absence de personne à charge:

  - Célibataire, veuf , divorcé : **300 %**
  - Marié ou concubin : **390 %**
  - Majoration par enfant ou personne à charge supplémentaire: **90%.**
  - Décès ou perte totale et irréversible d'autonomie suite à accident : **doublement du capital.**
  - Capital « double effet » en cas de décès du conjoint ou partenaire, simultané ou postérieur à celui de l'assuré, un ou plusieurs enfants restant à charge: **capital supplémentaire de 100% du capital Décès de Base au bénéfice du ou des enfants.**
  - « Capital MALADIE REDOUTEE » : Versement d'un capital forfaitaire de **4 000 €** au salarié dès le premier diagnostic de l'une des 10 pathologies graves listées (notamment cancer, AVC, infarctus, sclérose en plaques, insuffisance rénale, VIH, Parkinson, Alzheimer, SLA ou greffe d'organe). Cette aide financière est destinée à couvrir librement les dépenses liées à la maladie ou tout autre besoin personnel du salarié durant cette période de fragilité

  –

6.1.2 ALLOCATION FRAIS D'OBSÈQUES

Montant versé :

- Décès du collaborateur, conjoint, enfant à charge: **200% PMSS**
- Décès d'un enfant à charge de – 12 ans : Limitation aux Frais réels, sur justificatifs

6.1.3 RENTE ÉDUCATION

- Enfant jusqu'à 12 ans : 14 % de la rémunération brute annuelle du salarié (tranches 1,2)
- Enfant de 13 à 17 ans : 16 % de la rémunération brute annuelle du salarié (tranches 1,2)
- Enfant du 18ème au 26ème anniversaire : 18 % de la rémunération brute annuelle du salarié (tranches 1,2)
- Enfant handicap quel que soit l'âge : 20 % de la rémunération brute annuelle du salarié (tranches 1,2)

6.1.4 INCAPACITÉ TEMPORAIRE ET INVALIDITÉ PERMANENTE

Sous déduction des prestations brutes de la Sécurité Sociale, de LES PORTS DU CALVADOS et de tout autre organisme ; et avant déduction de la CSG et du CRDS
Taux en pourcentage sur les tranches 1– 2

a) INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE

- Versement d'une indemnité journalière sous déduction des prestations versées par le régime social de base: **IJ à hauteur de 90%**
  Au-delà de la durée de franchise correspondante à :
  - Franchise : **30 jours**

En cas de rechute consécutive à un événement déjà pris en charge en vertu du présent contrat, la franchise ne s'appliquera pas à nouveau. Les bénéficiaires auront droit à la continuité de la prise en charge conformément aux termes et conditions énoncés dans le contrat initial, sans qu'aucun délai de carence ne soit exigé.
Les prestations d'incapacité temporaire de travail seront versées par l'organisme assureur tant que la Sécurité sociale verse les indemnités journalières de sécurité sociale, cette durée pouvant aller jusqu'à 3 ans d'arrêt de travail pour la maladie et sans date de fin pour les AT / MP.

b) Invalidité/incapacité permanente: Rente Mensuelle

- Invalidité ou Incapacité Taux > 66% : **90%**
- Invalidité ou Incapacité 33%<Taux > 66% : (**90% salaire de base) x Taux/66**
- **Aucune prise en charge n'est réalisée dans le cas d'un taux d'invalidité (n) < 33%**

Ces pourcentages sont entendus comme s'appliquant au salaire brut limité à 100 % du salaire net fiscal sous déduction des cotisations obligatoires non déductibles.

6.2. POPULATION NON CADRE (NE RELEVANT PAS DES ARTICLES 2.1 ET 2.2 DE L'ANI)

6.2.1 DÉCÈS OU INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE (IAD)

- Décès toutes causes :
  - Célibataire, veuf , divorcé: **200 %**
  - Marié ou concubin : **240 %**
  - Capital de base en présence de personne à charge: **285 %**

- Majoration par enfant ou personne à charge supplémentaire: **45 %**
- Décès ou perte totale et irréversible d'autonomie **suite à accident** : **doublement du capital**
- Capital « double effet » en cas de décès du conjoint ou partenaire, simultané ou postérieur à celui de l'assuré **un ou plusieurs enfants restant à charge** : capital supplémentaire de **100% du capital Décès de Base au bénéfice du ou des enfants.**
- « Capital MALADIE REDOUTEE » : Versement d'un capital forfaitaire de 4 000 € au salarié dès le premier diagnostic de l'une des 10 pathologies graves listées (notamment cancer, AVC, infarctus, sclérose en plaques, insuffisance rénale, VIH, Parkinson, Alzheimer, SLA ou greffe d'organe). Cette aide financière est destinée à couvrir librement les dépenses liées à la maladie ou tout autre besoin personnel du salarié durant cette période de fragilité

6.2.2 ALLOCATION FRAIS D'OBSÈQUES

Montant versé :

- Décès du collaborateur, conjoint, enfant à charge: **200% PMSS**
- Décès d'un enfant à charge de – 12 ans : Limitation aux Frais réels, sur justificatifs

6.2.3 RENTE ÉDUCATION

- Enfant jusqu'à 12 ans : 14 % de la rémunération brute annuelle du salarié (tranches 1,2)
- Enfant de 13 à 17 ans : 16 % de la rémunération brute annuelle du salarié (tranches 1,2)
- Enfant du 18ème au 26ème anniversaire : 18 % de la rémunération brute annuelle du salarié (tranches 1,2)
- Enfant handicap quel que soit l'âge : 20 % de la rémunération brute annuelle du salarié (tranches 1,2)

6.2.4 INCAPACITÉ TEMPORAIRE ET INVALIDITÉ PERMANENTE

a) INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE

- Versement d'une indemnité journalière sous déduction des prestations versées par le régime social de base: **IJ à hauteur de 90%**

Au-delà de la durée de franchise correspondante à :

- Franchise : **30 jours**

En cas de rechute consécutive à un événement déjà pris en charge en vertu du présent contrat, la franchise ne s'appliquera pas à nouveau. Les bénéficiaires auront droit à la continuité de la prise en charge conformément aux termes et conditions énoncés dans le contrat initial, sans qu'aucun délai de carence ne soit exigé.

Les prestations d'incapacité temporaire de travail seront versées par l'organisme assureur tant que la Sécurité sociale verse les indemnités journalières de sécurité sociale, cette durée pouvant aller jusqu'à 3 ans d'arrêt de travail pour la maladie et sans date de fin pour les AT / MP.

b) INVALIDITÉ/INCAPACITE PERMANENTE: RENTE MENSUELLE

- Invalidité ou Incapacité Taux > 66% : **90%**

- Invalidité ou Incapacité 33%<Taux > 66% : (**90% salaire de base) x Taux/66**
- **Aucune prise en charge n'est réalisée dans le cas d'un taux d'invalidité (n) < 33%**

Ces pourcentages sont entendus comme s'appliquant au salaire brut limité à 100 % du salaire net fiscal sous déduction des cotisations obligatoires non déductibles.

6.3 LES PRESTATIONS ET SERVICES COMPLEMENTAIRES DEMANDEES

RELATION CLIENT - ASSUREUR

- Pour le service des Ressources Humaines
  - Un interlocuteur référent avec un remplaçant connu pour les périodes d'absence.
  - Un décompte mensuel des sommes versées
  - Compte de résultat annuel (loi Évin) avec les résultats de la consommation par exercice, par poste de garantie, avec l'évolution du risque / Les provisions / Les frais de gestion / Les cotisations perçues HT et les Produits financiers au plus tard 7 mois avant la fin de l'année. Avec un RDV annuel obligatoire avant le 31 mai qui permettra d'échanger sur ces différents éléments.
  - Un tableau des salariés impactant les provisions, obligatoirement transmis tous les 6 mois au service RH.
  - Extranet

REUNION D'INFORMATION

Pour les collaborateurs : Une réunion informative sera demandée, si cela s'avère nécessaire. Et pour expliquer le contrat et transmettre l'information, l'attributaire fournira tous documents pédagogiques nécessaires.

PROCEDURES D'ARBITRAGE ET DE CONTROLE MEDICAL

En matière d'évaluation, de reconnaissance et de suivi des états d'incapacité ou d'invalidité, ainsi que pour la détermination de la durée des interruptions de travail, l'assureur s'aligne en priorité sur les décisions officielles rendues par la Sécurité Sociale. En cas de divergence ou en l'absence de position de cette dernière, la position du médecin traitant du salarié fait foi. Si un désaccord persiste ou à défaut d'avis médical, la décision finale revient expressément au pouvoir adjudicateur.

Pour ce qui concerne la vérification des arrêts, l'organisme d'assurance dispose de la faculté de soumettre le bénéficiaire à une contre-visite ou à une expertise médicale qu'il finance intégralement. Toutefois, la mise en œuvre de cette démarche est impérativement conditionnée par l'autorisation préalable et formelle de l'entité souscriptrice, qui conserve un pouvoir décisionnel absolu en la matière. Réciproquement, le pouvoir adjudicateur peut exiger de l'assureur le déclenchement de telles investigations médicales pour les pathologies ou sinistres entrant dans le champ des garanties contractuelles, sans qu'aucun frais ne lui soit facturé.

Enfin, cette prestation de contrôle médical peut être étendue aux situations non couvertes par le contrat, à la demande exclusive de la structure souscriptrice. Les conditions financières de ces interventions hors garanties doivent être explicitement détaillées par l'assureur dès la prise d'effet du marché. Si ces tarifs ne sont pas communiqués au moment de l'entrée en vigueur, ou si l'assureur s'est engagé à les offrir, le coût de ces contrôles optionnels restera intégralement et de plein droit à la charge exclusive de la compagnie d'assurance.

7. INDEXATION EVOLUTION TARIFAIRE

Indexation : Pas d'indexation.

Si les conditions tarifaires doivent être révisées en raison d'une aggravation de la sinistralité, l'organisme d'assurance devra envoyer un rapport justifiant le dépassement des limites tarifaires envisagé pour l'année suivante au pouvoir adjudicateur au moins six mois avant la date d'échéance annuelle du contrat .

Le pouvoir adjudicateur disposera de deux mois pour émettre un avis. Au-delà de ce délai, en cas de silence du pouvoir adjudicateur, le dépassement des limites tarifaires envisagé pour l'année suivante par le prestataire sera considéré comme acquis.

Conditions de révision et d'évolution des taux de cotisation

La proposition financière du candidat doit détailler les règles d'ajustement de la tarification et présenter une stratégie technique stable projetée sur une période de 4 exercices.
Le formalisme et la clarté de la méthode de tarification soumise constitueront des critères d'évaluation lors de l'étude des dossiers. La faculté pour le pouvoir adjudicateur d'anticiper ses engagements budgétaires de manière fiable s'impose comme un facteur prépondérant pour l'attribution du marché.
Par ailleurs, les conditions tarifaires initiales demeurent contractuellement garanties et **bloquées durant les deux premières années** d'exécution du contrat.

8. LES DISPOSITIONS PARTICULIERES

- Le contrat est géré en capitalisation
- Le contrat ne prévoira aucun délai de carence.
- Les garantie sont acquises dans le monde entier pour des séjours d'une durée inférieure à 3 mois consécutifs.
- La portabilité est acquise en cas de cessation de contrat de travail, en fonction des textes légaux applicables.
- L'assureur devra établir annuellement un rapport complet sur le « compte de résultat » du contrat. Ce bilan technique devra faire l'objet d'une présentation commentée lors d'une réunion de restitution, programmée impérativement au cours du premier trimestre suivant la clôture de chaque année civile.

9. CONFIDENTIALITÉ / PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

9.1 - Obligation de confidentialité

Les parties s'engagent mutuellement à préserver la stricte confidentialité des informations, documents, données ou éléments de toute nature dont ils détiendraient connaissance à l'occasion de l'exécution du présent marché, dès lors que ces éléments sont signalés comme confidentiels ou relèvent manifestement du fonctionnement interne de chaque entité.
Chaque partie prendra toutes les dispositions nécessaires auprès de son personnel pour empêcher la divulgation de ces éléments à des tiers non autorisés. Cette obligation ne s'applique pas aux informations ayant fait l'objet d'une divulgation publique légitime par la partie émettrice, ou déjà accessibles au public au moment de leur transmission.
Le titulaire répercute cette obligation de confidentialité et de sécurité sur l'ensemble de ses sous-traitants et s'assure du respect de ces engagements par ces derniers.

9.2 - Protection des données à caractère personnel

Chaque partie s'engage à respecter le Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 (RGPD) pour l'ensemble des données accessibles dans le cadre de l'exécution du contrat.

Description du traitement de données à caractère personnel

Le titulaire (sous-traitant au sens du règlement européen sur la protection des données) est autorisé à traiter pour le compte du pouvoir adjudicateur qualifié de **responsable de traitement**, les données nécessaires à la fourniture des prestations de prévoyance.

- Nature des opérations : Collecte, enregistrement, organisation, traitement, conservation et consultation.
- Finalité du traitement : Mise en œuvre du régime collectif de prévoyance du personnel de de la SA LES PORTS DU CALVADOS et des VEDETTES CAENNAISE.

- Données traitées : Nom, prénom, date de naissance, numéro de sécurité sociale, adresse, coordonnées téléphoniques et courriel du personnel et de ses ayants droit.
- Catégories de personnes concernées : Les salariés de de la SA LES PORTS DU CALVADOS et des VEDETTES CAENNAISE et leurs ayants droit. Le responsable de traitement transmet au sous-traitant toutes les informations requises à cette fin.

Obligations du titulaire

Le titulaire s'engage formellement à :

- Traiter les données exclusivement pour la finalité fixée et selon les instructions écrites de l'entité adjudicatrice, sous peine de l'alerter immédiatement en cas d'instruction illégale.
- Garantir la confidentialité des données et veiller à ce que le personnel autorisé soit formé et soumis à une obligation de confidentialité appropriée, en intégrant les principes de protection dès la conception et par défaut.
- Informer préalablement l'acheteur en cas d'obligation légale de transfert de données vers un pays tiers ou une organisation internationale, sauf motif impérieux d'intérêt public.

Autorisation de désignation d'un autre prestataire

Le titulaire peut faire appel à un sous-traitant ultérieur pour des activités spécifiques. Il doit en informer préalablement et par écrit l'entité adjudicatrice (identité, coordonnées, nature des activités, dates contractuelles). L'entité adjudicatrice dispose d'un délai minimal de 6 jours pour notifier une objection. Le sous-traitant ultérieur doit respecter les mêmes obligations et présenter les mêmes garanties techniques et organisationnelles. Le titulaire demeure pleinement responsable devant l'entité adjudicatrice de l'exécution de ces prestations.

Droit d'information des personnes concernées

L'entité adjudicatrice est responsable de la délivrance de l'information réglementaire aux personnes concernées au moment de la collecte de leurs données.

Exercice des droits des personnes

Le titulaire prête assistance au responsable de traitement pour répondre aux demandes d'exercice des droits (accès, rectification, effacement, opposition, limitation, portabilité, refus de décision individuelle automatisée ou profilage). Les demandes reçues par le titulaire doivent être transférées immédiatement par courriel à : marchespublics@caen.cci.fr

Notification des violations de données à caractère personnel

Le titulaire fournit toute la documentation utile et, après accord de l'entité adjudicatrice, notifie à la CNIL au nom de celle-ci toute violation de données dans les meilleurs délais (maximum 72 heures après constatation), sauf si l'incident ne présente aucun risque. La notification spécifie a minima : la nature de la violation, les catégories et volumes de personnes/données impactées, les coordonnées du Délégué à la Protection des Données (DPD) ou point de contact, les conséquences probables et les mesures correctives ou d'atténuation envisagées. Ces informations peuvent être fournies de manière échelonnée. Sous les mêmes conditions, et en cas de risque élevé, l'incident est communiqué à la personne concernée en termes simples

Aide du titulaire dans le cadre du respect par l'acheteur de ses obligations

Le titulaire aide l'entité adjudicatrice pour la réalisation d'analyses d'impact relative à la protection des données ainsi que pour la réalisation de la consultation préalable de l'autorité de contrôle.

Mesures de sécurité des données à caractère personnel

Le titulaire déploie les dispositifs de sécurité requis :

- La pseudonymisation et le chiffrement des données.
- La confidentialité, l'intégrité, la disponibilité et la résilience permanentes des systèmes de traitement.
- Le rétablissement de l'accès aux données dans des délais appropriés après un incident

technique ou physique.
- Une procédure d'évaluation et de test régulier de l'efficacité des mesures techniques et organisationnelles.

Sort des données
À l'expiration des prestations liées au traitement, le titulaire s'engage à procéder à la destruction de l'ensemble des données à caractère personnel.

Délégué à la protection des données
Le titulaire communique à l'entité adjudicatrice l'identité et les coordonnées de son Délégué à la Protection des Données (DPD), ou à défaut, de son référent dédié.

Registre des catégories d'activités de traitement
Le titulaire tient un registre écrit des traitements effectués pour l'acheteur, mentionnant l'identité des responsables et DPD, les types de traitements, les éventuels transferts hors UE (avec garanties associées) et une description générale des mesures de sécurité mises en œuvre.

Documentation et contrôle
Le titulaire fournit toute la documentation justificative de ses obligations et collabore activement aux audits ou inspections diligentés par l'entité adjudicatrice ou par un tiers mandaté..

Obligations de l'entité adjudicatrice
L'entité adjudicatrice s'engage formellement à :
- Fournir au titulaire l'ensemble des données nécessaires mentionnées dans la description du traitement.
- Documenter par écrit toute consigne et instruction relative aux traitements.
- Contrôler préalablement et tout au long du contrat le respect des obligations du RGPD par le titulaire.
- Superviser les opérations de traitement, y compris par la réalisation d'audits et d'inspections.

10. ENGAGEMENT EN MATIERE DE RESPONSABILITE SOCIETALE ET DE DEVELOPPEMENT DURABLE

Le pouvoir adjudicateur conditionne l'exécution du marché à une démarche active de responsabilité sociétale. Le titulaire doit ainsi justifier de mesures concrètes en faveur de la diversité et de l'inclusion, visant précisément l'accès à l'emploi et le maintien en poste des travailleurs en situation de handicap, le développement et la valorisation de l'emploi des seniors, le respect absolu de l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes, ainsi que la lutte et la prévention contre toutes les formes de discrimination.
Par ailleurs, le titulaire est tenu à une stricte conformité avec les réglementations environnementales en vigueur, applicables tant à son organisation interne qu'à la réalisation des prestations du contrat. Dans le cadre de ce marché, il a la responsabilité de décliner ces critères écologiques et sociétaux auprès de ses sous-traitants et partenaires, et s'en porte fort pour en garantir la parfaite application.

11. RESILIATION

Conditions générales de résiliation de plein droit
Le non-respect des obligations du présent marché entraînera sa résiliation de plein droit au profit de du pouvoir adjudicateur, sans indemnité pour le titulaire, dans les situations suivantes :
- En cas de défaillance ou d'insuffisance technique persistante dûment constatée selon les modalités du marché ;
- Si l'assureur ne remplit pas ses obligations au titre des prestations définies au présent marché ;

- En cas de cession du présent contrat ou de sous-traitance des prestations par l'assureur sans l'accord préalable et écrit de du pouvoir adjudicateur ;
- En cas de liquidation judiciaire de l'entreprise titulaire du marché ;
- En cas de nécessité pour le pouvoir adjudicateur de modifier certaines clauses du présent contrat en cours d'exécution, dès lors que les deux parties ne parviennent pas à un accord matérialisé par la signature d'un avenant, sans qu'aucune indemnité ne puisse être réclamée de part et d'autre ;
- En cas de résiliation unilatérale à l'initiative de l'organisme d'assurance ;
- En cas de défaut de transmission des pièces administratives requises par l'article D. 8222-5 du code du travail, après une mise en demeure restée infructueuse.

Résiliation pour inexactitude des documents et renseignements exigés par le code de la commande publique

Après la signature du marché, si les documents et renseignements mentionnés aux articles R. 2143-6 à R. 2143-10 du code de la commande publique s'avèrent inexacts, ou en cas de refus de fournir les pièces prévues aux articles D. 8222-5 ou D. 8222-7 du code du travail, le marché pourra être résilié aux torts exclusifs du titulaire.

Renonciation à la résiliation après sinistre

Par dérogation aux dispositions de l'article R. 113-10 du code des assurances, l'assureur renonce expressément à sa faculté de résilier automatiquement le présent contrat à la suite de la survenance d'un sinistre.