

Incapacité de travail

Mémento concernant les employés resp. les employeurs

Ce mémento sert uniquement d'information. Est seul valable le règlement – ainsi que la législation et la jurisprudence correspondantes – en vigueur au moment de la survenance de l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité. L'institution de prévoyance se réserve clairement le droit d'adapter ce mémento à tout moment aux circonstances nouvelles.

Fin de l'obligation d'être assuré et du devoir d'information conformément à l'art. 8 al. 2 LFLP

Fin de l'obligation d'être assuré

Selon l'art. 10 al. 2 LPP, l'obligation d'être assuré cesse, sous réserve de l'obligation de l'employeur de continuer à payer le salaire selon l'art. 324a CO ou de la prétention à l'allocation de maternité selon l'art. 329f CO, en particulier lorsque:

- les rapports de travail sont résiliés,
- le salaire minimum n'est plus atteint.

Cependant, les indemnités journalières versées par une assurance sociale ou une assurance privée ainsi que les rentes ne sont pas considérées comme salaire au sens de la LPP, dans la mesure où elles sortent du cadre de l'art. 324a CO ou, s'agissant des cas de maternité, de celui de l'art. 329f CO. Subsiste, nonobstant la fin de l'obligation d'être assuré, une prétention aux prestations suivantes:

- prestations en cas d'incapacité de gain ou d'invalidité lorsque la compétence temporelle de l'institution de prévoyance est donnée conformément à l'art. 18 ou à l'art. 23 LPP. Sont comprises les modifications du degré de l'incapacité de travail qui ont un rapport matériel et temporel avec la cause à l'origine de cette incapacité.
- prestations expectatives de vieillesse et en cas de décès dont l'étendue variera en fonction de l'incapacité de gain ou de d'invalidité reconnue.

Pour le reste, il n'existe pas de couverture d'assurance.

Devoir d'information selon l'art. 8 al. 2 LFLP

Dans la mesure où la personne assurée n'est pas assurée auprès de l'institution de prévoyance d'un nouvel employeur ou auprès de la fondation de l'institution supplétive, il y a lieu de prendre en compte les points suivants:

- Lorsque l'assurance obligatoire prend fin et que le délai de couverture supplémentaire maximal d'un

mois échoit (art. 10 al. 2 et 3 LPP), les risques liés à l'âge, au décès et à l'invalidité ne sont plus couverts.

- Le maintien de la protection en matière de prévoyance incombe dès lors à la personne assurée.
- La personne assurée peut continuer à s'assurer contre le risque lié à l'invalidité et au décès par le biais d'une police d'assurance individuelle auprès d'une compagnie d'assurances vie ou, conformément à l'art. 47 LPP, auprès de la fondation de l'institution supplétive.
- La personne assurée a la possibilité de maintenir sa protection de prévoyance en concluant une police ou un compte de libre passage, qu'elle peut compléter par un 3^{ème} pilier a ou b auprès d'une compagnie d'assurances vie ou d'une banque.

Compétence de l'institution de prévoyance

Est compétente l'institution de prévoyance auprès de laquelle la personne était assurée au moment de la survenance de l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité. Par incapacité de travail, on entend une réduction durable et importante, c'est-à-dire considérable et manifeste, de la capacité de travail fonctionnelle de l'assuré dans son domaine d'activité professionnelle. Elle doit être constatée, à satisfaction de droit, par des certificats actuels fondés sur des examens médicaux et des bilans professionnels. Dans le cas d'une longue durée, l'activité encore possible peut être envisagée dans l'exercice d'un autre métier ou dans un autre domaine. Il y a en outre lieu de considérer la notion d'atteinte à la santé sous l'angle du droit des assurances sociales et non pas d'un point de vue médical. Une grossesse n'est pas considérée comme une maladie.

Versements et retraits d'avoirs de vieillesse

Après la survenance de l'incapacité de travail telle que dé finie au chiffre 2, les versements et retraits de prestations de libre passage, de prestations de sortie et d'indemnités de divorce ne sont plus possibles sur la partie passive de l'assurance.

Les retraits ont en règle générale pour effet de réduire la prestation assurée, sauf si:

- en cas de retrait anticipé dans le cadre de l'encouragement à la propriété du logement ou d'une indemnité de divorce, le remboursement intervient avant le début de l'incapacité de travail.
- en cas de transfert des prestations de sortie dans le cadre d'une sortie de service ou d'une sortie partielle de service, la personne assurée veille à ce que le

retransmet de la prestation de sortie, des crédits de vieillesse (dans la mesure où ceux-ci ne sont pas à financer par l'institution de prévoyance dans le cadre de l'exemption du paiement de cotisations) et des crédits d'intérêts courus et à courir interviennent, si possible, avant l'exécution des prestations (art. 3 al. 3 LFLP).

Début du délai d'attente pour l'exemption du paiement de cotisations

Le délai d'attente commence le premier jour de l'incapacité de travail de la personne assurée, attestée par certificat médical et qui dépasse le degré d'incapacité de travail minimum déterminant. Si, au cours du délai d'attente pour l'exemption du paiement des cotisations, il y a une interruption notable d'au moins 30 jours consécutifs de pleine capacité de travail, de nouveaux délais pour les prestations dues à l'incapacité de gain commencent. De nouvelles causes font toujours naître de nouveaux délais d'attente.

Exemption provisoire du paiement de cotisations

Le degré de l'incapacité de gain (invalidité dans le domaine d'activité) est un critère décisif pour déterminer l'étendue de l'exemption du paiement de cotisations. Cette valeur doit être calculée selon des critères économiques et en prenant en compte l'obligation de réduire le dommage incombant à la personne assurée, et n'est par conséquent pas identique à une incapacité de travail attestée par certificat médical. Le deuxième pilier ayant été conçu en tant que complément au premier, les examens médicaux et les bilans professionnels, ainsi que les constatations de l'incapacité de gain (invalidité dans le domaine d'activité) relèvent en premier lieu de la compétence de l'assurance invalidité fédérale.

Cependant, à l'issue du délai d'attente, l'institution de prévoyance se déclare prête à accorder, temporairement et sans reconnaître être liée par une obligation juridique, une exemption provisoire du paiement de cotisations sur la base de l'incapacité de travail attestée par certificat médical pour un laps de temps courant au maximum jusqu'à la fin du mois à l'échéance duquel la rente de l'assurance invalidité commencera à être versée si l'inscription a été effectuée en temps utile. Pour des raisons administratives, les modifications déterminantes pour la fixation de l'étendue de l'exemption provisoire du paiement de cotisations seront cumulées jusqu'au moment de la révision défini à l'avance (soit en général pour la première fois 24 mois après le début de l'incapacité de travail, dans la mesure où l'institution de prévoyance dispose déjà d'une décision de versement de rentes exécutoire de l'assurance invalidité, sinon ultérieurement), avant d'être prises en compte rétroactivement pour le laps de temps entier.

En cas de non-inscription auprès de l'assurance invalidité ou si le degré d'invalidité est en-dessous du seuil minimum réglementaire, une exemption provisoire du paiement de cotisations est accordée pour un laps de temps courant au maximum jusqu'à la fin du mois à l'échéance duquel la rente de l'assurance invalidité fédérale commencera à être versée.

La décision définitive concernant l'étendue de l'exemption provisoire du paiement de cotisations sera prise uniquement après la décision relative à l'octroi de rentes par l'assurance invalidité fédérale. Pour exercer une éventuelle prétention aux rentes ou à une exemption plus importante du paiement de cotisations, il faut dans tous les cas une décision d'octroi de rentes de l'assurance invalidité fédérale. Pendant une période de recyclage, aucun droit à une exemption du paiement des cotisations ne peut en principe être fait valoir.

Devoir de collaboration

Durant toute la durée de traitement du cas, la personne assurée est tenue d'informer l'institution de prévoyance sans délai et par écrit de toutes les circonstances susceptibles d'avoir une influence sur le versement ou le montant d'éventuelles prestations. Doivent en particulier être fournis ou indiqués:

- la copie de l'inscription à l'AI au plus tard 6 mois après le début de l'incapacité de travail;
- les modifications du degré de l'incapacité de travail attestée par certificat médical;
- les mesures et les décisions qui impliquent un assureur social ou privé (en particulier la fin des prétentions à l'indemnités journalière);
- les changements déterminants de circonstance;
- toute modification de l'état de santé est à annoncer à l'assurance invalidité fédérale.

Révision

De même que pour l'assurance invalidité fédérale, tous les cas de prestations sont soumis à un contrôle périodique. Pour faire valoir une détérioration, il faut avant tout et dans tous les cas faire une demande à l'assurance invalidité (annonce dans le cadre de la procédure en cours, ou demande de révision ou nouvelle inscription). Conformément aux dispositions de l'assurance invalidité fédérale, l'institution de prévoyance ne prendra en considération la modification du degré d'invalidité que lorsqu'une détérioration ou une amélioration déterminante de l'état de santé est établie d'un point de vue médical et à satisfaction de droit. Cette modification de l'état de santé doit être durable et importante, c'est-à-dire considérable et manifeste, et mesurable selon des critères objectifs par un examen médical prenant en compte ses dimensions temporelles et matérielles. Les éventuelles prestations faites en sus de ce qui est dû pourront être intégralement réclamées.