

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES PROFESSIONS
REGROUPÉES DU CRISTAL, DU VERRE ET DU VITRAIL

Régime conventionnel de prévoyance salariés non cadres

Contrat collectif à adhésion obligatoire

CONDITIONS GÉNÉRALES n°MH-11921_1909

Garanties décès toutes causes – perte totale et irréversible d'autonomie
toutes causes – double effet – allocation obsèques

SOMMAIRE

PRÉAMBULE	3
LEXIQUE	4
TITRE I – LES DISPOSITIONS RELATIVES À LA VIE DU CONTRAT	6
1.1. OBJET DU CONTRAT	6
1.2. DATE D'EFFET, DURÉE, RENOUVELLEMENT ET RÉSILIATION DU CONTRAT	6
1.3. RÉGIME CONVENTIONNEL DE PRÉVOYANCE MUTUALISÉ	6
1.4. OBLIGATIONS D'INFORMATION DU SOUSCRIPTEUR	6
1.5. RÉVISION DU CONTRAT	8
TITRE II – LES DISPOSITIONS RELATIVES À L’AFFILIATION AU CONTRAT	8
2.1. CONDITIONS ET FORMALITÉS D’AFFILIATION	8
2.2. PRISE D’EFFET DE L’AFFILIATION	9
2.3. CESSATION DE L’AFFILIATION	9
TITRE III – LES DISPOSITIONS RELATIVES AUX GARANTIES	9
3.1. OBJET DES GARANTIES	9
3.2. PRISE D’EFFET ET CESSATION DES GARANTIES	10
3.3. DÉFINITIONS DES GARANTIES	10
3.4. PRESTATIONS	12
TITRE IV – MAINTIEN DES GARANTIES	14
4.1. EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL	14
4.2. EN CAS DE CESSATION DU CONTRAT DE TRAVAIL (PORTABILITÉ)	14
TITRE V – EFFET DE LA RÉSILIATION SUR LES GARANTIES ET LES PRESTATIONS	15
5.1 CESSATION DES REVALORISATIONS EN CAS DE RÉSILIATION	15
5.2 OBLIGATIONS DU SOUSCRIPTEUR DU FAIT DE LA RÉSILIATION	15
TITRE VI – LES COTISATIONS	15
6.1. ASSIETTE ET MONTANT DES COTISATIONS	15
6.2. MODALITÉS DE PAIEMENT	15
6.3. DÉFAUT DE PAIEMENT	16
TITRE VII – RÉFÉRENCES LÉGALES	16
7.1. FAUSSE DÉCLARATION	16
7.2. DÉCHÉANCE	16
7.3. PRESCRIPTION	16
7.4. RÉCLAMATION – MÉDIATION	17
7.5. JURIDICTION COMPÉTENTE	17
7.6. PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL	17
7.7. AUTORITÉ DE CONTRÔLE	18
TITRE VIII – PIÈCES JUSTIFICATIVES	19

PRÉAMBULE

Par accord du 30 juin 2017, les partenaires sociaux de plusieurs branches professionnelles ont décidé de se regrouper en un seul champ d'application professionnel et conventionnel. À ce titre, la Convention Collective Nationale de la fabrication du verre à la main semi-automatique et mixte (IDCC 1821) a été révisée afin d'élargir son champ d'application à :

- la Convention Collective Nationale de l'union des chambres syndicales des métiers du verre (IDCC 2306) ;
- la Convention Collective Nationale de l'industrie du vitrail (IDCC 1945) ;
- la Convention Collective Nationale de la verrerie travaillée mécaniquement au chalumeau (IDCC 161).

La convention révisée est dénommée « **Convention Collective Nationale des professions regroupées du cristal, du verre et du vitrail** ».

Dans le cadre de l'amélioration de la couverture sociale collective et solidaire, l'accord du 17 septembre 2019 négocié entre les partenaires sociaux de la Convention Collective Nationale unifiée a renforcé le régime conventionnel de prévoyance afin de permettre l'accès à une protection sociale optimale à l'ensemble des salariés concernés. Les garanties du régime conventionnel de prévoyance sont les suivantes : décès toutes causes, décès double effet, invalidité absolue et définitive et allocation obsèques.

Cet accord révisé en totalité les dispositions de l'accord du 2 juin 2014 institué par les partenaires sociaux de la branche de la fabrication du verre à la main semi-automatique et mixte (IDCC 1821). Les garanties conventionnelles de prévoyance comprises dans cet accord révisé constituent un socle minimal de prévoyance pour les entreprises relevant du champ d'origine de la convention collective IDCC 1821.

Les bénéficiaires de la couverture conventionnelle de prévoyance sont les salariés ne relevant pas des articles 4 et 4 bis de la Convention Collective Nationale du 14 mars 1947, dans leur rédaction en vigueur au 31 décembre 2018, et ce quelle que soit la nature de leur contrat de travail et quelle que soit leur ancienneté. Ces salariés sont dénommés « salariés non-cadres » dans la suite du présent contrat-cadre.

Conformément à l'article 3.2 de l'accord précité du 30 juin 2017, les dispositions de l'accord du 17 septembre 2019 ne s'imposent pas aux entreprises qui relèvent du champ d'origine de l'une des trois autres conventions collectives nationales (IDCC 2306, 1945 et 161), et ce jusqu'au terme de la période transitoire fixée au 1er janvier 2022. À cette date, les dispositions de l'accord du 17 septembre 2019 renforçant le régime conventionnel de prévoyance seront opposables à l'ensemble des entreprises relevant des champs d'origine (IDCC 1821, 2306, 1945 et 161).

Afin de permettre aux entreprises relevant du champ d'origine de la convention collective IDCC 1821 de respecter leurs obligations conventionnelles en matière de régime de prévoyance des salariés non-cadres et afin de bénéficier d'un dispositif mutualisé, les partenaires sociaux de la branche des professions regroupées du cristal, du verre et du vitrail ont recommandé :

- **Malakoff Humanis Prévoyance**, Institution de prévoyance régie par le Livre IX du Code de la sécurité sociale, dont le siège social est situé 21 rue Laffitte - 75009 Paris, n° SIREN 775 691 181.

Par application volontaire jusqu'au 31 décembre 2021, les entreprises relevant du champ d'origine des conventions collectives IDCC 2306, 1945 et 161 peuvent mettre en place le régime conventionnel de prévoyance au profit de leurs salariés non-cadres et participer à son financement par la souscription du présent contrat d'assurance auprès de Malakoff Humanis Prévoyance.

Les entreprises relevant du champ d'application de la Convention Collective Nationale des professions regroupées du cristal, du verre et du vitrail qui souhaiteraient disposer d'une garantie complémentaire à celles prévues par l'accord du 17 septembre 2019 peuvent également souscrire au contrat d'assurance référencé 17 septembre 2019 par lequel Malakoff Humanis Prévoyance met à disposition une garantie rente d'éducation en cas de décès d'un assuré.

LEXIQUE

Dans le présent contrat, les termes suivants sont utilisés :

L'organisme assureur	<p>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.</p> <p>Le contrat est régi par le Code de la sécurité sociale.</p> <p>Dans la suite du texte, les termes « membre adhérent » et « membre participant » définis à l'article L.931-3 du Code de la sécurité sociale seront remplacés respectivement par « souscripteur » et « assuré » ;</p>
Le souscripteur	<p>La personne morale, définie aux conditions particulières, qui a conclu le contrat d'assurance avec l'organisme assureur au bénéfice des salariés appartenant à la catégorie assurée.</p>
La catégorie assurée	<p>L'ensemble des salariés ne relevant pas des articles 4 et 4 bis de la Convention Collective Nationale du 14 mars 1947, dans leur rédaction en vigueur au 31 décembre 2018, et répondant aux conditions d'affiliation prévues à l'article 2.1.1 « Personnes assurables ».</p>
L'assuré	<p>La personne physique, affiliée au présent contrat, sur la tête de laquelle repose le risque et appartenant à la catégorie assurée.</p>
Le conjoint	<p>L'époux ou l'épouse de l'assuré non-séparé(e) de corps judiciairement, ni divorcé(e).</p>
Le partenaire lié par un pacs	<p>La personne liée par un pacs non dissout et non rompu.</p>
Le concubin	<p>La personne vivant en couple avec l'assuré au sens de l'article 515-8 du Code civil et déclarée à l'organisme assureur dans les trois mois suivant le décès de l'assuré, sous réserve que l'assuré et son concubin soient libres de tout engagement (mariage ou pacs).</p>
Les enfants à charge	<p>Les enfants à charge au jour de l'événement ouvrant droit à prestations sont les enfants de l'assuré ou de son conjoint ou partenaire de pacs ou concubin, qu'ils soient légitimes, naturels, reconnus, adoptifs ou recueillis (les enfants recueillis sont définis ci-après), qui remplissent les conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none">- d'une part :<ul style="list-style-type: none">• être âgés de moins de 18 ans,• être âgés de plus de 18 ans et de moins de 26 ans, s'ils remplissent l'une des conditions suivantes :<ul style="list-style-type: none">- être étudiants et affiliés au régime général de la Sécurité sociale du fait d'une affiliation personnelle,- être sous contrat d'apprentissage,- suivre des études secondaires ou supérieures ou une formation en alternance,• quel que soit leur âge, s'ils perçoivent l'une des allocations pour adulte handicapé, sous réserve que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 21^e anniversaire,- d'autre part :<ul style="list-style-type: none">• être fiscalement à la charge de l'assuré, c'est-à-dire être pris en compte pour l'application du quotient familial ou percevoir une pension alimentaire que l'assuré déduit fiscalement de son revenu global. <p>Sont également considérés comme enfants à charge :</p> <ul style="list-style-type: none">- les enfants qui naissent dans les trois cents jours suivant le sinistre, s'ils naissent viables,- les enfants légitimes, naturels, reconnus, adoptés ou recueillis par l'assuré même s'ils sont fiscalement à la charge de son partenaire lié par un pacs ou de son concubin,- les enfants recueillis – dont ceux de l'ex-conjoint éventuel, du conjoint ou du concubin ou du partenaire lié par un pacs – de l'assuré décédé sont ceux qui ont vécu au foyer jusqu'au moment du décès de l'assuré et dont leur autre parent n'est pas tenu au versement d'une pension alimentaire.

Les ascendants à charge	<p>Sont considérés comme à charge, les parents ou grands-parents vivant sous le toit d'un assuré et ne bénéficiant pas de ressources suffisantes pour entraîner le paiement d'impôts sur leurs propres revenus et bénéficiaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) définie aux articles L.815-1 et suivants du Code de la sécurité sociale, et à la condition :</p> <ul style="list-style-type: none"> - que l'assuré ait été autorisé par l'administration fiscale à déduire de son revenu global le montant de la pension versé à ses ascendants, - ou que ses ascendants donnent droit à une part supplémentaire dans le calcul du quotient familial.
Les bénéficiaires	Les personnes mentionnées à chaque garantie pouvant recevoir des prestations.
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.
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.
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
Le salaire brut	La totalité de la rémunération annuelle brute déclarée à l'URSSAF et servant d'assiette au calcul de la cotisation à l'assurance maladie à l'exclusion des primes et gratifications qui ne constituent pas un élément de salaire, indemnités et rappels versés à l'occasion du départ de l'entreprise.
Sécurité sociale (Régime obligatoire)	Régime général ou local de Sécurité sociale française dont dépendent les bénéficiaires tels que définis au Lexique.
Les tranches de salaire	<p>Le salaire brut est ventilé en tranches de salaire 1 et 2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tranche 1 (T1) : tranche de salaire limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale, - Tranche 2 (T2) : tranche de salaire comprise entre une fois et quatre fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.

TITRE I – LES DISPOSITIONS RELATIVES À LA VIE DU CONTRAT

1.1. OBJET DU CONTRAT

Le contrat est un **contrat d'assurance collective à adhésion obligatoire** souscrit par le souscripteur auprès de l'organisme assureur, ci-après dénommés collectivement « les parties ».

Le contrat ne peut être souscrit que par les entreprises qui entrent dans le champ d'application de la Convention Collective Nationale des professions regroupées du cristal, du verre et du vitrail.

Il a pour objet de fixer les conditions et modalités dans lesquelles l'organisme assureur accorde aux membres de la catégorie assurée les garanties de prévoyance définies ci-après.

Le contrat relève de la Branche 20 (Vie-Décès) définie à l'article R.321-1 du Code des assurances.

Il se compose de deux parties indissociables :

- **les conditions générales** qui définissent les conditions de cotisations et les modalités d'application des garanties proposées ainsi que les obligations réciproques des parties,
- **les conditions particulières** qui définissent notamment :
 - la date d'effet du contrat,
 - la catégorie de personnel assurée,
 - les garanties choisies,
 - la nature et le montant des prestations,
 - les taux de cotisations correspondant aux garanties souscrites,
 - les dérogations éventuelles aux conditions générales.

Le contrat est susceptible d'être complété d'avenants modifiant les dispositions figurant aux conditions générales et aux conditions particulières.

1.2. DATE D'EFFET, DURÉE, RENOUVELLEMENT ET RÉSILIATION DU CONTRAT

Le contrat prend effet à la date indiquée aux conditions particulières sous réserve que celles-ci soient régularisées et retournées signées à l'organisme assureur au plus tard dans les **DEUX MOIS** qui suivent la date de leur émission.

Il est souscrit pour une période se terminant le 31 décembre de l'année au cours de laquelle il a pris effet.

Le contrat se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année pour des périodes successives d'un an. Chacune des parties peut le résilier par lettre recommandée adressée DEUX mois au moins avant chaque date de renouvellement soit au plus tard le 31 octobre (le cachet de la poste faisant foi). Le souscripteur peut également procéder à la résiliation dans les mêmes délais par envoi recommandé électronique.

Il prend fin en cas de résiliation exprimée conformément aux dispositions prévues ci-dessus ainsi qu'à celles des articles 1.5 « Révision du contrat » et 6.3 « Défaut de paiement ».

1.3. RÉGIME CONVENTIONNEL DE PRÉVOYANCE MUTUALISÉ

Les résultats de tous les contrats d'assurance conclus auprès de l'organisme assureur au titre du régime conventionnel de prévoyance sont mutualisés. Toute évolution des conditions d'assurance s'applique à l'ensemble des contrats d'assurances relevant du périmètre de la mutualisation.

1.4. OBLIGATIONS D'INFORMATION DU SOUSCRIPTEUR

1.4.1. Obligations déclaratives

Si les données nécessaires à l'affiliation et à l'enregistrement des garanties n'entrent pas dans le périmètre de la DSN, le souscripteur doit fournir à l'organisme assureur les éléments suivants :

1. À la souscription du contrat

Le souscripteur s'engage à adresser à l'organisme assureur :

- un exemplaire des conditions particulières du contrat dûment signé au plus tard dans les DEUX mois qui suivent sa date d'émission,
- les bulletins individuels d'affiliation complétés et signés par la totalité des personnes répondant à la définition de personne assurée (cf. article 2.1.1 « Personnes assurables ») à la date d'effet du contrat.

Le souscripteur s'engage à déclarer :

- les salariés toujours sous contrat de travail en incapacité temporaire de travail ou en invalidité. La déclaration doit être accompagnée du montant et de l'expression des garanties de même nature précédemment assurées par un autre organisme assureur ainsi que des éléments servant de base au calcul des prestations servies ainsi que de leurs conditions d'attribution et de versement,
- les anciens salariés bénéficiant de la portabilité et couverts à ce titre par un contrat d'assurance collective à adhésion obligatoire immédiatement antérieur, de la date d'effet du présent contrat jusqu'à expiration de leurs droits.

2. En cours de contrat

Le souscripteur doit également dans un délai de trente jours :

- communiquer les bulletins individuels d'affiliation complétés et signés par les salariés entrant dans la catégorie assurée,
- signaler les modifications de situation professionnelle et familiale des assurés,
- informer de la rupture des contrats de travail des salariés éligibles au maintien des garanties conformément à l'article 4.2 « En cas de cessation du contrat de travail (portabilité) », étant précisé qu'il pourra être fait application de l'article 1.5 « Révision du contrat »,
- informer du décès de ses salariés,
- informer immédiatement l'organisme assureur afin de maintenir, d'adapter ou de résilier le contrat en cas de :
 - modification du risque assuré notamment du fait de la mise en place d'un plan de sauvegarde de l'emploi ou de l'engagement de procédures de licenciements visant plus de 5 % de l'effectif assuré,
 - procédure de redressement ou liquidation judiciaire en lui communiquant les coordonnées de l'administrateur judiciaire.

1.4.2. Les autres obligations et pièces justificatives

Le souscripteur doit :

- acquitter la cotisation,
- transmettre à l'organisme assureur, sauf si ces informations entrent dans le périmètre de la DSN :
 - chaque trimestre les modifications de la situation professionnelle des salariés et le cas échéant familiale sur un bordereau fourni par l'organisme assureur à cet effet,
 - à la fin de chaque exercice civil, au plus tard au 31 janvier suivant, la liste de ses salariés précisant leurs nom, prénom(s), date de naissance, numéro d'immatriculation à la Sécurité sociale, situation de famille, date d'entrée et de sortie dans l'exercice et la base de calcul des cotisations,
- remettre à chacun de ces salariés l'imprimé leur permettant de changer de bénéficiaires,
- en cas d'événement ouvrant droit à prestation, transmettre dans les délais prévus à l'article 3.4.3 « Modalités d'ouverture du droit à prestations et délais de transmission des pièces justificatives » les pièces nécessaires au règlement des prestations telles qu'énumérées au Titre VIII « Pièces justificatives ».

1.4.3. Obligations liées à la territorialité

Sauf mention contraire aux conditions particulières, l'activité du souscripteur est réputée s'exercer en France.

Pour chaque assuré :

Les garanties sont acquises aux assurés qui exercent leur activité sur le territoire français ou hors de ce territoire sauf dans les régions ou pays formellement déconseillés par le ministère des Affaires étrangères, lors de déplacements privés ou professionnels ou à l'occasion d'un détachement au sens des articles L.761-1 et -2 du Code de la sécurité sociale, dont le contrat de travail n'est pas suspendu.

De ce fait, les salariés expatriés ne sont pas assurés.

1.4.4. Information des assurés

L'organisme assureur établit et remet au souscripteur un exemplaire de la notice d'information définissant les garanties souscrites, leurs modalités d'entrée en vigueur, ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre.

Conformément aux dispositions légales :

- il est de la responsabilité du souscripteur de remettre aux assurés la notice d'information établie par l'organisme assureur et de porter à la connaissance des assurés les modifications apportées à leurs droits et obligations,
- la preuve de la remise de la notice d'information ou de l'information relative aux modifications des droits et obligations incombe au souscripteur.

1.5. RÉVISION DU CONTRAT

Le contrat peut être modifié en cas d'évolution législative et/ou réglementaire et/ou conventionnelle ou d'évolution des résultats.

1.5.1. Évolutions législatives et/ou réglementaires

Pour les garanties dont les montants et modalités sont établis en considération des conditions en vigueur dans d'autres régimes (Sécurité Sociale, régime complémentaire de retraite AGIRC / ARRCO, etc.), les changements apportés à ces conditions postérieurement à la définition des conditions d'assurance objet du présent contrat, ne sauraient avoir pour effet d'augmenter l'étendue des engagements de l'organisme assureur qui est, en pareil cas, fondé à apporter à l'expression des garanties, les aménagements nécessaires.

En cas d'instauration ou de modification par les pouvoirs publics de taxes, contributions ou charges de toute nature, assises sur les cotisations, l'organisme assureur est fondé à majorer à due concurrence les cotisations appelées, y compris au cours de la période de maintien des taux de cotisations prévue à l'article 6.1.3.

Les nouvelles conditions de garanties et/ou de cotisations prendront effet à la date indiquée sur l'avenant adressé par l'organisme assureur. Dans les trente jours qui suivent cette information, le souscripteur peut demander la résiliation du contrat au 31 décembre **en envoyant sa demande de résiliation à l'organisme assureur par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec avis de réception.**

Jusqu'à la date d'effet de cette modification, les dispositions antérieures continuent à s'appliquer sauf si les nouvelles dispositions sont d'ordre public et donc d'application immédiate.

1.5.2. Résultats du contrat

L'évolution des cotisations et/ou des garanties se fait en fonction du rapport sinistre/prime (adéquation des charges et des ressources) en tenant compte de l'évolution démographique des populations garanties.

En cas de modification, l'organisme assureur adresse une lettre recommandée avec accusé de réception au souscripteur.

Le souscripteur peut refuser la proposition de l'organisme assureur dans les trente jours qui suivent la réception dudit courrier **en envoyant sa demande de résiliation par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec avis de réception.** Le contrat est alors résilié dans les dix jours qui suivent.

En cas d'absence de réponse dans les trente jours de l'envoi du courrier recommandé de l'organisme assureur, ce dernier considérera que le souscripteur a accepté les nouvelles conditions qui 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.

1.5.3. Modification du régime conventionnel de prévoyance

Le contrat peut être révisé à tout moment et à la même date d'effet lorsque des modifications apportées au régime conventionnel de prévoyance impactent les conditions d'assurance décrites audit contrat.

Indépendamment de ce qui précède, toute modification des conditions d'assurance définies au contrat cadre s'applique de plein droit à tous les contrats d'assurance souscrits par les entreprises entrant dans le champ d'application de la Convention Collective Nationale des professions regroupées du cristal, du verre et du vitrail.

Dans tous les cas, les modifications apportées prennent effet sous réserve d'avoir été notifiées au souscripteur par voie d'avenant. Dans les trente jours qui suivent cette information, le souscripteur peut demander la résiliation du contrat au 31 décembre **en envoyant sa demande de résiliation à l'organisme assureur par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec avis de réception.**

TITRE II – LES DISPOSITIONS RELATIVES À L’AFFILIATION AU CONTRAT

2.1. CONDITIONS ET FORMALITÉS D’AFFILIATION

2.1.1. Personnes assurables

Sont **obligatoirement** affiliés au contrat tous les **salariés du souscripteur qui ne relèvent pas des articles 4 et 4 bis de la Convention Collective Nationale du 14 mars 1947**, dans leur rédaction en vigueur au 31 décembre 2018, quelles que soit la nature du contrat de travail et l'ancienneté, et dont le contrat de travail est en vigueur et non suspendu.

Cas particuliers :

Sous réserve d'être déclarées à l'organisme assureur dans les conditions prévues à l'article 1.4.1.1 « Obligations déclaratives – À la souscription du contrat », les personnes suivantes sont affiliées au contrat à la date d'effet de celui-ci :

- les salariés toujours sous contrat de travail en incapacité temporaire de travail ou en invalidité.

Si au titre d'une incapacité temporaire de travail ou d'une invalidité en cours à la date d'affiliation au contrat, l'assuré bénéficie d'un maintien des garanties en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie en exécution du contrat d'un précédent organisme assureur, le montant des prestations garanties par cet organisme assureur sera déduit des prestations éventuellement dues au titre du présent contrat.

- les anciens salariés du souscripteur bénéficiant de la portabilité et couverts à ce titre par un contrat d'assurance collective à adhésion obligatoire immédiatement antérieur, de la date d'effet du présent contrat jusqu'à expiration de leurs droits,
- les personnes dont le contrat de travail est suspendu sans maintien de rémunération ou sans indemnisation peuvent adhérer au présent contrat à titre facultatif dans les conditions prévues à l'article 4.1.2 « Suspension du contrat de travail non rémunérée ou non indemnisée ». Sont visés les salariés en congé sans solde, en congé parental d'éducation, en congé sabbatique, en congé pour création d'entreprise, en congé individuel de formation, sous réserve qu'ils continuent de relever de la Sécurité sociale.

2.1.2. Formalités d'affiliation

Le salarié s'engage à compléter et signer un « bulletin individuel d'affiliation ».

2.2. PRISE D'EFFET DE L'AFFILIATION

L'affiliation prend effet sous réserve de la bonne réception du bulletin individuel d'affiliation dûment complété et signé.

2.2.1. À la souscription du contrat

L'affiliation des personnes assurables prend effet à la même date que le contrat.

2.2.2. En cours du contrat

L'affiliation des personnes assurables prend effet à la date d'entrée dans la catégorie assurée (embauche, promotion ou cessation de dispense d'affiliation).

2.3. CESSATION DE L'AFFILIATION

L'affiliation au contrat prend fin pour chaque assuré dans les cas suivants :

- en cas de non-paiement des cotisations dans les conditions prévues à l'article 6.3 « Défaut de paiement »,
- à la date à laquelle il cesse d'appartenir à la catégorie assurée,
- à la date de suspension du contrat de travail, sauf dans les cas prévus à l'article 4.1 « En cas de suspension du contrat de travail »,
- à la date de rupture de son contrat de travail, quel qu'en soit le motif, sauf dans les cas prévus à l'article 4.2 « En cas de cessation du contrat de travail (portabilité) »,
- à la date de la liquidation normale ou anticipée de sa pension d'assurance vieillesse d'un régime obligatoire quel qu'en soit le motif, sauf cumul emploi retraite,
- à la date de résiliation du contrat par le souscripteur ou l'organisme assureur, quel qu'en soit le motif.

TITRE III – LES DISPOSITIONS RELATIVES AUX GARANTIES

3.1. OBJET DES GARANTIES

Les garanties ont pour objet le versement de prestations en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive (IAD) de l'assuré et, le cas échéant, des personnes définies à chaque garantie.

Dans le reste du contrat, les termes « invalidité absolue et définitive » et « IAD » sont remplacés par « perte totale et irréversible d'autonomie » et « PTIA ».

Les garanties souscrites et le montant des prestations figurent aux conditions particulières.

3.2. PRISE D'EFFET ET CESSATION DES GARANTIES

3.2.1 Prise d'effet des garanties

Les garanties prennent effet pour chaque assuré à la date d'effet de son affiliation.

3.2.2 Cessation des garanties

Les garanties cessent pour chaque assuré à la date de cessation de son affiliation.

3.3. DÉFINITIONS DES GARANTIES

3.3.1 Garanties décès et perte totale et irréversible d'autonomie toutes causes

1. Garantie décès toutes causes

La présente garantie a pour objet de verser, au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) en cas de décès de l'assuré, un capital dont le montant est indiqué aux conditions particulières.

Ce capital est déterminé quelle que soit la situation de famille de l'assuré au jour de son décès.

Pour les assurés travaillant à temps partiel, le montant minimum du capital est proratisé.

Désignation de bénéficiaires :

En l'absence de désignation particulière de bénéficiaires faite par l'assuré et valable au jour du décès ou en cas de prédécès de tous les bénéficiaires désignés, les capitaux décès, hors majorations pour personne à charge, sont versés dans l'ordre de priorité suivant :

- au conjoint de l'assuré non divorcé ou non séparé judiciairement,
- à défaut, au partenaire lié à l'assuré par un pacte civil de solidarité,
- à défaut, par parts égales entre eux, aux enfants de l'assuré, nés ou à naître, vivants ou représentés, et à ceux de son conjoint, partenaire lié par un pacs ou concubin s'il en avait la charge au moment du décès,
- à défaut, par parts égales entre eux, aux parents de l'assuré et, en cas de décès de l'un d'eux, au survivant pour la totalité,
- à défaut, aux héritiers de l'assuré en proportion de leurs parts héréditaires.

Pour être bénéficiaire du capital décès, le concubin de l'assuré doit avoir fait l'objet d'une désignation particulière dans les conditions définies ci-après.

L'assuré peut, par une **désignation particulière**, indiquer un ou plusieurs bénéficiaires de son choix, à la condition qu'une désignation particulière antérieure n'ait pas été acceptée par le(s) bénéficiaire(s). Cette désignation peut être effectuée à l'aide de l'imprimé « désignation particulière de bénéficiaire(s) » que l'organisme assureur délivre à cet effet ou par un acte sous seing privé ou 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. **Il appartient donc à l'assuré d'informer l'organisme assureur de l'existence de cette désignation en temps utile.**

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.

La majoration par personne à charge est réglée à chacun des bénéficiaires qui y ouvrent droit ou pour leur compte au représentant légal. Par personne à charge, il faut entendre les enfants et ascendants à charge de l'assuré tels que définis au Lexique des présentes conditions générales.

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.

Lorsque le bénéficiaire est nommé désigné, l'organisme assureur recommande à l'assuré de préciser ses coordonnées, afin que ce bénéficiaire soit informé par les services de l'organisme assureur, dans les meilleurs délais, dans le cadre de l'instruction du dossier de versement du capital.

2. Garantie perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) toutes causes

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré, reconnue par l'organisme assureur selon les critères prévus par le Code de la sécurité sociale, **celui-ci peut recevoir par anticipation, et à sa demande**, le capital prévu en cas de décès toutes causes, sous les conditions cumulatives suivantes :

L'état de santé de l'assuré doit avoir un caractère définitif et non susceptible d'amélioration. L'assuré doit également percevoir de la **Sécurité sociale une pension d'invalidité (3^e catégorie) ou une rente d'incapacité au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle de 100 %, majorée pour assistance d'une tierce personne.**

L'assuré est considéré en état de perte totale et irréversible d'autonomie s'il est classé en 3^e catégorie des invalides par le médecin-conseil (invalide incapable d'exercer une activité professionnelle quelconque et dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer l'ensemble des actes ordinaires de la vie courante) ou s'il est atteint d'un taux d'incapacité permanente au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle égal à 100 % et qu'il est dans l'obligation de recourir à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie courante (se laver, s'habiller, se déplacer, se nourrir).

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 à l'article 3.4.4 « Contrôle médical ». En cas de contestation, l'assuré peut, le cas échéant, mettre en œuvre la procédure d'arbitrage prévue à ce même article.

Le capital est exigible à la date reconnue par l'organisme assureur comme début de la perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré.

Le versement du capital perte totale et irréversible d'autonomie met fin à la garantie décès toutes causes. Aucune somme n'est due au titre du décès par l'organisme assureur.

L'intégralité du capital est versée à sa demande à l'assuré lui-même ou à son représentant légal.

3.3.2 Garantie double effet

La présente garantie a pour objet de verser aux bénéficiaires indiqués ci-après, en cas de décès du conjoint, du partenaire lié par un pacs ou du concubin, simultanément ou postérieurement à celui de l'assuré, un capital mentionné aux conditions particulières, sous réserve que :

- **le présent contrat soit toujours en vigueur à la date du décès du conjoint, du partenaire lié par un pacs ou du concubin ;**
- **le conjoint, le partenaire lié par un pacs ou le concubin n'ait pas liquidé sa pension d'assurance vieillesse d'un régime obligatoire quel qu'en soit le motif, étant précisé que la situation des personnes ne pouvant ouvrir droit à une pension d'assurance vieillesse d'un régime obligatoire est appréciée comme si elles avaient exercé une activité professionnelle.**

Est considéré comme :

- simultané, le décès de l'assuré et de son conjoint, partenaire lié par un pacs ou concubin survenant au cours d'un même événement sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès,
- postérieur, le décès du conjoint, du partenaire lié par un pacs ou du concubin qui survient au maximum dans les 365 jours qui suivent le décès de l'assuré.

Si un même événement occasionne à la fois le décès du salarié et de son conjoint, partenaire lié par un pacs ou concubin, sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès :

- pour le calcul du montant du capital en cas de décès, on considère que l'assuré est décédé le premier,
- pour le versement du capital en cas de décès, on considère que l'assuré est décédé le dernier.

Bénéficiaire de la prestation, par parts égales entre eux, les enfants qui répondaient à la définition des enfants à charge du Lexique au jour du décès de l'assuré et qui sont à la charge du conjoint, du partenaire de pacs ou du concubin au jour de son décès selon les mêmes critères.

Le cas échéant, le salaire de référence servant de base au calcul de la prestation est revalorisé entre les deux décès.

La présente garantie cesse pour l'ensemble des enfants à charge en cas de résiliation ou de non-renouvellement du contrat entre la date du décès de l'assuré et celui de son conjoint, partenaire lié par un pacs ou concubin survivant.

3.3.3. Garantie frais d'obsèques

La présente garantie a pour objet de rembourser tout ou partie des frais d'obsèques à la personne qui les a engagés en cas de décès de l'assuré, de son conjoint, partenaire lié par un pacs ou concubin ou d'un de ses enfants à charge.

Pour ouvrir droit à prestations, le décès de la personne garantie, s'il s'agit d'un bénéficiaire autre que l'assuré, doit intervenir avant son 65^e anniversaire.

Le montant de l'allocation est indiqué aux conditions particulières.

L'allocation est réglée :

- à la personne qui a assumé la charge des frais d'obsèques de la personne décédée,
- à défaut, aux bénéficiaires du capital décès ou à l'assuré lui-même en cas de décès de son conjoint, partenaire lié par un pacs ou concubin ou de l'un de ses enfants à charge.

Si l'enfant à charge est âgé de moins de 12 ans, le montant de l'allocation est limité aux frais d'obsèques réellement engagés.

Si l'enfant est mort-né, les frais d'obsèques sont pris en charge dans les conditions qui précèdent.

3.4. PRESTATIONS

3.4.1. Base de calcul des prestations

La base de calcul des prestations – hors allocation obsèques – correspond à la **base de calcul des cotisations relative aux douze mois civils précédant l'évènement ouvrant droit à prestations** (dite « période de référence »). Elle est limitée aux tranches de salaires 1 et 2 définies comme suit :

- Tranche 1 (ou « T1 ») : fraction au plus égale au salaire limitée à un plafond annuel de la Sécurité sociale,
- Tranche 2 (ou « T2 ») : fraction de salaire supérieure à 1 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale et limitée à 4 fois ce plafond.

Les prestations sont calculées sur la base du plafond annuel de la Sécurité sociale en vigueur au jour de l'évènement concerné.

La base de calcul des prestations est reconstituée, sur la base d'un temps complet, à partir des salaires correspondant aux mois civils de présence au sein des effectifs du souscripteur lorsque :

- la période de référence est inférieure à douze mois,
- le salaire a été réduit ou supprimé au cours de la période de référence, en cas de congés ou d'arrêt de travail pour maladie, accident, périodes de réadaptation, rééducation et formation à la suite d'un accident du travail ou de trajet, maladie professionnelle ou incapacité, adoption, paternité.

Si la durée de travail de l'assuré évolue au cours de la période de référence (exemple passage d'un temps plein à un temps partiel), la base de calcul des prestations est rétablie sur une base annuelle correspondant au contrat de travail en vigueur à la date ouvrant droit à prestations.

Lorsque les salaires pris en considération dans la base de calcul ne sont pas ceux des douze mois civils précédant immédiatement la date de survenance du décès, ces salaires sont actualisés selon les dispositions de l'article 3.4.5.2 « Revalorisation en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie d'un assuré en arrêt de travail ».

Pour les assurés bénéficiant de la portabilité, la base de calcul des prestations correspond à la base de calcul des cotisations relative aux douze mois précédant la cessation du contrat de travail, le cas échéant reconstituée dans les conditions définies ci-avant.

Pour la garantie frais d'obsèques, la prestation est déterminée en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) en vigueur au jour du décès ouvrant droit à la prestation. À titre indicatif, le PMSS évolue au 1^{er} janvier de chaque année.

3.4.2. Règlement des prestations

Le règlement des prestations est effectué conformément aux dispositions prévues dans chacune des garanties.

3.4.3. Modalités d'ouverture du droit à prestations et délai de transmission des pièces justificatives

Tous évènements ouvrant droit à garantie doivent être déclarés selon les modalités prévues à cet effet.

Le versement des prestations dans les conditions mentionnées au présent contrat 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 justificatives énumérées au Titre VIII « Pièces justificatives ».

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

L'ensemble des pièces justificatives doit parvenir à l'organisme assureur dans les **30 jours**, sauf cas fortuit ou de force majeure, qui suivent la réalisation de l'évènement ouvrant à prestations.

La transmission hors délais des pièces justificatives 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 desdites pièces justificatives comme point de départ du paiement des prestations.**

3.4.4. 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 de la garantie perte totale et irréversible d'autonomie toutes causes.

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'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle, 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 se refuse à ce contrôle médical, les garanties et les prestations sont interrompues à son égard, 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 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 de Grande Instance 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.

3.4.5. Revalorisation des prestations

1. Revalorisation des prestations en cas de décès

À compter de la date du décès de la personne ouvrant droit à prestations et jusqu'à la date de réception des pièces nécessaires au paiement de la prestation, la prestation mentionnée aux conditions particulières du présent contrat est revalorisée dans les conditions prévues à l'article R.132-3-1 du Code des assurances.

2. Revalorisation en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie d'un assuré en arrêt de travail

a. À la date d'effet du contrat

Le contrat d'assurance prend en charge les revalorisations futures du salaire de référence pour l'assuré en arrêt de travail (incapacité temporaire de travail, invalidité) à sa date d'effet.

En cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie d'un assuré en arrêt de travail (incapacité temporaire de travail ou invalidité) à la date d'effet du contrat d'assurance, le salaire de référence est revalorisé en fonction du taux technique (non-vie) en vigueur au 31 décembre de l'année précédant la date du décès ou la date de la perte totale et irréversible d'autonomie.

Cette revalorisation du salaire de référence est limitée au décès ou à la perte totale et irréversible d'autonomie de salariés, c'est-à-dire du personnel encore aux effectifs. Par ailleurs, cette revalorisation du salaire de référence n'est ouverte qu'aux assurés en état d'incapacité de travail ou d'invalidité au 31 décembre de l'année précédant la date du décès ou de la reconnaissance de la perte totale et irréversible d'autonomie.

La prise en charge des revalorisations futures du salaire de référence ne donnera pas lieu à surcotisation.

b. En cours de contrat

En cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie d'un assuré en arrêt de travail (incapacité temporaire de travail ou invalidité), le salaire de référence est revalorisé en fonction du taux technique (non-vie) en vigueur au 31 décembre de l'année précédant la date du décès ou de la date de la perte totale et irréversible d'autonomie.

Cette revalorisation du salaire de référence est limitée au décès ou à la perte totale et irréversible d'autonomie de salariés, c'est-à-dire du personnel encore aux effectifs. Par ailleurs, cette revalorisation du salaire de référence n'est ouverte qu'aux assurés en état d'incapacité de travail ou d'invalidité au 31 décembre de l'année précédant la date du décès ou de la reconnaissance de la perte totale et irréversible d'autonomie.

TITRE IV – MAINTIEN DES GARANTIES

4.1. EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

4.1.1 Suspension du contrat de travail rémunérée ou indemnisée

Les garanties du présent contrat sont maintenues au profit des assurés dont le contrat de travail est suspendu pour la période au titre de laquelle ils bénéficient d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par le souscripteur.

Sont visées toutes les périodes de suspension du contrat de travail et notamment celles liées à une maladie, une maternité, une paternité ou un accident, dès lors qu'elles sont indemnisées.

Dans ce cas, les cotisations resteront dues pendant cette période dans les mêmes conditions que celles prévues pour les assurés dont le contrat n'est pas suspendu : les assurés et le souscripteur devront obligatoirement continuer à acquitter leurs parts de cotisation.

4.1.2. Suspension du contrat de travail non rémunérée ou non indemnisée

Les garanties du présent contrat sont maintenues au profit des assurés en congé sans solde, en congé parental d'éducation, en congé sabbatique, en congé pour création d'entreprise, en congé individuel de formation, sous réserve qu'ils continuent à relever de la Sécurité sociale et qu'ils en fassent la demande auprès de l'organisme assureur dans le mois précédant leur départ en congé.

Le salaire servant de base au calcul des cotisations et des prestations sera établi sur la base des douze derniers mois de rémunération (éventuellement reconstitué) avant le début du congé ou de la suspension prolongée du contrat de travail en tenant compte des revalorisations salariales générales intervenues dans l'entreprise ou pour le secteur professionnel et la catégorie de l'intéressé(e).

La cotisation sera alors en totalité à la charge de l'assuré pendant toute la période dudit congé (part patronale et part salariale). Le souscripteur se charge du paiement de la cotisation auprès de l'organisme assureur.

4.2. EN CAS DE CESSATION DU CONTRAT DE TRAVAIL (PORTABILITÉ)

En cas de cessation du contrat de travail ouvrant droit à indemnisation par le régime d'assurance chômage, non consécutive à une faute lourde, l'assuré bénéficie à titre gratuit du maintien des garanties prévues au présent contrat.

Le souscripteur doit en aviser l'organisme assureur dans les trente jours qui suivent la cessation du contrat de travail.

Le maintien des garanties prend effet au lendemain de la date de cessation du contrat de travail pour une période égale à la durée :

- d'indemnisation chômage,
- et, du dernier contrat de travail de l'ancien salarié,
- ou le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le souscripteur.

Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois.

Le maintien des garanties cesse à la date de :

- la cessation du versement des allocations payées par le régime d'assurance chômage, quelle qu'en soit la cause,
- la retraite Sécurité sociale de l'ancien salarié,
- la cessation de la durée de maintien à laquelle l'ancien salarié a droit,
- la résiliation du contrat.

Toute suspension des allocations-chômage pour cause de maladie ou pour tout autre motif n'a pas pour effet de prolonger d'autant la période de maintien des garanties.

En cas de modification du contrat d'assurance, les modifications de garanties sont appliquées à l'ancien salarié.

TITRE V – EFFET DE LA RÉSILIATION SUR LES GARANTIES ET LES PRESTATIONS

La résiliation met fin aux garanties sous réserve des dispositions ci-dessous. Le souscripteur est débiteur de l'ensemble des cotisations dues avant la date d'effet de la résiliation.

Pour les assurés en activité et ceux bénéficiant de la portabilité (article 5 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, dite « Loi Évin ») :

Les assurés concernés peuvent demander à continuer à bénéficier des garanties à titre individuel, sous réserve d'en faire la demande à l'organisme assureur dans les deux mois qui précèdent la date d'effet de la résiliation et moyennant le paiement de cotisations spécifiques.

5.1 CESSATION DES REVALORISATIONS EN CAS DE RÉSILIATION

Les prestations sont servies à leur niveau atteint à la date de résiliation du contrat par l'organisme assureur. Les revalorisations cessent à cette date.

5.2 OBLIGATIONS DU SOUSCRIPTEUR DU FAIT DE LA RÉSILIATION

En cas de changement d'organisme assureur, il incombe au souscripteur de s'assurer que le nouvel organisme assureur :

- revalorisera les bases de calcul des différentes prestations relatives à la couverture du risque décès,
- continuera d'assurer le maintien des garanties à ses anciens salariés bénéficiant de la portabilité pour la période de droits restant à couvrir.

TITRE VI – LES COTISATIONS

6.1. ASSIETTE ET MONTANT DES COTISATIONS

6.1.1 Assiette des cotisations

L'assiette des cotisations permet de définir le montant des cotisations que le souscripteur verse à l'organisme assureur. Elle correspond au **saire brut annuel de l'assuré tel qu'il est déclaré à l'administration fiscale** dans la limite des tranches de salaire 1 et 2 définies comme suit :

- Tranche 1 (ou « T1 ») : fraction au plus égale au salaire limité à un plafond annuel de la Sécurité sociale,
- Tranche 2 (ou « T2 ») : fraction de salaire supérieure à 1 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale et limitée à 4 fois ce plafond.

Pour les assurés en arrêt de travail (incapacité temporaire de travail ou invalidité), cette base comprend également la part des indemnités journalières complémentaires ou des pensions d'invalidités/rentes d'incapacité versées dans le cadre d'un régime de prévoyance obligatoire assujéti aux charges sociales.

6.1.2 Taux de cotisations

Les taux de cotisations, en pourcentage de l'assiette des cotisations, sont indiqués aux conditions particulières.

6.1.3 Maintien des taux de cotisations

L'organisme assureur s'engage à maintenir les taux de cotisations pour une durée minimale de trois (3) ans, du 1^{er} janvier 2020 au 31 décembre 2022.

Au cours de cette période, les taux de cotisations ne pourront faire l'objet d'aucune revalorisation ou actualisation.

Ce maintien s'entend à législation et/ou réglementation constantes en matière de protection sociale, conformément à l'article 1.5.1. « Évolutions législatives et/ou réglementaires ».

6.2. MODALITÉS DE PAIEMENT

Les cotisations, y compris les taxes présentes ou futures et contributions éventuelles, sont payables :

- trimestriellement à terme échu dans les quinze premiers jours de chaque échéance. Le cas échéant, le souscripteur peut demander une périodicité de paiement mensuelle.

Le souscripteur est le seul responsable du paiement des cotisations. À ce titre, il procède lui-même à leur calcul et à leur versement aux échéances prévues.

6.3. DÉFAUT DE PAIEMENT

En cas de non-paiement d'une cotisation au terme du délai de dix jours de son échéance, l'organisme assureur adresse une lettre recommandée de mise en demeure avec avis de réception au souscripteur.

Si le paiement n'intervient pas les garanties sont suspendues trente jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure et le contrat est résilié dix jours après la date d'effet de la suspension.

La résiliation met fin à l'affiliation et aux garanties selon les modalités prévues aux articles 2.3 « Cessation de l'affiliation » et 3.2.2 « Cessation des garanties ».

Dans tous les cas, les cotisations antérieures à la date de résiliation du contrat ou de cessation de l'affiliation des assurés restent dues. L'organisme assureur a la faculté d'en poursuivre le recouvrement par tous moyens de droit.

TITRE VII – RÉFÉRENCES LÉGALES

7.1. FAUSSE DÉCLARATION

Les déclarations du souscripteur et de l'assuré servent de base à l'application des garanties.

L'assurance est nulle en cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré ou de la part du souscripteur de nature à changer l'objet du risque garanti ou à en fausser l'appréciation de l'organisme assureur. L'organisme assureur doit justifier par tous moyens de l'existence du caractère intentionnel de la fausse déclaration. Les cotisations payées restent acquises à l'organisme assureur.

7.2. DÉCHÉANCE

Le bénéficiaire qui a été condamné pour avoir donné volontairement la mort à l'assuré est déchu du bénéfice des garanties, celles-ci produisant leurs effets au profit des autres bénéficiaires.

7.3. PRESCRIPTION

Les actions relatives au contrat sont prescrites dans un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'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.

Quand l'action du souscripteur, de l'assuré ou du bénéficiaire contre l'organisme assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court qu'à compter du jour où ce tiers a exercé une action en justice à l'encontre du souscripteur, de l'assuré ou du bénéficiaire ou a été indemnisé par ceux-ci.

La prescription est portée à dix ans pour les opérations dont l'objet est de contracter des engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, si le bénéficiaire n'est pas l'assuré et, dans les opérations relatives à la couverture du risque accident, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription de droit commun que sont :

- 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 soit que l'organisme assureur adresse au souscripteur pour ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, soit que l'assuré ou le bénéficiaire adresse à l'organisme assureur pour ce qui concerne le règlement de la prestation.

7.4. RÉCLAMATION – MÉDIATION

En cas de difficultés dans l'application du contrat, le souscripteur et les assurés 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-entreprises-assurance@malakoffhumanis.com ou à l'adresse Malakoff Humanis – Service Réclamations Entreprises Assurance- 78288 Guyancourt Cedex,
- pour les assurés et ou les bénéficiaires : reclamation-particulier-assurance@malakoffhumanis.com ou à l'adresse Malakoff Humanis – 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, sans préjudice du droit d'agir en justice, 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/>

7.5. JURIDICTION COMPÉTENTE

À défaut de règlement amiable, toute difficulté entre les parties liées à l'exécution ou à l'interprétation du contrat sera portée devant le tribunal français compétent.

7.6. PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Conformément à la réglementation européenne et française en matière de données à caractère personnel, en ce compris 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 reconnaît que l'organisme assureur l'a informé, en sa qualité de responsable de traitement des données à caractère personnel collectées, que :

L'organisme assureur 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 : Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte, 75317 Paris Cedex 9.

1. Les données à caractère personnel de l'assuré peuvent être collectées et traitées au titre de :

- 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 l'organisme assureur ou d'autres sociétés du groupe auquel elles appartiennent ; et ce y compris, en sa qualité d'organisme assureur, l'utilisation du NIR de l'assuré pour la gestion, le cas échéant, de ses risques d'assurance complémentaire santé et prévoyance (conformément au Pack de conformité « Assurance » de la CNIL de novembre 2014 (dit « Pack Assurance ») ;
- la gestion des avis de l'assuré sur les produits, services ou contenus que l'organisme assureur ou ses partenaires proposent au souscripteur ;
- l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à son inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude ; et à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme ;
- la mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation, à destination de l'assuré ;
- l'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par l'assuré ;
- la proposition à l'assuré de produits, de services et/ou d'outils permettant de réduire la sinistralité ou d'offrir un contrat ou une prestation complémentaire par l'organisme assureur ou ses partenaires.

L'organisme assureur s'engage à ne pas exploiter les données personnelles de l'assuré pour d'autres finalités que celles précitées.

L'assuré reconnaît que la collecte et le traitement de ses données à caractère personnel (en ce compris 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...) sont nécessaires à la gestion et à l'exécution du contrat.

Le traitement, pour une ou plusieurs finalités spécifiquement déterminées, des données concernant la santé de l'assuré, données sensibles au sens de l'article 8 de la loi Informatique et libertés et de l'article 9 du RGPD, est soumis à son consentement écrit et préalable pour une ou plusieurs des finalités spécifiquement listées ci-dessus. En pratique la signature du bulletin individuel d'affiliation vaut recueil du consentement.

Les destinataires des données à caractère personnel de l'assuré sont, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités : les services du groupe dont le personnel est en charge des traitements relatifs à ces données, ainsi que, le cas échéant les sous-traitants, les délégataires de gestion, les intermédiaires, les réassureurs, les organismes professionnels habilités, les partenaires et les sociétés extérieures et les souscripteurs du contrat.

Les données de santé de l'assuré sont destinées au Service médical de l'organisme assureur et à toute personne placée sous la responsabilité dudit Service médical et ne sont en aucun cas utilisées à des fins commerciales.

L'organisme assureur s'engage à ce que les données à caractère personnel de l'assuré ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

Les données à caractère personnel relatives à la santé de l'assuré sont traitées dans des conditions garantissant leur sécurité notamment par la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles renforcées adaptées au risque élevé pesant sur de telles données.

Si des données à caractère personnel de l'assuré venaient à être traitées chez un tiers situé dans un pays ne présentant pas un niveau de protection des données personnelles reconnu adéquat par la commission européenne : l'organisme assureur s'assure 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 varient en fonction des finalités susvisées et sont conformes aux recommandations de la CNIL et notamment aux durées prévues par le Pack Assurance. 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 l'organisme assureur et des prescriptions légales applicables.

L'organisme assureur 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 (2) à notifier à la CNIL et informer l'assuré en cas de violation de ses données dans les limites et conditions des articles 33 et 34 du RGPD.

Les données utilisées à des fins statistiques font l'objet d'une anonymisation préalable par des procédés techniques excluant tout risque de ré-identification des personnes. Les dispositions de la réglementation de protection des données ne s'appliquent pas à de telles données.

2. L'assuré dispose d'un droit de demander l'accès à ses données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, et de décider du sort de ces données, post-mortem. L'assuré dispose également d'un droit de s'opposer au traitement pour motifs légitimes, de limiter le traitement dont il fait l'objet et d'un droit à la portabilité des données à caractère personnel dans les limites fixées par la loi. Il dispose 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. En cas de prospection commerciale par voie postale : Sauf opposition écrite de la part de l'assuré, ses informations peuvent être communiquées aux organismes de retraite et d'assurance du groupe Malakoff Humanis, ainsi qu'à leurs filiales et partenaires/aux partenaires OGF, à des fins de prospection commerciale/prospection de leurs offres de produits et services.

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

L'assuré dispose également du droit de contacter la CNIL directement sur le 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.

En cas de prospection commerciale par téléphone : L'assuré dispose 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.

7.7. AUTORITÉ DE CONTRÔLE

L'organisme assureur est soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) dont le siège social est situé 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris cedex 09.

TITRE VIII – PIÈCES JUSTIFICATIVES

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...	DÉCÈS TOUTES CAUSES	PTIA TOUTES CAUSES	DOUBLE EFFET	FRAIS OBSEQUES
Attestation du souscripteur certifiant que l'assuré faisait toujours partie de l'effectif à la date de son décès et précisant le salaire à prendre en considération pour le calcul des prestations (Cf. article 3.4.1 « Base de calcul des prestations »)	X	X		
Extrait d'acte de décès du défunt	X		X	X
Extrait d'acte de naissance du défunt datant de moins de trois 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	
Déclaration de décès fourni par l'organisme assureur dûment complétée	X		X	
Toutes pièces justifiant valablement la qualité d'enfant à charge à la date du décès (copie de l'avis d'imposition, copie du livret de famille de l'assuré, contrat d'apprentissage, certificat de scolarité, etc.)	X		X	X
Copie de la pièce d'identité du bénéficiaire en cours de validité datée et signée (carte d'identité, passeport), le cas échéant un extrait d'acte de naissance	X	X	X	X
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		
Notification de la Sécurité sociale mentionnant le classement de l'assuré en 3 ^e catégorie ou l'attribution d'une incapacité permanente égale à 100 %		X		
Certificat médical sous pli confidentiel établi par le médecin choisi par l'assuré sous réserve de l'article 3.4.3 « Modalités d'ouverture du droit à prestations et délai de transmission des pièces justificatives »		X		
Questionnaire fourni par l'organisme assureur dûment complété		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	
RIB des bénéficiaires	X	X	X	X
Toutes pièces justifiant valablement la qualité de concubin de l'assuré (facture EDF, 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.



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