

CCN des commerces de détail de papeterie, de fournitures de bureau, de bureautique et informatique

Contrat d'assurance collectif à adhésion obligatoire

Conditions Générales Prévoyance n°13401

Edition janvier 2021

SOMMAIRE

TITRE I ADHESION AU CONTRAT	8
1.1. Objet du contrat	8
1.2 Formalités d'adhésion	8
1.3 Durée – Renouvellement de l'adhésion	8
1.4 Conditions d'affiliation des assurés	9
1.5 Prise en charge des risques en cours	10
1.6 Révision des cotisations et/ou des garanties	11
TITRE II GARANTIES	13
2.1 Garanties Décès	13
2.2 Bénéficiaire(s) en cas de décès	13
2.3 Garanties Arrêt de travail	15
TITRE III DISPOSITIONS GENERALES	18
3.1 Entrée en vigueur des garanties –suspension et conditions de maintien	18
3.2 Cessation de l'affiliation	18
3.3 Maintien des garanties	18
3.4 Cotisations	20
3.5 Salaire de référence	21
3.6 Revalorisation	21
3.7 Résiliation du contrat	21
3.8 Risques Exclus	22
3.9 Déchéance	23
3.10 Recours – Prescription	23
3.11 Réclamation – médiation	24
3.12 Autorité de contrôle	24
3.13 Dispositions Diverses	24
TITRE IV VERSEMENT DES PRESTATIONS	27
4.1 Déclaration des sinistres	27
4.2 Pièces nécessaires au paiement des prestations	27
4.3 Obligations de l'assuré	29
4.4 Modalités d'ouverture du droit à prestation et délai de transmission des pièces justificatives	29
4.5 Contrôle médical	30
4.6 Versement des prestations décès	30

LEXIQUE

Dans le présent contrat, les termes suivants sont utilisés :

L'organisme assureur ou les organismes assureurs

Pour la couverture des garanties Incapacité, Invalidité / Incapacité permanente professionnelle et des Capitaux Décès / Invalidité Absolue et Définitive / Double effet conjoint :

- **Malakoff Humanis Prévoyance**, Institution de prévoyance régie par le Livre IX du Code de la sécurité sociale, Siège : 21 rue Laffitte 75009 Paris, N° SIREN 775 691 181.

Pour la couverture de la rente éducation :

- **OCIRP**, Organisme Commun des Institutions des Rentes et de Prévoyance, Union d'institutions régie par le Code de la sécurité sociale, ayant son siège social 17 rue de Marignan 75008 Paris.

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

Le contrat est régi par le Code de la sécurité sociale.

Dans la suite du texte, les termes « membre adhérent » et « membre participant » définis à l'article L931-3 du Code de la sécurité sociale seront remplacés respectivement par « souscripteur » et « assuré ».

Le souscripteur

L'entreprise relevant de la Convention Collective Nationale des commerces de détail de papeterie, fournitures de bureau, de bureautique et informatique, signataire du contrat d'adhésion ou des conditions particulières, qui a conclu le contrat d'assurance avec l'organisme assureur au bénéfice des assurés.

La catégorie assurée

L'ensemble du personnel cadre et non cadre du souscripteur :

On entend par :

- Personnel Cadre : les salariés affiliés à l'AGIRC
- Personnel non cadre : les salariés non affiliés à l'AGIRC

Il faut entendre le régime AGIRC (Association Générales des Institutions de Retraite des Cadres) tel qu'il existait au 31 décembre 2018.

L'assuré

La personne physique, affiliée au présent contrat, sur la tête de laquelle repose le risque et appartenant à la catégorie assurée.

Les bénéficiaires

Personnes physiques qui recevront la prestation due par l'organisme assureur en cas de réalisation d'un risque garanti au présent contrat.

L'enfant à charge (Rente éducation)

Au titre de la garantie « Rente Education », on entend par enfant à charge :

L'enfant à charge de l'assuré à la date de son décès, indépendamment de la législation fiscale,

- ❖ jusqu'à son 18ème anniversaire, sans condition,
- ❖ jusqu'à son 25ème anniversaire,
 - s'il poursuit des études dans un établissement secondaire, supérieur ou professionnel,
 - d'être en apprentissage ou de poursuivre une formation professionnelle en alternance.
- ❖ s'il est atteint d'un handicap l'empêchant de se livrer à une quelconque activité rémunératrice, titulaire d'une carte d'invalidité ou de la carte « mobilité inclusion » portant la mention « invalidité », prévue à l'article L.241-3 du Code de l'Action sociale et des familles, et rattaché au foyer fiscal de l'assuré.

Les personnes à charge (au titre de la garantie « Décès » - hors rente éducation)

Au titre de la garantie « Décès », on entend par personne à charge pour l'attribution de la majoration décès :

1/ les enfants à charge :

✓ les enfants de l'assuré, de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin, s'ils sont effectivement à la charge de l'assuré, c'est-à-dire si celui-ci pourvoit à leurs besoins et assure leur entretien, et satisfaisant à l'une des conditions suivantes ;

✎ être âgés de moins de 18 ans, non-salariés, ayant la qualité d'ayant droit au sens de la Sécurité sociale de l'assuré, de son conjoint, de son Partenaire lié par un PACS ou de son concubin ;

✎ être âgés de moins de 21 ans, être non-salariés, bénéficiers d'une immatriculation en propre en tant qu'assuré du régime de Sécurité sociale et reconnus à charge par l'administration fiscale de l'assuré ;

✎ être âgés de moins de 26 ans et :

- être à la recherche d'un premier emploi et inscrits à ce titre au Pôle Emploi,
- ou exercer une activité rémunérée leur procurant un revenu mensuel inférieur au RSA mensuel,
- ou bénéficier d'un contrat d'apprentissage ou de professionnalisation

sous réserve de fournir annuellement tout justificatif de leur situation

✎ être âgés de moins de 28 ans, être non-salariés, reconnus à charge par l'administration fiscale ou non imposables et justifier de la poursuite d'études secondaires ou supérieures à temps plein dans un établissement public ou privé,

✎ quel que soit leur âge, sous réserve qu'ils soient atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et que l'invalidité ait été reconnue avant leur 21^{ème} anniversaire

✓ les enfants remplissant l'une des conditions énumérées ci-dessus au titre desquels l'assuré verse une pension alimentaire venant en déduction dans le calcul de l'impôt sur le revenu.

✓ les enfants à naître au moment du décès de l'assuré. Ne peuvent être considérés comme enfants à naître que les enfants qui sont nés viables, dans les 300 jours du décès de l'assuré.

2/ les ascendants, descendants de l'assuré ou ceux de son conjoint, concubin, partenaire lié par un PACS, vivant sous le toit de l'assuré sous réserve de fournir annuellement tout justificatif de leur situation.

L'accord de prévoyance

L'accord de prévoyance en date du 10 décembre 1990 du personnel des commerces de détail de papeterie, fournitures de bureau, de bureautique et informatique.

Le contrat d'assurance	Le contrat d'assurance souscrit dans le cadre des présentes conditions générales, dont les dispositions contractuelles sont conformes à l'Accord de prévoyance.
Accident	Toute atteinte à l'intégrité physique, non intentionnelle et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure à l'assuré.
L'acte authentique	Acte rédigé et reçu par un officier public ayant le droit d'instrumenter dans le lieu où l'acte a été rédigé et avec les solennités requises.
L'acte sous seing privé	Acte juridique rédigé par les parties à l'acte ou par un tiers dès lors que celui-ci n'agit pas en tant qu'officier public.
Affection de longue durée (ALD)	Affections dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessite un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse et pour lesquelles l'assuré bénéficie de l'exonération du ticket modérateur au titre du remboursement de ses frais de santé par la Sécurité sociale.
DSN	La déclaration sociale nominative est un fichier mensuel centralisé produit à partir de la paie et destiné à communiquer des informations nécessaires à la gestion de la protection sociale des salariés aux organismes et administrations concernées.
Garantie	Engagement de l'assureur de verser une prestation si l'assuré ou, le cas échéant, ses ayants droit sont victimes d'un sinistre.
Maladie	Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.
Plafond annuel de la Sécurité sociale	Salaires de référence fixés annuellement par arrêté publié au journal officiel qui sert au calcul des tranches de cotisations sociales. Son évolution est consultable sur www.securite-sociale.fr
Portabilité	Le maintien des garanties de prévoyance accordé aux anciens salariés demandeurs d'emploi et bénéficiaires de ce dispositif en vertu de l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale
Prestation	Mise en œuvre de la garantie par l'assureur.
Procédures collectives	Les procédures de sauvegarde, redressement et liquidation judiciaires telles que visées aux articles L621-1 et suivants, L631-1 et suivants, L641-1 et suivants du Code de commerce et consultables sur le site www.légifrance.fr
Rémunération brute	Sommes et avantages perçus par l'assuré assujettis à charges sociales dans les conditions prévues à l'article L. 242-1 du Code de la Sécurité Sociale.
Rémunération nette	Rémunération brute déduction faite de toutes les charges sociales et autres contributions salariales légalement ou conventionnellement obligatoires et avant toute éventuelle imposition à la source.

Risque

Événement aléatoire dont la réalisation est indépendante de la volonté de l'assuré ou du bénéficiaire.

**Sécurité sociale
(Régime obligatoire)**

Régime général ou local de Sécurité sociale française dont dépendent les bénéficiaires tels que définis au Lexique.

Sinistre

Réalisation du risque.

**Les tranches de
salaire A et B**

La Rémunération brute est ventilée en tranches de salaire A et B, celles-ci s'entendent ainsi :

- Tranche A (TA) : tranche de salaire limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale,
- Tranche B (TB) : tranche de salaire comprise entre une fois et quatre fois le plafond annuel de la Sécurité sociale,

Il est précisé que les orientations prises dans le cadre de l'unification des régimes AGIRC-ARRCO n'ont pas d'impact sur la définition des tranches de salaire ci-avant.

PRÉAMBULE

Votre entreprise relève de la Convention Collective Nationale des commerces de détail de papeterie, fournitures de bureau, de bureautique et informatique.

Les partenaires sociaux de la Convention collective nationale des commerces de détail de papeterie, fournitures de bureau, de bureautique et informatique ont conclu un accord en date du 10 décembre 1990, permettant aux salariés de la branche de bénéficier d'une prévoyance complémentaire.

L'employeur, ci-après dénommé « le souscripteur » relevant de la Convention Collective Nationale des commerces de détail de papeterie, fournitures de bureau, de bureautique et informatique, adhère au contrat collectif prévoyance à adhésion obligatoire du régime mis en œuvre par Malakoff Humanis Prévoyance, ci-après dénommée « l'organisme assureur ».

Les présentes Conditions générales ont pour objet de définir les conditions d'adhésion des entreprises et les conditions dans lesquelles l'organisme assureur, garantit aux salariés, ou à leurs ayants-droit les prestations décès et arrêt de travail conformément aux dispositions prévues à leur Convention collective.

Malakoff Humanis Prévoyance est par ailleurs habilitée à gérer la garantie rente éducation assurée par l'OCIRP.

TITRE I ADHESION AU CONTRAT

1.1. Objet du contrat

Le contrat est un **contrat d'assurance collectif à adhésion obligatoire**, souscrit auprès de l'organisme assureur.

Seules les entreprises entrant dans le champ d'application de l'Accord de prévoyance peuvent souscrire le contrat.

Le contrat a pour objet d'accorder des garanties Incapacité Temporaire de Travail, Invalidité / Incapacité permanente professionnelle et Décès / Invalidité Absolue et Définitive (IAD) / Double effet conjoint / Rente éducation, sans sélection médicale, aux salariés appartenant à la catégorie de personnel fixée par l'Accord de prévoyance, à savoir :

- ✦ **Personnel cadre : les salariés affiliés à l'AGIRC,**
- ✦ **Personnel non cadre : les salariés non affiliés à l'AGIRC.**

Le présent contrat a pour objet de fixer les conditions dans lesquelles l'organisme assureur accorde aux membres de la catégorie assurée les garanties de prévoyance souscrites par le souscripteur.

Le contrat relève des branches d'activité 1 (Accidents), 2 (Maladie) et 20 (Vie-décès).

Il se compose de deux parties indissociables :

- **les conditions générales** qui définissent les obligations des parties ainsi que les modalités d'application des garanties,
- **le contrat d'adhésion ou les conditions particulières** qui définissent pour chaque entreprise la date d'effet de l'adhésion, le personnel assuré, les taux de cotisations et les garanties couvertes.

Il est susceptible d'être complété d'avenants et lettres avenant en modifiant les dispositions.

1.2 Formalités d'adhésion

Afin de souscrire au contrat collectif de prévoyance à adhésion obligatoire, l'employeur devra retourner à l'organisme assureur le contrat d'adhésion ou les conditions particulières, dûment daté(es) et signé(es).

L'adhésion est acquise au souscripteur à la date d'effet indiquée au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières et en tout état de cause à l'issue des vérifications réglementaires incombant aux entreprises d'assurance.

1.3 Durée – Renouvellement de l'adhésion

Le contrat de l'entreprise est souscrit pour la période comprise entre la date d'effet et le 31 décembre de l'année en cours.

Il se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année pour des périodes successives d'un an.

Chacune des parties, signataires du présent contrat, peut résilier le contrat DEUX (2) mois au moins avant chaque date de renouvellement soit au plus tard le 31 octobre.

Le souscripteur peut adresser sa demande :

- **soit par lettre ou tout autre support durable ;**
- **soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'institution de prévoyance ;**
- **soit par acte extrajudiciaire ;**
- **soit, lorsque l'organisme assureur propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication ;**
- **soit par tout autre moyen prévu par le contrat.**

Le destinataire confirme par écrit la réception de la notification.

La résiliation à l'initiative de l'organisme assureur s'effectue par lettre recommandée.

Il prend fin en cas de résiliation exprimée conformément aux dispositions prévues ci-dessus ainsi qu'à celles des articles 3.4.2 « Paiement des cotisations », 1.6. « Révision des cotisations et/ou des garanties » et 3.7 « Résiliation du contrat ».

1.4 Conditions d'affiliation des assurés

1.4.1 Obligations du souscripteur

Le souscripteur devra obligatoirement :

1. Affilier l'ensemble de son personnel salarié (personnel cadre et personnel non-cadre), sous contrat de travail à la date d'effet de l'adhésion ainsi que ceux embauchés ultérieurement.

Les salariés en arrêt de travail (incapacité temporaire de travail y compris en temps partiel pour raison thérapeutique, ou invalidité) ou les bénéficiaires de rente éducation en cours de service à la date d'effet de l'adhésion de l'entreprise devront être déclarés à l'organisme assureur au moyen du formulaire "Etat des risques en cours".

2. Veiller au paramétrage exhaustif de sa DSN selon la fiche de paramétrage fournie par l'organisme assureur pour son ou ses contrats de prévoyance complémentaire, si le souscripteur entre dans le périmètre de la DSN.
3. Communiquer à l'organisme assureur sur support papier ou dématérialisé, le bulletin individuel d'affiliation visé à l'article 1.4.3 dûment renseigné par chaque salarié y compris les salariés en situation de cumul emploi retraite, si les données nécessaires à l'affiliation ne sont pas transmises par la DSN. Cette communication doit intervenir dans un délai de trente jours suivant :
 - soit la date d'effet du contrat d'adhésion ou des conditions particulières,
 - soit la date d'embauche de l'assuré.

Le souscripteur peut communiquer à l'organisme assureur en lieu et place des bulletins individuels d'affiliation susvisés, sur tout support de son choix, dématérialisé ou non, une liste de toutes les personnes physiques travaillant pour son compte et comprenant notamment leur nom, prénom, date de naissance et numéro de Sécurité sociale.

4. Communiquer à l'organisme assureur la liste des anciens salariés bénéficiant à la date d'effet du contrat, du maintien de leurs garanties Prévoyance au titre de la portabilité des droits ou attester que ceux-ci restent couverts par l'ancien organisme assureur.
5. Déclarer à l'organisme assureur toute personne physique travaillant pour le souscripteur qui, au cours du contrat, entre dans ses effectifs ou qui entre en situation de cumul emploi retraite, si les données nécessaires à l'affiliation ne sont pas transmises par la DSN.
6. Déclarer à l'organisme assureur, tout assuré qui, au cours du contrat, quitte l'entreprise si le souscripteur n'entre pas dans le périmètre de la DSN. Le souscripteur précise la date et le motif du départ. La déclaration doit être effectuée dans les 30 jours du départ de l'entreprise.
7. Déclarer à l'organisme assureur tout assuré dont le contrat de travail est suspendu et qui ne pourrait bénéficier du maintien de son affiliation en application de l'article 3.1.2 des présentes Conditions Générales.
8. Déclarer trimestriellement, à l'organisme assureur, par le biais des appels de cotisations émis par celui-ci, la masse salariale brute correspondant au total trimestriel des rémunérations brutes des salariés affiliés au présent contrat, ventilée par tranches soumises à cotisations sociales tant que ces informations ne sont pas transmises par le souscripteur ni traitées par l'organisme assureur par les flux DSN.
9. Communiquer annuellement à l'organisme assureur, au plus tard le 31 janvier de l'année N + 1, un état nominatif annuel des salaires par voie dématérialisée tant que ces informations ne sont pas transmises par le souscripteur ni traitées par l'organisme assureur par les flux DSN.
10. Déclarer à l'organisme assureur, dès qu'il en a connaissance, tous les salariés :
 - en arrêt de travail pour lesquels il a fait diligenter une contre visite médicale ayant entraîné une mesure de suspension de son obligation de maintien de salaire,
 - qui reprennent leur travail suite à un arrêt de travail indemnisé par l'organisme assureur si le souscripteur n'entre pas dans le périmètre de la DSN.

L'organisme assureur se réserve la possibilité de réclamer des dommages-intérêts et/ou de prononcer la résiliation du contrat en cas de manquement par le souscripteur à l'une des obligations énoncées ci-dessus. A défaut de communication des documents demandés, la résiliation intervient à l'expiration d'un délai de 40 jours suivant l'envoi d'une mise en demeure par l'organisme assureur.

1.4.2 Information des assurés

Le souscripteur reconnaît avoir été informé par l'organisme assureur des obligations qui lui incombent en vertu des dispositions de l'article L 932-6 du Code de la Sécurité Sociale, en sa qualité de souscripteur du contrat.

Conformément à ces dispositions, le souscripteur s'engage à remettre à chaque assuré la notice d'information qui lui a été communiquée par l'organisme assureur.

Le souscripteur s'engage à porter à la connaissance de chacun d'eux, par écrit, les modifications des garanties, notamment en leur remettant l'addenda modificatif de ladite notice ou la nouvelle notice d'information rédigée par l'organisme assureur.

Le souscripteur est seul responsable à l'égard de l'assuré en l'absence de remise de la notice d'information ou de l'addenda modificatif de celle-ci.

1.4.3 Affiliation obligatoire des membres du personnel

Le contrat entraîne l'affiliation, à titre obligatoire de l'ensemble de son personnel cadre et non cadre du souscripteur.

On entend par :

- Personnel cadre : les salariés affiliés à l'AGIRC,
- Personnel non cadre : les salariés non affiliés à l'AGIRC.

Pour le présent contrat, chaque salarié ainsi affilié est appelé « assuré ».

Lors de la souscription de l'entreprise ou de son entrée en fonction, chaque membre du personnel renseigne et signe le bulletin individuel d'affiliation établi par l'organisme assureur sur support papier ou dématérialisé, si les données nécessaires à l'affiliation ne sont pas transmises par le souscripteur par la DSN.

Il y précise notamment son état civil.

En lieu et place de ce bulletin individuel d'affiliation le souscripteur, peut communiquer à l'organisme assureur, sur tout support de son choix, la liste de tous les membres du personnel entrant dans la catégorie de salariés assurée.

Il appartient au souscripteur de s'assurer que l'organisme assureur a bien eu connaissance, dans les conditions visées ci-dessus, de l'ensemble des membres du personnel ayant vocation à profiter des garanties.

Le défaut de déclaration, par le souscripteur, d'un membre du personnel éligible aux présentes garanties emporte la seule responsabilité du souscripteur.

1.4.4 Date d'effet de l'affiliation des membres du personnel

L'affiliation prend effet :

- à la date de prise d'effet du contrat lorsque le membre du personnel est inscrit à cette date dans les effectifs du souscripteur,
- à sa date d'embauche si elle postérieure à la date d'effet du contrat.

1.5 Prise en charge des risques en cours

En application de la Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, de la Loi n° 94-678 du 8 août 1994, de la Loi n° 2001-624 du 17 juillet 2001, les salariés des entreprises ayant régularisé leur adhésion auprès de l'organisme assureur sont garantis à la prise d'effet de l'accord pour les prestations suivantes :

1.5.1 Pour les entreprises ayant souscrit antérieurement un contrat collectif de prévoyance

- 1- Les personnes en arrêt de travail au jour de la date d'effet du contrat, et titulaires d'une rente d'incapacité temporaire de travail ou d'une rente d'invalidité au titre du contrat collectif de prévoyance antérieurement souscrit par l'entreprise auprès d'un organisme assureur bénéficient au titre des présentes Conditions Générales :
 - de la revalorisation de leur rente perçue au titre du contrat de prévoyance collective souscrit antérieurement, selon les conditions prévues dans les présentes Conditions Générales,

- de la revalorisation de la base des garanties Décès, selon les conditions prévues dans les présentes Conditions Générales ;
- des garanties décès revalorisées au titre de l'alinéa précédent, pour le montant éventuel des prestations excédant celui des garanties décès maintenues par l'ancien assureur conformément à l'article 7 de la loi n°89- 1009 du 31 décembre 1989 (loi Evin). "

- 2- Les titulaires de rente éducation au titre du régime conventionnel obligatoire antérieurement souscrit par l'entreprise auprès d'un organisme assureur, bénéficiant au titre des présentes Conditions Générales de la revalorisation de leur rente perçue au titre du contrat de prévoyance antérieur, dans les conditions prévues aux présentes Conditions Générales.

Pour ces entreprises, une pesée spécifique du risque sera réalisée.

L'organisme assureur calculera la prime nécessaire à la constitution des provisions correspondantes à la sauvegarde de l'équilibre technique des contrats d'assurance. Une cotisation additionnelle ou une prime unique pourra être réclamée par l'organisme assureur aux entreprises se trouvant dans la situation ci-dessus.

1.5.2 Pour les entreprises n'ayant pas souscrit antérieurement un contrat de prévoyance collective

Les personnes en arrêt de travail à la date d'effet du contrat et dont le contrat de travail est toujours en cours à cette date, bénéficient des garanties prévues aux présentes Conditions Générales dès sa date d'effet en cas de changement d'état médical.

Le changement médical s'entend :

- ✧ du passage de l'état d'incapacité temporaire à l'invalidité,
- ✧ du passage de l'état d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité au décès,
- ✧ de l'aggravation de l'état d'invalidité.

Pour ces entreprises, une pesée spécifique du risque sera réalisée. L'organisme assureur calculera la prime nécessaire à la constitution des provisions correspondantes à la sauvegarde de l'équilibre technique des contrats d'assurance. Une cotisation additionnelle ou une prime unique pourra être réclamée par l'organisme assureur aux entreprises se trouvant dans la situation ci-dessus.

1.6 Révision des cotisations et/ou des garanties

Les parties excluent l'application de l'article 1195 du code civil dans sa rédaction issue de l'ordonnance N° 2016-131 du 10 février 2016. Elles conviennent d'appliquer exclusivement les dispositions figurant ci-après aux articles suivants.

Les modifications apportées au contrat font l'objet d'une lettre avenant adressée au souscripteur par l'organisme assureur.

1.6.1 Modifications du régime conventionnel

Lorsque les partenaires sociaux apportent des modifications au régime conventionnel, il pourra être procédé à la révision du contrat et à celle des taux de cotisations correspondants, et ce sans délai.

Toutefois, jusqu'à la date de prise d'effet de ces nouveaux engagements, les prestations demeurent calculées selon les dispositions contractuelles.

1.6.2 Modifications du cadre législatif et/ou réglementaire

Le niveau des garanties ainsi que les taux de cotisations ont notamment pu être définis en fonction de la législation et de la réglementation en vigueur à la date de leur prise d'effet.

Les cotisations et/ou les garanties peuvent être modifiées par l'organisme assureur en fonction de l'évolution de la réglementation et notamment celle relative à la Sécurité sociale, suite par exemple à des mesures de désengagement et à la fiscalité.

Les nouvelles conditions de garanties et/ou de cotisations prennent alors effet à la date d'effet mentionnée sur la **notification de la modification**. **Le souscripteur peut toujours refuser la proposition en respectant les « Modalités de révision » visées au paragraphe 1.6.3.**

Jusqu'à la date d'effet de cette notification, les dispositions antérieures continuent à s'appliquer sauf si les nouvelles dispositions sont d'ordre public.

1.6.3 Modalités de révision

En cas de modification des garanties et/ou de révision des cotisations telle que mentionnée aux articles précédents, le souscripteur peut toujours refuser la proposition de l'organisme assureur dans les trente (30) jours qui suivent la réception dudit courrier **en envoyant sa demande de résiliation par l'un des moyens exposés à l'article 1.3 « Durée – Renouvellement de l'adhésion »**. Le contrat est alors résilié dans les dix (10) jours suivants.

En cas d'absence de réponse dans les trente (30) jours de l'envoi de la notification par lettre recommandée de l'organisme assureur, l'organisme assureur considérera que le souscripteur a accepté les nouvelles conditions. Elles prendront effet à la date de modification mentionnée sur le courrier.

Jusqu'à la date d'effet de la modification du contrat, les dispositions antérieures continuent à s'appliquer au contrat.

TITRE II GARANTIES

2.1 Garanties Décès

2.1.1 Invalidité absolue et définitive

Lorsque l'assuré est reconnu, avant la liquidation de sa pension vieillesse, en état d'Invalidité Absolue et Définitive, l'organisme assureur lui verse un capital.

L'Invalidité Absolue et Définitive s'entend comme la situation d'invalidité reconnue par la Sécurité sociale en 3ème catégorie (article L.341-4 du Code de la Sécurité sociale) avec obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

Le montant du capital figure au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières. Il est dépendant de la situation de famille de l'assuré.

Le versement du capital en cas d'Invalidité Absolue et Définitive met fin à la garantie décès prévue à l'article 2.1.2.

2.1.2 Capital décès

En cas de décès de l'assuré, l'organisme assureur verse au(x) bénéficiaire(s) désigné(s), un capital.

Le montant du capital décès est défini au tableau des garanties figurant au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières. Le montant du capital est dépendant de la situation de famille de l'assuré à la date du sinistre.

Il pourra être versé des majorations aux personnes à charge de l'assuré telles que définies au Lexique.

2.2 Bénéficiaire(s) en cas de décès

2.2.1 Clause bénéficiaire contractuelle

En l'absence de désignation particulière par l'assuré, ou en cas de prédécès de l'ensemble des bénéficiaires désignés ou lorsqu'il y a révocation de la désignation pour survenance d'enfant, le capital est attribué suivant l'ordre de priorité ci-après :

- au conjoint non séparé et non divorcé ;
- au concubin lorsqu'à la date du décès de l'assuré le concubinage était notoire et permanent à savoir qu'il peut être justifié d'une communauté de vie d'au moins deux ans ou qu'un enfant reconnu par le salarié est né de cette union et que les concubins vivent sous le même toit. Les concubins ne doivent pas être par ailleurs mariés ou pacsés avec un tiers ;
- au partenaire auquel le salarié est lié par un pacte civil de solidarité conclu depuis au moins deux ans à la date du décès de l'assuré;
- à défaut, aux enfants de l'assuré par part égales entre eux ;
- à défaut aux héritiers selon les règles de dévolution successorale.

2.2.2 Modalités de désignation de bénéficiaire(s) par l'assuré

Les bénéficiaires des capitaux dus, lors du décès de l'assuré, sont la ou les personnes ayant fait l'objet d'une désignation écrite et formelle de la part de l'assuré auprès de l'organisme assureur. L'assuré fait connaître son choix en complétant le document de l'organisme assureur intitulé « Désignation de bénéficiaire(s) » et en le retournant à l'organisme assureur.

La désignation peut être effectuée par acte sous seing privé ou par acte authentique. Il appartient à l'assuré de l'adresser à l'organisme assureur ou de l'informer de l'existence de cette désignation particulière.

La désignation peut donner lieu à acceptation du bénéficiaire. Celle-ci peut prendre la forme d'un écrit signé par l'assuré, le bénéficiaire et l'organisme assureur. Elle peut également être faite par un acte authentique ou sous seing privé signé de l'assuré et du bénéficiaire et dans ce cas, elle n'a d'effet à l'égard de l'organisme assureur que lorsqu'elle est notifiée par écrit.

Une fois acceptée, la désignation devient irrévocable, l'assuré ne pourra pas la modifier sauf accord du bénéficiaire ou sauf cas particuliers prévus par le Code des assurances et le Code civil.

Il appartient donc à l'assuré d'informer l'organisme assureur de l'existence de cette désignation en temps utile.

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.

L'organisme assureur recommande à l'assuré de préciser les coordonnées du ou des bénéficiaires lorsque ceux-ci sont nommément désignés. Ces informations permettront de leur verser les prestations dues dans les meilleurs délais.

En cas de désignation particulière, si à la date du décès de l'assuré, tous les bénéficiaires désignés sont prédécédés ou refusent le capital, ou lorsque le seul bénéficiaire est identifié par un lien familial (conjoint, pacsé, concubin) et que personne n'a cette qualité, alors le capital est réintégré à l'actif successoral. Il appartient à l'assuré d'anticiper cette situation en mentionnant sur sa désignation particulière, si telle est sa volonté, autant de bénéficiaires « par défaut » que nécessaire et/ou en mentionnant de façon générique « à défaut mes héritiers ».

En cas de prédécès de l'ensemble des bénéficiaires désignés, le capital est attribué selon la clause à défaut prévue ci-dessous.

2.2.3 Double effet conjoint

En cas de décès du conjoint ou assimilé simultanément ou postérieurement à celui de l'assuré et avant la liquidation de sa pension vieillesse, l'organisme assureur verse aux enfants encore à charge à la date de son décès tels que définis au Lexique, ou à son représentant légal, un capital défini au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières, réparti par parts égales entre eux.

2.2.4 Rente éducation (assurée par l'OCIRP)

Cette garantie est assurée par l'OCIRP, Organisme Commun des Institutions de Rente et de Prévoyance, dont Malakoff Humanis Prévoyance est membre. L'OCIRP est seul responsable de la bonne fin des prestations vis-à-vis des bénéficiaires.

En cas de décès ou d'Invalidité Absolue et Définitive de l'assuré, l'organisme assureur verse à chaque enfant à charge tels que définis au Lexique une rente annuelle temporaire.

Le montant de la rente figure au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières. Le montant annuel de la rente est forfaitaire et indépendant de l'âge de l'enfant. La rente est dite « constante ».

Les bénéficiaires de la rente éducation sont les enfants à charge de l'assuré tels que définis au Lexique des présentes Conditions Générales.

La rente est payable par trimestre civil et d'avance à compter du 1er jour du mois civil suivant le décès ou de l'Invalidité Absolue et Définitive de l'assuré.

Les rentes éducation sont versées aux enfants à charge ou à leur représentant légal.

Lorsque le versement de la rente éducation est effectué directement auprès du bénéficiaire personne physique, l'organisme assureur verse lesdites prestations après déduction des prélèvements sociaux et fiscaux (C.S.G, C.R.D.S., Impôt à la source) éventuellement applicables, dont l'organisme assureur a la charge du précompte et selon les taux en vigueur lors du versement.

Le versement de la rente éducation cesse au plus tard à la fin du trimestre civil au cours duquel l'enfant ne répond plus aux conditions prévues au Lexique.

2.3 Garanties Arrêt de travail

2.3.1 Incapacité temporaire de travail

Objet et conditions de garantie

L'organisme assureur verse à l'assuré en état d'incapacité temporaire de travail, une prestation dénommée indemnité journalière complémentaire.

Lorsque le versement des indemnités journalières est effectué directement auprès de l'assuré, l'organisme assureur verse lesdites prestations après déduction des prélèvements sociaux et fiscaux (C.S.G, C.R.D.S., Impôt à la source) éventuellement applicables, dont l'organisme assureur a la charge du précompte et selon les taux en vigueur lors du versement.

Cette disposition ne s'applique pas aux indemnités journalières lorsqu'elles sont versées au souscripteur (contrat de travail de l'assuré en vigueur).

L'assuré est considéré en « incapacité temporaire de travail » s'il se trouve dans l'incapacité physique, constatée médicalement, d'exercer son activité professionnelle par suite de maladie ou d'accident, et donnant lieu au versement de prestations par la Sécurité sociale.

Montant de la prestation

Le montant des indemnités journalières complémentaires figure au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières.

Point de départ et versement de la prestation

Les indemnités journalières complémentaires sont versées en complément et en relais de la deuxième période de maintien de salaire prise en charge par l'employeur.

Les salariés ne justifiant pas de l'ancienneté requise afin de bénéficier du maintien de salaire prise en charge par leur employeur à la date de leur arrêt de travail, bénéficient du versement des indemnités journalières complémentaires après le délai de franchise figurant au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières.

Les indemnités journalières complémentaires sont versées au fur et à mesure de la présentation des décomptes de versement en espèces de la Sécurité sociale. L'entreprise est dispensée de fournir les décomptes originaux d'indemnités journalières établis par la Sécurité sociale dès lors qu'ils sont télétransmis directement par la Sécurité sociale à l'organisme assureur.

Cessation du paiement des prestations Incapacité de Travail

Les indemnités journalières complémentaires cessent d'être servies au titre de l'incapacité temporaire de travail :

- **dès que la Sécurité sociale cesse de verser ses indemnités journalières,**
- **ou dès que l'assuré reprend son activité professionnelle hors le cas de reprise à temps partiel pour raison thérapeutique,**
- **au plus tard, au 1095^{ème} jour d'arrêt de travail,**

Et en tout état de cause à la date de liquidation de la pension de vieillesse, y compris au titre de l'inaptitude au travail (hormis le cas des assurés en situation de cumul emploi-retraite).

Règle de cumul

Les indemnités journalières versées par l'organisme assureur viennent en complément :

- des prestations en espèces servies par la Sécurité sociale,
- du salaire versé au titre d'une activité à temps partiel. Dans ce cas, le salaire sera reconstitué par application du taux d'activité à temps partiel au salaire de référence défini à l'article 3.5 revalorisé s'il y a lieu en application de l'article 3.6,

- de la fraction de salaire versée à l'assuré dans le cas d'un maintien de salaire total ou partiel au titre de la Convention collective,
- des prestations versées au titre d'un autre régime obligatoire.

Ces éléments sont retenus pour leur montant brut excepté en cas de versement direct par l'organisme assureur à l'assuré. Dans ce dernier cas, le montant net sera pris en compte pour l'application de la règle de cumul ci-dessus.

Le cumul de ces éléments ne peut en aucun cas dépasser 100 % de la rémunération nette, à la date de l'arrêt de travail, éventuellement revalorisée en application des dispositions de l'article 3.6.

La rémunération nette s'entend du montant net avant toute éventuelle imposition à la source.

Le montant des indemnités journalières versées par l'organisme assureur pourra être réduit en conséquence, si cette limite est dépassée. Pour l'application de cette règle de cumul, n'est pas prise en considération la pension de vieillesse du régime obligatoire, perçue par l'assuré poursuivant par ailleurs une activité professionnelle salariée.

2.3.2 Invalidité – Incapacité Permanente Professionnelle

Objet et conditions de garanties

Il peut être attribué une rente d'invalidité à tout assuré, dès lors qu'il ne peut pas faire valoir ses droits à la retraite à taux plein (sauf poursuite d'une activité partielle salariée), considéré en invalidité permanente partielle ou totale lorsque, par suite d'accident ou de maladie, il est atteint d'une invalidité, constatée médicalement et reconnue par l'organisme assureur, réduisant partiellement ou totalement sa capacité à exercer une activité professionnelle, et qui :

- soit, est reconnu par l'organisme assureur, selon les critères retenus par le Code de la sécurité sociale, dans l'une des trois catégories d'invalidité de la Sécurité sociale suivantes :
 - Invalidité de 1^{ère} catégorie : Invalides capables d'exercer une activité rémunérée,
 - Invalidité de 2^{ème} catégorie : Invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque,
 - Invalidité de 3^{ème} 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,

et qui bénéficie par ailleurs d'une pension de 1^{ère}, 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie par la Sécurité sociale ;

- soit, est reconnu invalide par l'organisme assureur, à la suite d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle, sous réserve que le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par l'organisme assureur selon les critères retenus par le Code de la sécurité sociale soit au moins égal à 33%. L'assuré doit également percevoir, au titre de son incapacité permanente, une rente versée par la Sécurité sociale.

L'incapacité permanente résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle correspondant à un taux d'incapacité égal ou supérieur à 66% est assimilée à une invalidité permanente de 2^{ème} catégorie de la Sécurité sociale. La perception d'une allocation de tierce personne de la Sécurité sociale entraîne l'assimilation à une invalidité permanente de 3^{ème} catégorie de la Sécurité sociale.

Aucune prestation n'est due par l'organisme assureur si le taux d'incapacité est, ou devient inférieur à 33%.

Il est précisé que le médecin conseil de l'organisme assureur n'est pas tenu par les décisions prises par la Sécurité sociale et se réserve la possibilité de soumettre l'assuré à un contrôle médical dans les conditions prévues aux Conditions Générales. En cas de contestation, l'assuré peut, le cas échéant, mettre en œuvre la procédure d'arbitrage prévue à ce même article.

Montant de la rente

Le montant de la rente est défini par application des taux, figurant au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières.

La rente est versée trimestriellement à terme échu, ou, le cas échéant, selon la même périodicité que le versement des prestations de la Sécurité sociale.

La rente est versée directement à l'assuré. L'organisme assureur verse ladite rente après déduction des prélèvements sociaux et fiscaux (C.S.G, C.R.D.S, Impôt à la source) éventuellement applicables, dont l'organisme assureur a la charge du précompte et selon les taux en vigueur lors du versement.

Cessation de la prestation :

Les rentes d'invalidité cessent :

- à la date à laquelle l'assuré cesse de percevoir par la Sécurité sociale une pension d'invalidité ou une rente d'incapacité au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ;
- à la date à laquelle il ne justifie plus d'un état d'invalidité permanente au sens du présent contrat ;
- à la date de son refus de se soumettre au contrôle médical demandé par l'organisme assureur conformément à l'article 4.5 « Contrôle médical », sauf cas fortuit et de force majeure ;
- à compter de la date d'effet d'une pension de retraite servie par un régime obligatoire ;
- à la fin du trimestre suivant le trimestre au cours duquel l'assuré atteint l'âge pour obtenir sa retraite à taux plein du régime de base obligatoire (sauf en cas de poursuite d'une activité partielle salariée dès lors que la condition de versement des rentes d'invalidité du régime général continue d'être remplie);
- en tout état de cause au décès de l'assuré.

Règle de cumul

La rente versée par l'organisme assureur vient en complément :

- des prestations en espèces versées par la Sécurité Sociale au titre de la rente d'invalidité hors majoration tierce personne. En cas de conversion de la rente d'invalidité Sécurité Sociale en capital, l'organisme assureur prendra en compte le montant de ladite rente dans son montant atteint avant la conversion majorée des revalorisations légales,
- du salaire perçu au titre d'une activité à temps partiel. Dans ce cas, le salaire sera reconstitué par application du taux d'activité à temps au salaire de référence défini à l'article 3.5 revalorisé s'il y a lieu en application de l'article 3.6,
- de la fraction de salaire perçue par l'assuré dans le cas d'un maintien de salaire total ou partiel versé par l'employeur au titre de la Convention collective,
- du montant des allocations d'assurance chômage dans le cas d'une invalidité permettant d'exercer une activité rémunérée. En cas de radiation temporaire des listes du Pôle Emploi, l'organisme assureur prendra en compte dans sa règle de calcul le montant de l'allocation d'assurance chômage perçu avant ladite radiation,
- des prestations versées au titre d'un autre régime obligatoire de prévoyance,
- s'il y a lieu, des indemnités journalières versées par la Sécurité Sociale et par l'organisme assureur au titre de la garantie Incapacité Temporaire de Travail.

Ces éléments sont retenus pour leur montant net excepté en cas de versement direct par l'organisme assureur au souscripteur. Dans ce dernier cas, le montant brut sera pris en compte pour l'application de la règle de cumul ci-dessus.

Le cumul de ces éléments ne peut en aucun cas dépasser 100 % de la Rémunération nette telle que définie au Lexique, à la date de l'arrêt de travail, éventuellement revalorisée en application des dispositions de l'article 3.6.

La rémunération nette s'entend du montant net avant toute éventuelle imposition à la source.

Le montant de la rente versée par l'organisme assureur pourra être réduit en conséquence si cette limite est dépassée.

TITRE III DISPOSITIONS GENERALES

3.1 Entrée en vigueur des garanties –suspension et conditions de maintien

3.1.1 Prise d'effet des garanties

Les garanties prennent effet immédiatement à compter de la date d'effet de l'adhésion du souscripteur, pour les assurés présents à cette date.

A défaut, elles prennent effet à compter de la date d'embauche intervenant postérieurement à l'adhésion du souscripteur.

3.1.2 Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail

Le bénéfice des garanties est maintenu à l'assuré dont le contrat de travail est suspendu moyennant le paiement des cotisations, s'il bénéficie :

- soit d'un maintien total ou partiel de salaire,
- soit d'indemnités journalières ou d'une rente d'invalidité, complémentaires financées au moins pour partie par le souscripteur, qu'elles soient versées directement par le souscripteur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers.

En cas de suspension du contrat de travail non visé ci-dessus, les garanties sont suspendues dès le premier jour de la suspension du contrat de travail.

3.2 Cessation de l'affiliation

Sous réserve de l'application de l'article 3.3 des présentes Conditions Générales, l'affiliation de l'assuré cesse de plein droit :

- Soit à la date de résiliation ou de non-renouvellement de l'adhésion du souscripteur,
- soit à la date de sortie des effectifs,
- soit à la date de départ à la retraite, à l'exception des assurés reprenant, sans interruption de fait, une activité salariée en « cumul emploi-retraite », auprès du souscripteur,
- et, en tout état de cause, à la date prise d'effet de la résiliation du présent contrat.

3.3 Maintien des garanties

3.3.1 Maintien des garanties prévoyance au titre de l'article L911-8 du code de la Sécurité sociale « Portabilité des droits »

Conditions au maintien de l'affiliation

Sous réserve pour l'assuré d'être éligible au dispositif de l'article L911-8 du code de la Sécurité sociale, l'affiliation et par conséquent les garanties dont profitaient effectivement les bénéficiaires sont maintenues en cas de cessation du contrat de travail de l'assuré à condition que la cessation résulte d'un motif autre qu'un licenciement pour faute lourde et qu'elle ouvre droit à la prise en charge par le régime d'assurance chômage.

Si le souscripteur n'entre pas dans le périmètre de la DSN, il devra retourner à l'organisme assureur le formulaire type « Déclaration de portabilité » dûment renseigné et signé pour permettre le maintien de la couverture.

Il incombe au souscripteur d'informer l'assuré du principe et de l'étendue du droit au maintien des garanties.

Effet et durée du maintien de l'affiliation

L'affiliation de l'assuré 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 son 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 douze mois.**

En tout état de cause, l'affiliation de l'assuré cesse de plein droit :

- à la date à laquelle il cesse définitivement et totalement de bénéficier des allocations du régime d'assurance chômage pendant la période de maintien de couverture (notamment en cas de reprise d'une activité professionnelle, de retraite, de radiation des listes du Pôle Emploi, de décès) ;
- en cas de manquement à son obligation de fourniture des justificatifs visée ci-après,
- en cas de résiliation du contrat de l'entreprise, quelle qu'en soit la cause.

Obligations déclaratives

L'assuré s'engage à fournir à l'organisme assureur :

- à l'ouverture de la période de maintien des garanties, le justificatif initial de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage,
- mensuellement, l'attestation de paiement des allocations Chômage.

Garanties

L'assuré bénéficie des garanties au titre desquelles il était affilié lors de la cessation de son contrat de travail. Les garanties prévues par la convention collective dites « maintien de salaire » ne sont pas prises en charge par la portabilité.

Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations est celui défini à l'article 3.5 des présentes Conditions Générales, à l'exclusion des sommes devenues exigibles du fait de la cessation du contrat de travail.

La désignation de bénéficiaires en cas de décès éventuellement établie par l'assuré durant sa période d'activité demeure valide.

Pour la garantie en cas d'incapacité temporaire de travail, l'assuré ne peut pas percevoir de prestations (tous organismes confondus) d'un montant supérieur à celui des allocations chômage nettes qu'il aurait perçu pour la même période. Le montant des indemnités journalières versé par l'organisme assureur pourra être réduit en conséquence si cette limite est dépassée.

En tout état de cause, les évolutions des garanties du contrat ainsi que la résiliation de celui-ci intervenant durant la période de portabilité sont opposables à l'assuré. Le souscripteur s'engage à informer l'assuré de toute modification des garanties qui interviendrait au titre du contrat, notamment en lui remettant l'addenda modificatif de la notice d'information ou la nouvelle notice d'information établie par l'organisme assureur.

Financement

Ce maintien est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations du contrat des salariés en activité. Ainsi, les anciens salariés bénéficiaires du dispositif de maintien de garanties sont couverts **sans paiement de cotisations après la cessation de leur contrat de travail.**

3.3.2 Sort des Prestations en cas de cessation de l'affiliation de l'assuré

Les prestations servies en cas d'Incapacité Temporaire de Travail ou d'Invalidité en cours de service à la date de cessation des droits de l'assuré sont maintenues dans leur montant atteint à cette date, dans les limites des garanties correspondantes telles que définies dans les présentes Conditions Générales.

Pour les assurés dont l'état d'invalidité ou d'incapacité permanente est reconnu ou aggravé postérieurement à la date de cessation des droits de l'assuré, l'organisme assureur verse la prestation prévue en cas d'invalidité ou d'incapacité permanente à la date de constatation médicale du changement d'état sous réserve que le fait générateur de ce nouvel état résulte d'un arrêt de travail survenu durant la période d'assurance ayant donné lieu ou non à indemnisation ou antérieurement à la date d'effet du contrat pour les assurés faisant l'objet d'une reprise de passif et ne bénéficiant pas d'un contrat de prévoyance antérieur.

La clause de revalorisation prévue à l'article 3.6 continue de produire ses effets tant que le contrat reste en vigueur.

3.3.3 Sort de la Garantie Décès en cas de cessation de l'affiliation de l'assuré

Sous réserve des dispositions de l'article 7-1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, en cas de rupture du contrat de travail de l'assuré, la couverture Décès cesse d'être garantie par l'organisme assureur.

3.4 Cotisations

3.4.1 Assiette et taux de cotisations

Les cotisations annuelles sont fixées en fonction notamment des garanties souscrites et compte tenu des dispositions prévues à la Convention collective, et aux dispositions réglementaires en vigueur.

Elles sont exprimées en fonction du total des tranches de rémunération brute A et B soumises à cotisations.

Les taux de cotisations sont mentionnés au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières.

Pour les assurés dont l'affiliation prend effet ou cesse en cours d'année, le montant des cotisations est calculé prorata temporis de leur durée d'appartenance.

Pour le calcul de ce prorata, les mois sont comptés pour une durée de 30 jours.

Pour les assurés en arrêt de travail, les indemnités journalières sont exclues de ladite assiette lorsque le souscripteur est subrogé dans les droits de l'assuré vis-à-vis de son régime de Sécurité sociale.

Pour les salariés placés en activité partielle en application des articles L.5122-1 et R.5122-1 du Code du travail, il résulte de l'article 12 de la loi n° 2020-734 du 17 juin 2020 que la base de calcul des cotisations inclut le montant de l'indemnité brute due au titre de ce dispositif. La présente disposition ne pourra s'appliquer au-delà du terme prévu par cette loi du 17 juin 2020 ou en dehors de toute prorogation légale ou réglementaire.

3.4.2 Paiement des cotisations

Les cotisations sont recouvrées trimestriellement à terme échu. Elles sont payables dans les 10 jours qui suivent l'échéance.

La répartition du coût des cotisations entre le souscripteur et les assurés est fixée par la Convention collective. Toutefois, le souscripteur est seul responsable du paiement de la totalité des cotisations vis-à-vis de l'organisme assureur. A ce titre, il procède lui-même à leur calcul et à leur versement à l'organisme assureur, aux différentes échéances prévues.

Pour les souscripteurs n'entrant pas dans le périmètre de la DSN, et sur la base de l'état nominatif annuel des salaires et communiqué par le souscripteur à l'organisme assureur, ce dernier procède aux ajustements de cotisations éventuellement nécessaires au cours du 1er semestre de l'année suivante.

En cas de non-paiement ou de paiement partiel des cotisations aux échéances, le souscripteur se voit appliquer des majorations de retard fixées à hauteur de 3 fois le taux d'intérêt légal et courant, à compter de l'échéance.

En outre, l'organisme assureur se réserve le droit de résilier le présent contrat, dans les conditions légales et réglementaires et conformément aux dispositions ci-dessous.

A défaut de paiement d'une seule des cotisations dans les dix jours de son échéance, les garanties peuvent être suspendues trente jours après l'envoi d'une mise en demeure adressée par l'organisme assureur, par lettre recommandée avec avis de réception, au souscripteur. Lorsque la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée. A défaut de paiement des cotisations dues après l'expiration d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi de la mise en demeure, le cachet de la poste faisant foi, l'organisme assureur pourra résilier l'adhésion sans préjudice de la faculté de poursuivre en justice le recouvrement des sommes qui lui sont dues y compris les majorations de retard mentionnées ci-dessus.

L'organisme assureur se réserve le droit d'informer directement les assurés de la défaillance du souscripteur.

Le contrat non résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées à l'organisme assureur les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

3.5 Salaire de référence

3.5.1 Salaire de référence servant au calcul des prestations incapacité et invalidité

Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations incapacité/invalidité du régime de prévoyance est égal à la moyenne des salaires bruts perçus au cours des douze derniers mois civils précédant l'arrêt de travail. Au titre de la garantie incapacité temporaire de travail, la base de calcul de la prestation journalière est celle définie au contrat et divisée par 365.

3.5.2 Salaire de référence servant au calcul des prestations décès, Invalidité Absolue et Définitive et rente éducation

Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations décès, Invalidité Absolue et Définitive, rente éducation est égal à la rémunération brute, primes et gratifications comprises, perçue au cours des douze mois précédant l'arrêt de travail ou le décès.

Le salaire de référence est reconstitué si le salarié a moins d'un an d'ancienneté.

Pour le personnel cadre (salariés affiliés à l'AGIRC), le salaire de référence est limité à la Tranche A.

3.6 Revalorisation

3.6.1 Revalorisation du salaire de référence

Le salaire de référence servant au calcul des prestations incapacité, invalidité sera annuellement revalorisé en fonction de l'indice d'évolution du point AGIRC-ARRCO aux mêmes dates d'effet.

La rente d'éducation servie par l'OCIRP est revalorisée selon une périodicité et l'indice fixés par son Conseil d'Administration.

3.6.2 Revalorisation Post-Mortem

En cas de décès de l'assuré (ou de décès du conjoint assuré pour la seule garantie Double Effet Conjoint), le versement par l'organisme assureur du capital forfaitaire ou d'une rente est revalorisé à compter de la date du décès jusqu'à la réception de l'intégralité des pièces justificatives nécessaires au règlement des prestations selon les conditions définies aux présentes Conditions Générales. La revalorisation ne peut être inférieure au taux minimum réglementaire.

Ainsi, le capital, les arrérages de rente, dus non versés par l'organisme assureur, en euros garantis en cas de décès, produisent de plein droit intérêt, net de frais, pour chaque année civile, à compter du jour du décès du salarié, au minimum à un taux égal au moins élevé des deux taux suivants ⁽¹⁾:

- La moyenne sur les douze derniers mois du taux moyen des emprunts de l'Etat français, calculée au 1^{er} novembre de l'année précédente ;
- Le dernier taux moyen des emprunts de l'Etat français disponible au 1^{er} novembre de l'année précédente.

⁽¹⁾ Le taux moyen des emprunts de l'Etat français est consultable sur le site internet de la Banque de France.

3.7 Résiliation du contrat

3.7.1 Cas et conditions de résiliation

Outre le cas de la dénonciation annuelle décrit à l'article 1.3., l'adhésion au contrat peut être résiliée dans le cas et dans le respect des conditions définies ci-après.

3.7.2 Non-paiement des cotisations

En cas de défaut de paiement des cotisations par le souscripteur, le contrat pourra être résilié selon les conditions définies à l'article 3.4.2.

3.7.3 Redressement, liquidation judiciaire ou procédure de sauvegarde du souscripteur

Conformément à l'article L. 932-10 du Code de la Sécurité sociale, le contrat subsiste en cas de redressement, de liquidation judiciaire ou de procédure de sauvegarde du souscripteur.

Toutefois, le contrat peut être résilié dans les cas et conditions posés à l'article L622-13 du code de commerce.

La résiliation est alors opposable à l'ensemble des assurés, y compris à ceux bénéficiant de la portabilité.

3.7.4 Effet de la résiliation ou du non-renouvellement du contrat

Vis-à-vis du souscripteur

En cas de résiliation ou de non-renouvellement du contrat, le souscripteur n'a aucun droit à faire valoir sur le patrimoine de l'organisme assureur et sur ses différents fonds de réserve.

Le souscripteur reste tenu de payer l'intégralité des cotisations dues, des intérêts de retard et des différents frais y afférents.

Tout paiement de cotisation après la résiliation du contrat, qu'il soit total ou partiel ne constituera qu'une régularisation du compte entre les parties et ne pourra sauf demande expresse du souscripteur accepté par courrier de l'organisme assureur, constituer un renouvellement tacite de l'adhésion et par conséquent une remise en vigueur des garanties.

Vis-à-vis de l'assuré

La résiliation ou le non-renouvellement du contrat met fin aux garanties sous réserve des stipulations ci-dessous.

Effet de la résiliation ou du non-renouvellement sur les prestations en cours de service

Les Prestations dues ou payées sont maintenues au niveau atteint à la date d'effet de la résiliation ou du non-renouvellement. La résiliation ou le non-renouvellement du contrat met fin à la revalorisation des prestations en cours de service.

L'article L. 912-3 du code de la Sécurité Sociale, prévoit que la poursuite de la revalorisation des prestations en cours dans le cas d'un changement d'organisme assureur est de la responsabilité exclusive du souscripteur qui doit donc la négocier auprès de son nouvel assureur.

Effet de la résiliation ou du non-renouvellement sur les garanties Décès

En cas de résiliation ou de non-renouvellement du contrat, conformément à l'article 7-1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (loi Evin), les garanties Décès, sont maintenues aux assurés se trouvant, à la date de ladite résiliation ou de non-renouvellement, en Incapacité Temporaire de Travail ou en Invalidité. Ce maintien cesse dès que les Prestations Incapacité Temporaire de Travail ou Invalidité cessent elles-mêmes selon les dispositions prévues à l'article 2.3.

Les prestations seront calculées en fonction de la situation de famille à la date du sinistre et la revalorisation de la base des prestations prévue à l'article 3.6, cessera de produire ses effets à la date de la résiliation ou de non-renouvellement.

Toutefois, si l'assuré a été affilié au présent contrat, alors qu'il percevait une rente Incapacité Temporaire de Travail ou Invalidité par un précédent assureur, l'organisme assureur versera ses prestations Décès en déduisant celles éventuellement maintenues par ledit assureur.

3.8 Risques Exclus

1. Exclusions applicables à la garantie incapacité, invalidité :

- Les accidents et maladies qui sont le fait volontaire du bénéficiaire de l'adhésion et ceux qui résultent de tentatives de suicide, et mutilations volontaires ;
- Les conséquences de guerre civile ou étrangère, d'insurrection, d'émeute, de complot, de mouvement populaire lorsque l'assuré y prend une part active ;
- Les accidents et maladies dus aux effets directs ou indirects d'explosion, de chaleur, ou de radiations, provenant d'une transmutation du noyau de l'atome telles que par exemple : la fission, la fusion, la radioactivité ou du fait de radiations provoquées par l'accélération des particules atomiques ;
- Les conséquences de démonstration, acrobaties, compétitions, nécessitant l'utilisation d'engins à moteur.

2. Exclusions applicables à la garantie décès :

- le suicide du salarié au cours de la première année de couverture ;
- le décès consécutif à des faits de guerre étrangère mettant en cause l'Etat français, dans les conditions déterminées par la législation à intervenir sur les assurances sur la vie en temps de guerre ;
- Le décès consécutif à des faits intentionnellement causés ou provoqués par le bénéficiaire.

3. Exclusions applicables à la garantie Rente Education :

- le décès survenu à la suite des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation, provenant de transmutation de noyaux d'atomes ;
- les décès lorsque le bénéficiaire a commis ou fait commettre un meurtre sur la personne de l'assuré et a été condamné pour ces faits ;
- le décès survenu en cas de guerre civile ou étrangère dès lors que le salarié prend une part active.

Le fait que l'organisme assureur 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.

3.9 Déchéance

L'assuré ou le bénéficiaire de la prestation est déchu de tout droit à indemnisation au titre du sinistre concerné :

- s'il fait volontairement une fausse déclaration de sinistre ou à l'occasion d'un sinistre, portant sur la date, la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences du sinistre,
- s'il fournit ou utilise sciemment des renseignements ou des documents inexacts, fabriqués ou falsifiés comme justificatifs ou use d'autres moyens frauduleux en vue d'obtenir le versement des prestations.

Il s'expose également à des poursuites pénales de la part de l'organisme assureur.

3.10 Recours – Prescription

3.10.1 Recours subrogatoire

Lorsque l'assuré est atteint d'une affection ou est victime d'un accident susceptible d'être indemnisé par un tiers responsable, l'organisme assureur dispose d'un recours subrogatoire légal concernant les indemnités journalières et les rentes d'invalidité qu'il a payées contre la personne tenue à réparation ou son organisme assureur.

Par ailleurs, les prestations que l'organisme assureur verse en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie et dont les modalités de calcul sont en relation directe avec les revenus salariaux de l'assuré, constituent une avance sur recours. En conséquence, l'assuré, le bénéficiaire ou leurs ayants droit subrogent expressément l'organisme assureur dans leurs droits ou actions contre l'organisme assureur du tiers responsable dans la limite des prestations versées.

L'assuré victime d'un dommage causé par un tiers responsable, le bénéficiaire ou leurs ayants-droit doivent en informer l'organisme assureur lors de la demande de prestation.

3.10.2 Prescription

Conformément à l'article L.932-13 du code de la Sécurité sociale, toutes les actions dérivant des opérations du contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois ce délai ne court :

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

Lorsque l'action du souscripteur, de l'assuré, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre l'organisme assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le souscripteur, l'assuré, le bénéficiaire ou l'ayant droit ou a été indemnisé par celui-ci.

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

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations dépendant de la durée de la vie humaine, le bénéficiaire n'est pas l'assuré

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de celle-ci, c'est à dire :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait prévue à l'article 2240 du Code civil,
- la demande en justice, même en référé prévue de l'article 2241 à 2243 de ce même Code,
- un acte d'exécution forcée prévu de l'article 2244 à 2246 de ce même Code.

La prescription est également interrompue 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, avec avis de réception adressé(e) par l'organisme assureur au souscripteur en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation ;
- et de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique avec avis de réception adressé(e) par l'assuré, le bénéficiaire, ou l'ayant droit en ce qui concerne le règlement de la Prestation.

La date d'expédition certifiée par un horodatage qualifié de l'envoi du recommandé électronique fait foi de la date d'envoi.

Lorsque le bénéficiaire est mineur ou incapable majeur, le délai visé au 1^{er} alinéa ne court qu'à compter du jour où l'intéressé atteint sa majorité ou recouvre sa capacité.

3.11 Réclamation – médiation

En cas de difficultés dans l'application du contrat, le souscripteur et les assurés et/ou les bénéficiaires peuvent contacter dans un premier temps leur conseiller ou contact habituel.

Si la demande ne trouve pas satisfaction, la réclamation peut être adressée comme suit :

- pour le souscripteur : reclamation-entreprise-assurance@malakoffhumanis.com ou à l'adresse du Service Réclamations Entreprises Assurance - 78288 Guyancourt Cedex,
- pour les assurés et les bénéficiaires : reclamation-particulier-assurance@malakoffhumanis.com ou à l'adresse du Service Réclamations Particuliers Assurance - 78288 Guyancourt Cedex.

Lorsqu'aucune solution à un litige relatif aux garanties n'a pu être trouvée, le souscripteur, l'assuré et/ou les bénéficiaires peuvent s'adresser au médiateur de la Protection Sociale (Centre Technique des Institutions de Prévoyance - CTIP), à l'adresse suivante :

M. le médiateur de la protection sociale CTIP, 10 rue Cambacérès, 75008 Paris ou par voie électronique : <https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/> dans un délai maximal d'un an à compter de l'envoi de sa réclamation écrite à l'organisme assureur et sans préjudice du droit d'agir en justice.

3.12 Autorité de contrôle

L'organisme assureur est soumis au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution – ACPR, 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris cedex 09.

3.13 Dispositions Diverses

3.13.1 Confidentialité

Chacune des parties s'engage envers l'autre à préserver, pendant la durée du contrat et après son extinction pour une durée de cinq années, la stricte confidentialité de toutes les informations techniques ou financières qu'elles auront pu se communiquer ou dont elles auront pu avoir connaissance à l'occasion de l'exécution du contrat.

En particulier, l'organisme assureur s'engage envers le souscripteur à conserver la stricte confidentialité des informations concernant l'organisation de ses ressources humaines.

3.13.2 Protection des données à caractère personnel

Conformément à la réglementation européenne et française en matière de données à caractère personnel, en particulier le Règlement Général sur la Protection des Données n°2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD ») et la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés »), l'assuré et les bénéficiaires sont informés par Malakoff Humanis Prévoyance, ci-après désigné Malakoff Humanis, responsable du traitement des données à caractère personnel collectées, que :

Malakoff Humanis a désigné un délégué à la protection des données à caractère personnel qui peut être contacté par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à : Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

1. Les données à caractère personnel de l'assuré et des bénéficiaires peuvent être collectées et traitées pour les finalités suivantes :

- la souscription, la gestion, y compris commerciale, et l'exécution du contrat d'assurance ainsi que la gestion ou l'exécution de tout autre contrat souscrit auprès de Malakoff Humanis ou d'autres sociétés du groupe Malakoff Humanis ;
- la gestion des avis de l'assuré et des bénéficiaires sur les produits, services ou contenus proposés par Malakoff Humanis ou ses partenaires ;
- l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- l'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par l'assuré et les bénéficiaires ;
- l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement, une fois les données anonymisées par des procédés techniques permettant de s'assurer de la non ré-identification de l'assuré et des bénéficiaires ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme et à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à son inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, incluant un dispositif mutualisé des données des contrats et des sinistres déclarés auprès des organismes assureurs, mis en œuvre par l'Agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance (ALFA) ;
- la proposition à l'assuré et les bénéficiaires de produits, de services et/ou d'outils permettant de réduire la sinistralité ou d'offrir un contrat ou une prestation complémentaire par Malakoff Humanis ou ses partenaires ;
- la mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation, à destination de l'assuré et des bénéficiaires.

Malakoff Humanis s'engage à ne pas exploiter les données personnelles de l'assuré et des bénéficiaires pour d'autres finalités que celles précitées.

Sont notamment nécessaires à la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance, les données à caractère personnel suivantes : des données d'identification, des données relatives à sa situation familiale, économique, patrimoniale et financière, professionnelle, à sa vie personnelle, à sa santé, à l'appréciation du risque, à la gestion du contrat, etc. De plus, en sa qualité d'organisme d'assurance, Malakoff Humanis utilise le NIR (dénommé couramment « numéro de Sécurité sociale ») de l'assuré et des bénéficiaires pour la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et la mise en œuvre des échanges ou traitements intéressant plusieurs acteurs de la protection sociale.

En dehors des traitements nécessaires aux fins de l'exécution des obligations en matière de protection sociale, le consentement explicite et spécifique de l'assuré et des bénéficiaires est recueilli pour permettre le traitement de données personnelles de santé, conformément à la loi Informatique et Libertés et à l'article 9 du RGPD.

Les destinataires des données à caractère personnel de l'assuré et des bénéficiaires sont, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités réalisées : les services de Malakoff Humanis dont le personnel est en charge des traitements portant sur ces données, ainsi que les sous-traitants éventuels, les délégataires de gestion, les intermédiaires d'assurance, les réassureurs et coassureurs, les organismes professionnels habilités, les partenaires et les sociétés extérieures s'il y a lieu.

Les données de santé de l'assuré et des bénéficiaires sont destinées au Service médical de Malakoff Humanis et à toute personne placée sous la responsabilité du Service Médical, exclusivement aux fins de la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance. Elles ne sont en aucun cas utilisées à des fins commerciales.

Malakoff Humanis s'engage à ce que les données à caractère personnel de l'assuré et des bénéficiaires ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

Les données à caractère personnel relatives à la santé de l'assuré et des bénéficiaires sont traitées dans des conditions garantissant leur Sécurité notamment par la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles renforcées.

Si des données à caractère personnel de l'assuré et des bénéficiaires venaient à être traitées chez un tiers situé dans un pays hors de l'Union européenne et ne présentant pas un niveau de protection des données personnelles reconnu adéquat par la Commission européenne, Malakoff Humanis s'assurera que le tiers s'est engagé par contrat, via les clauses contractuelles types de la Commission européenne, au respect de la réglementation européenne en matière de protection des données à caractère personnel.

Les durées de conservation des données à caractère personnel traitées dans le cadre de la gestion des contrats d'assurance et de la relation clients avec l'assuré et les bénéficiaires varient en fonction des finalités susvisées et sont conformes aux recommandations de la CNIL. En tout état de cause, le calcul de ces durées est réalisé en fonction des finalités pour lesquelles les données sont collectées, de la durée de la relation contractuelle, des obligations légales de Malakoff Humanis et des prescriptions légales applicables.

Malakoff Humanis et ses partenaires s'engagent (1) à prendre les mesures techniques et organisationnelles appropriées pour garantir un niveau de Sécurité et de confidentialité adapté au risque présenté par le traitement des données de l'assuré et des bénéficiaires et (2) à notifier à la CNIL et informer ces derniers en cas de violation de leurs données dans les limites et conditions des articles 33 et 34 du RGPD.

2. L'assuré et les bénéficiaires disposent d'un droit de demander l'accès à leurs données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, et de décider du sort de leurs données, post-mortem. L'assuré et les bénéficiaires disposent également d'un droit de s'opposer au traitement à tout moment pour des raisons tenant à leur situation particulière, de limiter le traitement dont ils font l'objet et d'un droit à la portabilité des données à caractère personnel dans les limites fixées par la loi. Ils disposent enfin de la possibilité de s'opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est réalisée de manière ciblée.

Ces droits peuvent être exercés par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

En cas de réclamation relative à la protection des données, l'assuré et les bénéficiaires disposent également du droit de contacter la CNIL directement sur son site internet <https://www.cnil.fr/fr/agir> ou par courrier à l'adresse suivante : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy - TSA 80715, 75334 PARIS CEDEX 07.

L'assuré et les bénéficiaires disposent également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Opposetel. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr.

TITRE IV VERSEMENT DES PRESTATIONS

4.1 Déclaration des sinistres

Les assurés, le souscripteur et plus généralement tous bénéficiaires des garanties sont tenus, pour bénéficier des prestations correspondant aux garanties du contrat, de fournir à l'organisme assureur les déclarations et pièces justificatives listées ci-dessous.

L'organisme assureur se réserve le droit de demander à l'assuré ou au(x) bénéficiaire(s) toute autre pièce justificative pour tenir compte notamment de sa situation particulière à la date du sinistre (Travail à temps partiel, licenciement, ...), de la nature du sinistre (Accident,...), ou de certaines spécificités dans les garanties souscrites par le souscripteur (Majorations pour enfant à charge, ...).

Les frais liés à l'obtention des pièces justificatives nécessaires au versement des prestations sont à la charge du ou des bénéficiaires de la prestation.

En cas de déclaration frauduleuse de sinistre, l'Organisme assureur n'est redevable d'aucune prestation même pour la part correspondant le cas échéant à un sinistre réel.

4.2 Pièces nécessaires au paiement des prestations

Le paiement des prestations est subordonné à la réception des pièces justificatives suivantes :

Constitution des dossiers pour l'ouverture des droits à prestations en cas de...	DECESTOUTES CAUSES	IAD TOUTES CAUSES	DOUBLE EFFET	RENTE D'EDUCATION	INCAPACITE TEMPORAIRE	INVALIDITE - INCAPACITE PERMANENTE
Déclaration de sinistre fournie par l'organisme assureur et complétée par le souscripteur certifiant que l'assuré faisait toujours partie de l'effectif à la date de son décès ou de son arrêt de travail et précisant le salaire à prendre en considération pour le calcul des prestations.	X	X		X	X	X
Extrait d'acte de décès du défunt	X		X	X		
Extrait d'acte de naissance du défunt datant de moins de trois (3) mois et établi postérieurement au décès.	X		X	X		
Certificat médical attestant que le décès est dû ou non à une cause naturelle	X		X	X		
Toutes pièces justifiant valablement la qualité d'enfant à charge à la date de l'évènement (copie de l'avis d'imposition, copie du livret de famille de l'assuré, certificat de scolarité, carte mobilité inclusion ...)	X	X	X	X	X	X
Si exonération ou taux réduit de CSG en cas de paiement des prestations directement à l'assuré ou au bénéficiaire : photocopie de l'avis d'imposition sur les revenus du bénéficiaire chaque année				X	X	X
Certificat de scolarité ou pour les enfants handicapés tout document justifiant de la persistance du handicap chaque année			X	X		
Copie de la pièce d'identité du bénéficiaire en cours de validité (carte d'identité, passeport), le cas échéant un extrait d'acte de naissance	X	X	X	X	X	X

Constitution des dossiers pour l'ouverture des droits à prestations en cas de...	DECES TOUTES CAUSES	IA D TOUTES CAUSES	DOUBLE EFFET	RENTE D'EDUCATION	INCAPACITE TEMPORAIRE	INVALIDITE - INCAPACITE PERMANENTE
Toute preuve établissant la nécessité d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie courante.		X				X
Notification de la Sécurité sociale mentionnant le classement de l'assuré en 3 ^{ème} catégorie ou l'attribution d'une incapacité permanente égale à 100%		X				X
Certificat médical sous pli confidentiel établi par le médecin choisi par l'assuré sous réserve des articles « Modalités d'ouverture du droit à prestation et délai de transmission des pièces justificatives »		X			X	X
Questionnaire/attestation sur l'honneur fourni(e) par l'organisme assureur dûment complété		X			X	X
En cas de temps partiel thérapeutique, les décomptes d'indemnités journalières mi-temps thérapeutique et une attestation mensuelle des salaires maintenus (fixe, primes..) perçus pour la période concernée, à défaut le bulletin de salaire du mois correspondant					X	
Attestation du régime obligatoire de retraite précisant que le bénéficiaire n'a pas liquidé sa pension ou qu'il n'y ouvre pas droit			X		X	X
Toutes pièces officielles : <ul style="list-style-type: none"> - relatant les circonstances particulières dans lesquelles est survenu l'événement ouvrant à prestation et prouvant l'origine accidentelle de celui-ci (procès-verbal de police, de gendarmerie, du procureur de la république, le cas échéant une coupure de presse relatant l'accident) - prouvant le lien de causalité entre ledit événement et l'accident. 					X	X
Décomptes originaux de la Sécurité sociale (excepté en cas de télétransmission de ceux-ci, ou à défaut attestation portant paiement de ses prestations en cas d'arrêt de travail, à compter du début de l'arrêt					X	X
Le cas échéant, attestation de reprise de travail ou toute pièce attestant du licenciement ou de la démission ou la notification de liquidation de retraite					X	X
Notification de la Sécurité sociale mentionnant le classement de l'assuré dans une des catégories d'invalidé de la Sécurité sociale ou l'attribution d'un taux d'incapacité permanente au moins égal à 33%.						X
Justificatif de paiement de la rente d'invalidité ou d'incapacité permanente par la Sécurité sociale						X

Constitution des dossiers pour l'ouverture des droits à prestations en cas de...	DECES TOUTES CAUSES	IA D TOUTES CAUSES	DOUBLE EFFET	RENTE D'EDUCATION	INCAPACITE TEMPORAIRE	INVALIDITE - INCAPACITE PERMANENTE
RIB des bénéficiaires	X	X	X	X	X	X
Toutes pièces justifiant valablement la qualité de concubin de l'assuré (facture énergétique, bail commun, attestation d'assurance...)	X	X	X			

L'organisme assureur se réserve le droit de demander toutes pièces complémentaires qu'il jugerait nécessaire y compris après paiement des prestations. Toute somme indûment versée sera réclamée par l'organisme assureur.

L'organisme assureur ne peut se trouver engagé que par les déclarations et pièces qui lui seront transmises.

4.3 Obligations de l'assuré

L'assuré s'engage à informer, sans délai, l'organisme assureur de tout changement de situation (professionnelle ou personnelle) ayant des conséquences sur les prestations versées par l'organisme assureur et en particulier :

- la reprise de son activité professionnelle suite à un arrêt de travail,
- son inscription au Pôle Emploi,
- et le bénéfice des prestations d'un autre régime de prévoyance.

A défaut, l'organisme assureur se réserve le droit de suspendre ses prestations.

4.4 Modalités d'ouverture du droit à prestation et délai de transmission des pièces justificatives

Les demandes de prestations accompagnées des documents justificatifs visés dans le tableau ci-dessus doivent être produites à l'organisme assureur dans les conditions suivantes :

Cas général

Tout évènement ouvrant droit à garantie doit être déclaré selon les modalités prévues à cet effet.

Le versement des prestations dans les conditions mentionnées aux présentes Conditions Générales est subordonné à la réception, par l'organisme assureur, de l'ensemble des pièces justificatives, en tant que condition préalable de l'ouverture du droit à garantie. Ainsi, l'organisme assureur effectue le paiement des prestations à compter de la réception de l'ensemble des pièces déclaratives énumérées au titre de chaque garantie.

L'organisme assureur peut vérifier l'exactitude des informations communiquées et réclamer le cas échéant les informations complémentaires qu'il jugera nécessaires.

L'ensemble des pièces déclaratives doit parvenir à l'organisme assureur dans les **treinte (30) jours, et à période de franchise atteinte** sauf cas fortuit ou de force majeure, qui suivent la réalisation de l'évènement ouvrant droit à prestation.

La transmission hors délais des pièces déclaratives constituant un préjudice certain à l'organisme assureur (notamment : l'impossibilité pour l'organisme assureur de pouvoir procéder à un contrôle médical pertinent), **ce dernier retiendra** sans contrevenir aux dispositions relatives à la prescription, **la date de réception des dites pièces déclaratives comme point de départ du paiement des prestations.**

Cas spécifique de la garantie incapacité temporaire

Dans le cas de la garantie incapacité temporaire, en cas d'arrêt de travail de plus de trente (30) jours et à période de franchise atteinte, un **certificat médical d'incapacité de travail, dont le modèle est fourni par l'organisme assureur**, ou toute autre pièce médicale pouvant valablement s'y substituer, doit être retourné par l'assuré, dûment rempli par le médecin traitant de l'assuré ou tout autre médecin de son choix, sous pli confidentiel avec la mention « secret médical » au médecin conseil de l'organisme assureur **dans un délai de trente (30) jours**.

Dans l'attente de la réception de ce document, les prestations dues – éventuellement en cours – feront l'objet d'une suspension **et seront réglées rétroactivement après avis favorable de prise en charge par le médecin conseil**.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré ou du souscripteur entraînera la nullité de l'assurance et la déchéance de tous droits aux prestations.

4.5 Contrôle médical

L'organisme assureur peut faire procéder par un médecin désigné par lui, au contrôle médical de l'assuré qui formule des demandes ou bénéficie de prestations au titre des garanties prévues au contrat, lorsque ces prestations sont liées à l'état de santé.

À toute époque, les médecins missionnés par l'organisme assureur doivent avoir, sous peine de déchéance de garantie, un libre accès auprès de l'assuré en état d'incapacité ou d'invalidité, à son lieu de traitement ou à son domicile tous les jours ouvrables, afin de pouvoir constater son état de santé. De même, l'assuré doit se rendre aux convocations des médecins missionnés par l'organisme assureur.

Si l'assuré refuse ce contrôle médical, les garanties et les prestations sont interrompues après envoi d'une mise en demeure adressée au dernier domicile connu figurant au dossier de l'assuré.

Lors du contrôle médical, l'assuré a la faculté de se faire assister par son médecin traitant, ou tout autre médecin de son choix.

L'organisme assureur se réserve la possibilité, sur la base des conclusions du contrôle médical, de modifier ou d'interrompre le service des prestations concernées.

Préalablement à toute modification ou interruption, l'organisme assureur notifie par lettre recommandée à l'assuré les résultats du contrôle médical et les conséquences sur le service des prestations concernées.

En cas de contestation, l'assuré notifie par lettre recommandée dans un délai de dix (10) jours à compter de la réception du courrier de l'organisme assureur (cachet de la poste faisant foi) :

- soit, sa volonté de procéder à un arbitrage médical dans le cadre d'un protocole arbitral :
 - l'assuré peut mentionner dans son courrier le nom du médecin qui l'assistera dans le cadre de ce nouveau contrôle.
 - l'assuré, ou le cas échéant, le médecin de l'assuré et celui choisi par l'organisme assureur, nommeront un médecin agissant en qualité d'arbitre, dans le cadre d'un protocole signé par l'organisme assureur et l'assuré.

Faute d'entente sur ce choix, la désignation pourra être faite à la demande de la partie la plus diligente par le Président du tribunal compétent du domicile de l'assuré. Chaque partie conserve les frais et les honoraires de son médecin. Les honoraires du médecin-arbitre et les frais de sa nomination, s'il y a lieu, seront supportés par moitié par chacune des parties, qui se seront engagées par avance à s'en remettre aux conclusions du médecin-arbitre.
- soit, sa volonté de porter sa contestation devant le tribunal compétent, en vue d'obtenir, à ses frais avancés, la désignation d'un expert judiciaire.

4.6 Versement des prestations décès

Dans les trente jours qui suivent la réception de l'intégralité des pièces précitées, l'organisme assureur verse la prestation en cas de décès au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) ou défini(s) au contrat. Au-delà de ce délai, les sommes non versées produisent de plein droit intérêt au double du taux légal durant deux mois puis à l'expiration de ce délai de deux mois, au triple du taux légal.

L'accompagnement social est à vos côtés

L'accompagnement social Malakoff Humanis soutient l'entreprise autour de 5 thématiques : handicap, aidants, cancer, bien-vieillir et fragilités sociales.

Pour en savoir plus sur la réglementation, les aménagements possibles, les impacts dans l'entreprise et auprès des autres collaborateurs... des webinaires et des ateliers en présentiel, inter ou intra entreprises, peuvent être mis en place sur de nombreuses thématiques : Handicap en entreprise, Réglementation cancer & travail, Burn out des aidants, Santé mentale en entreprise...

Ces services sont proposés à l'issue d'une première phase de diagnostic, dans le cadre d'un plan d'action défini avec votre expert accompagnement social, n'hésitez pas à le contacter.



MALAKOFF HUMANIS PRÉVOYANCE
Institution de prévoyance régie par le livre IX
du Code de la sécurité sociale
Siège social : 21 rue Laffitte, 75009 Paris
N° SIREN 775 691 181



Organisme Commun des Institutions de Rente et de Prévoyance
Siège social : 17, rue de Marignan - CS 50 003 - 75008 Paris
Téléphone : 01 44 56 22 56 - Télécopie : 01 49 24 06 27
Site Internet : <http://www.ocirp.fr> - E-mail : prevoyance@ocirp.fr
Union d'institutions de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale