

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE  
DE LA PROMOTION IMMOBILIÈRE

# Garanties Conventionnelles De Prévoyance

**Contrat collectif à adhésion obligatoire**

**CONDITIONS GÉNÉRALES N° 5299/1 - Version 2021**

Capital décès - Rente d'éducation  
Incapacité temporaire de travail - Invalidité

# SOMMAIRE

<b>TITRE I – DISPOSITIONS COMMUNES</b>	4
ARTICLE 1 - CADRE JURIDIQUE - OBJET	4
ARTICLE 2 - SOUSCRIPTION DU CONTRAT	4
ARTICLE 3 - CONDITIONS DE REPRISE DES EN-COURS À LA DATE D'EFFET DU CONTRAT	4
ARTICLE 4 - MODIFICATIONS DU CONTRAT	5
ARTICLE 5 - AFFILIATION DES SALARIÉS	5
ARTICLE 6 - PRISE D'EFFET DES GARANTIES - DURÉE	6
ARTICLE 7 - COTISATIONS – DÉCLARATION NOMINATIVE ANNUELLE	7
ARTICLE 8 - PRESTATIONS	8
ARTICLE 9 - PRESCRIPTION	10
ARTICLE 10 - TERRITORIALITÉ	11
ARTICLE 11 - EXCLUSIONS – DÉCHÉANCE – LIMITATION DE GARANTIES	11
ARTICLE 12 - RÉILIATION DU CONTRAT	12
ARTICLE 13 - CONTRÔLE DES INSTITUTIONS	13
ARTICLE 14 - RÉCLAMATION – INFORMATIQUE ET LIBERTÉS	13
<b>TITRE II – DISPOSITIONS PARTICULIÈRES À CHAQUE GARANTIE</b>	15
ARTICLE 15 - GARANTIE CAPITAL DÉCÈS	15
ARTICLE 16 - GARANTIE FRAIS D'OBSÈQUES	16
ARTICLE 17 - GARANTIE RENTE D'ÉDUCATION	16
ARTICLE 18 - GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL - INVALIDITÉ	17
<b>ANNEXE</b>	19
DEMANDES DE PRESTATIONS – PIÈCES JUSTIFICATIVES	19

## GLOSSAIRE

**Il faut entendre, dans le cadre des présentes Conditions générales, pour les termes ci-dessous employés :**

**Accord de branche / accord de prévoyance :** l'Accord de branche du 19 octobre 2011 ayant instauré le régime conventionnel de prévoyance objet du présent contrat, et le cas échéant avenants subséquents ;

**Adhérent :** l'entreprise ayant souscrit le présent contrat ;

**Bénéficiaire :** personne remplissant les conditions requises pour bénéficier des prestations au titre du présent contrat de prévoyance, c'est-à-dire le participant et ses éventuels ayants droit ;

**Contrat :** le contrat d'assurance souscrit dans le cadre des présentes Conditions générales, dont les dispositions contractuelles sont conformes à l'Accord de branche ;

**Institution(s) :** Malakoff Humanis Prévoyance et/ou l'OCIRP ;

**Participant :** le salarié effectivement couvert par le présent contrat, c'est-à-dire appartenant à la catégorie de personnel assurée, le cas échéant devenant ancien salarié ; une fois affilié celui-ci devient membre participant de l'Institution.

## PRÉAMBULE

Votre entreprise relève de la Convention collective nationale de la Promotion Immobilière.

Les partenaires sociaux de votre branche professionnelle ont instauré, par accord collectif du 19 octobre 2011 (ci-après dénommé : l'Accord de branche), un régime obligatoire de prévoyance complémentaire, au bénéfice de l'ensemble du personnel, salarié ou assimilé salarié au regard de la Sécurité sociale, des entreprises relevant du champ d'application de la convention collective.

Les présentes Conditions générales vous permettent de souscrire un contrat d'assurance conforme à ces dispositions conventionnelles.

# TITRE I – DISPOSITIONS COMMUNES

## ARTICLE 1 – CADRE JURIDIQUE - OBJET

Le présent contrat collectif à adhésion obligatoire peut être souscrit par les entreprises relevant de la **Convention collective nationale de la Promotion Immobilière (IDCC 1512)** ; il a vocation à être conforme aux dispositions de l'Accord de branche du 19 octobre 2011 (et ses avenants subséquents).

Le contrat est assuré par :

- **Malakoff Humanis Prévoyance**, Institution de prévoyance régie par le livre IX du Code de la sécurité sociale, ayant son siège 21 rue Laffitte 75009 Paris, pour les garanties Capital décès et Incapacité temporaire de travail – invalidité ;
- **l'OCIRP**, Organisme Commun des Institutions de Rentes et de Prévoyance, Union d'institutions régie par le Code de la sécurité sociale, ayant son siège 17 rue de Marignan, 75008 Paris, pour la garantie Rente éducation.

Malakoff Humanis Prévoyance est membre de l'OCIRP, Union d'institutions régie par le Code de la sécurité sociale, et est habilitée à gérer pour le compte de cette Union la garantie Rente d'éducation (adhésion des entreprises, gestion des cotisations et prestations). L'OCIRP reste seul responsable de la bonne fin des prestations vis-à-vis des participants, des bénéficiaires et des ayants droit.

Le contrat a pour objet d'accorder des garanties de prévoyance complémentaire en cas de décès ou d'invalidité absolue définitive, en cas d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité, sans sélection médicale et sans condition d'ancienneté, aux salariés, appartenant à la catégorie de personnel fixée par l'Accord de branche, à savoir **l'ensemble du personnel salarié ou assimilé salarié, au regard de la Sécurité sociale.**

## ARTICLE 2 – SOUSCRIPTION DU CONTRAT

### 2.1 Formation du contrat

Le contrat est composé de deux parties indissociables :

- les présentes Conditions générales définissant les conditions de cotisations et de prestations du régime conventionnel de prévoyance, les obligations réciproques des parties,
- les Conditions particulières ou Certificat d'adhésion, définissant la date d'effet de l'adhésion, la (les) catégorie(s) de personnel effectivement couverte(s), les taux de cotisations appelés, le cas échéant les clauses spécifiques,

et le cas échéant des avenants y afférant.

Dans la suite du document, l'entreprise souscriptrice est dénommée l'Adhérent.

### 2.2 Date d'effet et durée

Le contrat prend effet à la date indiquée aux Conditions particulières ou Certificat d'adhésion et expire au 31 décembre suivant. Il se renouvelle ensuite annuellement, par tacite reconduction, au 1<sup>er</sup> janvier de chaque exercice civil, sous réserve des dispositions de l'article 12.

### 2.3 Déclaration lors de la souscription

Lors de la souscription, l'entreprise doit notamment déclarer et remplir le cas échéant « l'état des risques en cours », concernant :

- les salariés ou anciens salariés :
  - inscrits aux effectifs, y compris en cas de suspension du contrat de travail quel qu'en soit le motif ;
  - radiés des effectifs alors qu'ils étaient atteints d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité, par suite de maladie ou d'accident ;
  - radiés des effectifs et qui demeurent bénéficiaires d'un maintien de garanties (indemnisés par le régime d'assurance chômage).
- les ayants droits d'anciens salariés, bénéficiaires d'une rente d'éducation ;
- le montant et l'expression des garanties de même nature précédemment assurées par un autre organisme assureur, les conditions d'attribution et de versement des prestations ainsi que les éléments servant de base à leur calcul.

## ARTICLE 3 – CONDITIONS DE REPRISE DES EN-COURS À LA DATE D'EFFET DU CONTRAT

Sont pris en charge par l'Institution, pour les salariés ou anciens salariés en arrêt de travail ainsi que les bénéficiaires de prestations périodiques, déclarés par l'entreprise lors de la souscription du contrat, dans « l'état des risques en cours », dans les conditions suivantes :

### 3.1 En présence d'un contrat de prévoyance souscrit antérieurement

- la revalorisation dans les conditions définies à l'article 8.2 des prestations périodiques (indemnités journalières, rentes invalidité, incapacité permanente professionnelle, rente éducation) en cours de service, que le contrat de travail soit rompu ou non ;

- la revalorisation des bases de calcul des différentes prestations relatives à la couverture du risque décès dans les conditions du contrat ayant fait l'objet d'une résiliation si ces conditions ont été portées à la connaissance de l'organisme assureur désigné lors de l'adhésion de l'entreprise ;
- l'éventuel différentiel de garanties pour le maintien des garanties décès si les garanties de la précédente adhésion étaient inférieures aux dispositions du régime de prévoyance conventionnel, si le contrat de travail n'est pas rompu ;
- le maintien de la garantie décès pour les bénéficiaires de rentes d'incapacité ou d'invalidité versées ou à verser par un précédent assureur en cas de transfert d'engagement de celui-ci vers les organismes désignés, que le contrat de travail soit rompu ou non. Dans ce cas, le précédent organisme assureur transfère aux organismes désignés les provisions qu'il a constituées au titre de ces garanties.

### 3.2 En l'absence d'un contrat de prévoyance souscrit antérieurement

Les salariés sont couverts à compter de la date d'effet du contrat pour l'ensemble des garanties ; ils bénéficient des prestations incapacité temporaire de travail – invalidité dès cette date pour autant qu'ils remplissent les conditions d'ouverture de droits fixées au présent contrat.

Au titre de l'incapacité temporaire de travail, pour la détermination de la franchise, l'arrêt de travail est réputé être survenu à la date d'effet du contrat.

### 3.3 Financement des risques en cours

L'entreprise peut être assujettie, après examen des sinistres en cours, au versement à sa charge exclusive d'une prime unique ou d'une surcotisation, représentative des provisions correspondantes.

## ARTICLE 4 - MODIFICATIONS DU CONTRAT

---

Les modifications apportées au contrat font l'objet d'un avenant adressé à l'Adhérent par l'institution.

### 4.1 Modifications du régime conventionnel de prévoyance

Dans le cas où les partenaires sociaux apportent des modifications au régime conventionnel de prévoyance, le contrat sera modifié en conséquence.

### 4.2 Modifications du cadre législatif et/ou réglementaire

Le niveau des garanties ainsi que les taux de cotisations ont été définis en fonction de la législation et de la réglementation en vigueur à la date de leur prise d'effet. **La modification de ce cadre législatif et/ou réglementaire ne peut en aucun cas avoir pour conséquence d'augmenter l'engagement des institutions.**

En cas d'instauration ou de modification par les Pouvoirs publics de taxes, contributions ou charges de toute nature et/ou en cas de modification de la législation ou de la réglementation, les institutions sont fondées à apporter les aménagements nécessaires, selon le cas, au niveau des cotisations et/ou au niveau des prestations.

## ARTICLE 5 - AFFILIATION DES SALARIÉS

---

### 5.1 Affiliation des salariés et modification de situation professionnelle

L'Adhérent s'engage à affilier tous les salariés présents et futurs appartenant à la catégorie de personnel assurée, au moyen du formulaire d'affiliation mis à disposition par l'Institution. Ceux-ci deviennent alors membres participants de l'Institution.

À la date d'effet du contrat, doivent être affiliés les salariés présents à l'effectif, y compris les salariés en arrêt de travail indemnisés par la Sécurité sociale, ainsi que les salariés en suspension du contrat de travail dont le salaire est maintenu en totalité ou partiellement.

En présence d'un assureur précédent dont le contrat a été résilié, peuvent demander à être affiliés, à la date d'effet du présent contrat, les anciens salariés qui à cette date demeurent bénéficiaires d'une période de maintien de garanties ouverte auprès de l'assureur précédent et restant à courir au titre du dispositif de portabilité instauré par l'article L. 911-8 du Code de la sécurité sociale (sauf dans le cas où l'assureur précédent maintient sa garantie jusqu'à expiration de la période de droits à portabilité).

Les embauches ainsi que les modifications de situation professionnelle (suspension ou cessation du contrat de travail, affiliation au dispositif de portabilité, cessation du droit à portabilité, ...) doivent être déclarées par l'Adhérent à l'Institution, **dans un délai de trente jours**.

### 5.2 Information des salariés

L'Adhérent est tenu :

- de remettre à chaque salarié, et de pouvoir en apporter la preuve, une notice d'information établie par l'Institution qui définit les garanties souscrites et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque,
- d'informer par écrit les salariés ou anciens salariés garantis des modifications qui sont apportées à leurs droits et obligations.

L'information aux salariés est régie par l'article L. 932-6 du Code de la sécurité sociale.

En outre, lors de la rupture du contrat de travail, il appartient à l'Adhérent d'informer le salarié du maintien des garanties auquel il peut prétendre en application du dispositif de portabilité visé à l'article 6.4, des modalités de mise en œuvre et de contrôle de la persistance des droits audit maintien.

## ARTICLE 6 - PRISE D'EFFET DES GARANTIES - DURÉE

### 6.1 Dates d'effet et de fin des garanties

Pour chaque salarié dont l'affiliation a été demandée par l'Adhérent (cf. article 5.1), la garantie prend effet à la date de son affiliation c'est-à-dire à la date d'effet du présent contrat s'il est présent à l'effectif à cette date, ultérieurement à la date de son entrée dans la catégorie de personnel assurée.

Les garanties cessent pour chaque participant à la date survenance de l'un des événements suivants :

- sortie de la catégorie de personnel assurée,
- cessation du contrat de travail, sauf dispositions des articles 6.3 (arrêt de travail) et 6.4 (portabilité) ;
- cessation du maintien de garanties au titre des dispositions visées aux articles 6.3 et 6.4 ;
- suspension du contrat de travail, sauf dispositions de l'article 6.2 ;
- prise d'effet de la retraite Sécurité sociale (en cas de cumul emploi retraite, le salarié est affilié au titre de son nouveau contrat de travail),
- résiliation du présent contrat.

### 6.2 Suspension du contrat de travail

Les salariés dont le contrat de travail est suspendu continuent de bénéficier des garanties s'ils se trouvent dans l'une des situations suivantes :

- arrêt de travail indemnisé par la Sécurité sociale (maladie, accident, congé légal maternité/adoption et paternité),
- maintien du salaire (total ou partiel).

Dans tout autre cas de suspension du contrat de travail, les garanties sont suspendues pendant la période correspondante.

### 6.3 Cessation du contrat de travail - Participants en arrêt de travail

Ces dispositions concernent les participants qui, à la date de cessation de leur contrat de travail (ou à la date d'expiration de la période de portabilité visée à l'article 6.4), sont en arrêt de travail pour maladie ou accident ouvrant droit à prestations au titre de la garantie Incapacité temporaire de travail - invalidité du présent contrat.

Ceux-ci demeurent bénéficiaires de la garantie Incapacité temporaire de travail - invalidité, dès lors que les prestations, immédiates ou différées (invalidité), sont acquises ou nées antérieurement à la cessation du contrat de travail. Les prestations sont versées jusqu'à leur échéance normale (cf. article 18).

Les garanties décès (capital décès, frais d'obsèques, rente d'éducation) leur sont maintenues pendant la durée du versement par la Sécurité sociale, des indemnités journalières, d'une pension d'invalidité, d'une rente d'accident du travail ou maladie professionnelle dont le taux est égal ou supérieur à 33 %. Le maintien cesse à la date de survenance de l'un des événements suivants :

- reprise d'une activité professionnelle totale,
- cessation du versement des prestations de la Sécurité sociale,
- prise d'effet de la retraite du régime général de la Sécurité sociale (sauf cumul emploi retraite, le maintien perdurant tant que sont versées les prestations de la Sécurité sociale).

Si le participant, tout en continuant d'être indemnisé par la Sécurité sociale comme indiqué ci-dessus, a repris une activité salariée et bénéficie de ce fait de droits au titre d'un nouveau contrat collectif de prévoyance, le maintien de garantie porte sur le salaire de référence, tel que défini à l'article 8.1, diminué du salaire de référence correspondant à l'activité reprise.

Les conséquences de la résiliation du contrat d'assurance sont précisées à l'article 12.3.

### 6.4 Cessation du contrat de travail - Dispositif de maintien des garanties (« portabilité »)

Le contrat organise le maintien des garanties de prévoyance dont peut bénéficier le salarié, en cas de cessation du contrat de travail, sauf hypothèse de faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par l'assurance chômage, conformément au dispositif de maintien des garanties prévu par l'article L. 911-8 du Code de la sécurité sociale :

- la durée du maintien est égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois ;
- le bénéfice du maintien est subordonné à la condition que les droits à garantie aient été ouverts chez le dernier employeur ;
- la garantie maintenue est celle en vigueur dans l'entreprise (les éventuelles modifications du contrat, tant à la hausse qu'à la baisse, sont donc applicables aux bénéficiaires du maintien) ;

- le maintien des garanties ne peut conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période ;
- l'ancien salarié justifie auprès de l'Institution, à l'ouverture et au cours de la période de maintien de la garantie, qu'il remplit les conditions requises pour en bénéficier.

L'Adhérent doit informer l'Institution de la cessation du contrat de travail ouvrant droit au maintien, et notamment attester de la durée du ou des dernier(s) contrat(s) de travail permettant de définir la durée maximale des droits. À cet effet, l'Institution peut mettre en place un formulaire de déclaration nominative.

Le maintien cesse à la date de survenance de l'un des événements suivants :

- cessation du versement des allocations chômage, quel qu'en soit le motif (reprise d'activité professionnelle, prise d'effet de la retraite Sécurité sociale, radiation des listes de Pôle Emploi, décès),
- expiration de la période de droits à laquelle peut prétendre l'ancien salarié,
- résiliation du présent contrat d'assurance.

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 droit à maintien.

L'entreprise s'engage par ailleurs à informer sans délai l'Institution de tout événement dont elle aurait connaissance ayant pour conséquence de mettre fin de façon anticipée à la période de maintien des garanties.

Le financement du dispositif de maintien est inclus dans la cotisation des salariés en activité (part patronale et part salariale).

### 6.5 Incidences d'une modification de garantie(s) pour les participants en arrêt de travail

En cas de modification des conditions de prestations de la garantie incapacité temporaire de travail – invalidité, les participants en arrêt de travail pour maladie ou accident restent couverts selon les modalités contractuelles en vigueur à la date de l'arrêt de travail.

En cas de modification des conditions de prestations des garanties décès, les dispositions suivantes s'appliquent aux participants en arrêt de travail pour maladie ou accident à la date de la modification :

- s'ils figurent toujours aux effectifs de l'entreprise ou sont affiliés au contrat au titre du dispositif de portabilité visé à l'article 6.4, alors ils seront couverts selon ces nouvelles modalités,
- à défaut, ils restent couverts selon les modalités en vigueur à la date de radiation des effectifs ou à la date d'expiration de la période de portabilité susvisée.

## ARTICLE 7 - COTISATIONS – DÉCLARATION NOMINATIVE ANNUELLE

### 7.1 Assiette de cotisation

Le financement des garanties est assuré par le versement de cotisations assises sur le salaire brut **dans la limite du plafond de la tranche C**, servant de base aux cotisations de la Sécurité sociale, à l'exclusion :

- des indemnités journalières complémentaires versées par le présent contrat et entrant dans l'assiette de Sécurité sociale (prorata correspondant à la part de la garantie financée par l'Adhérent),
- de toutes sommes versées en raison de la rupture du contrat de travail (primes, indemnités, rappels ...) versées au salarié lors de son départ de l'entreprise ou ultérieurement.

Pour les salariés placés en activité partielle en application de l'art 5122-1 du Code du travail, l'assiette des cotisations, inclut le montant de l'indemnité brute due au titre de ce dispositif

Les tranches de salaire sont définies comme suit :

- Tranche A ou « TA » : tranche de salaire limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale,
- Tranche B ou « TB » : tranche comprise entre 1 fois et 4 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale,
- Tranche C ou « TC » : tranche comprise entre 4 fois et 8 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.

### 7.2 Taux de cotisation

Les taux contractuels de cotisations (parts salariale et patronale) sont les suivants :

Cotisations au 1 <sup>er</sup> janvier 2018	Tranche A	Tranche B	Tranche C
Capital décès / IAD* (yc double effet)	0,49 %	0,49 %	0,50 %
Décès / IAD* d'origine accidentelle	0,17 %	0,17 %	0,18 %
Frais d'obsèques	0,02 %	0,02 %	-
Rente éducation (OCIRP)	0,20 %	0,20 %	0,20 %
Incapacité temporaire de travail	0,33 %	0,75 %	0,89 %
Invalidité	0,29 %	0,63 %	0,74 %
<b>Total</b>	<b>1,50 %</b>	<b>2,26 %</b>	<b>2,51 %</b>

\* IAD : invalidité absolue définitive

La cotisation ainsi définie pour les salariés en activité inclut le financement du dispositif de portabilité visé à l'article 6.4.

La répartition de la cotisation entre employeur et salarié est fixée par l'article 4.3 de l'Accord de branche.

Il est rappelé que l'employeur doit prendre à sa charge exclusive, en application de l'article 7 de la convention collective nationale des cadres du 14 mars 1947, une cotisation de 1,50 % de la tranche A du salaire des cadres, affectée par priorité à la couverture d'avantages en cas de décès.

Les taux de cotisation peuvent évoluer en fonction des résultats du régime conventionnel de prévoyance, pour l'ensemble des entreprises ayant souscrit le présent contrat, qui constituent le périmètre de mutualisation dudit régime.

Lorsque les taux contractuels sont affectés d'un taux d'appel, celui-ci est précisé aux Conditions particulières et/ou par voie d'avenant.

### 7.3 Paiement des cotisations

Les cotisations sont payables trimestriellement à terme échu dans les 15 premiers jours de chaque trimestre civil.

Chacun des paiements doit être accompagné de la déclaration trimestrielle mentionnant le nombre de salariés assurés à la fin du trimestre civil concerné et les assiettes servant de base au calcul des cotisations pour la période concernée.

L'Adhérent est seul responsable du paiement des cotisations. À ce titre, il procède à leur calcul et à leur versement aux échéances prévues sur appel de l'Institution.

À défaut du paiement de l'intégralité des cotisations dans les conditions ci-dessus, une mise en demeure chiffrée est adressée à l'Adhérent par lettre recommandée avec accusé de réception.

En cas de non-paiement persistant à l'expiration du délai fixé dans la mise en demeure, l'Institution poursuivra le recouvrement des cotisations par tous les moyens de droit. Les frais afférents seront entièrement à la charge de l'Adhérent.

L'éventuelle résiliation du contrat ne peut intervenir qu'à l'issue d'un délai de quarante jours suivant la mise en demeure.

### 7.4 Déclaration nominative annuelle

Un état nominatif est mis à disposition de l'Adhérent par l'Institution à la fin de chaque exercice. Cet état comporte notamment les nom, prénom, numéro de Sécurité sociale, le cas échéant dates d'entrée ou de sortie au cours de l'exercice visé, et ce pour chaque salarié dont l'affiliation a été enregistrée par l'Institution.

Au plus tard le 31 janvier suivant, l'Adhérente doit retourner cet état, dûment complété, d'une part de la déclaration des salariés restant à affilier, d'autre part des salaires bruts annuels ventilés selon les différentes tranches et des éléments à prendre en compte pour que l'Institution procède au calcul des cotisations annuelles (notamment dates d'entrée et/ou de sortie des effectifs, catégorie professionnelle, périodes de suspension de contrat de travail, périodes de maintien des garanties « portabilité », etc). Les déclarations peuvent être faites sous forme dématérialisée.

## ARTICLE 8 - PRESTATIONS

---

### 8.1 Salaire de référence

Le salaire de référence servant au calcul des prestations (hors frais d'obsèques) est égal au salaire brut ayant donné lieu à cotisations du régime de prévoyance dans la limite du plafond de la tranche C (cf. article 7.1) au titre des **douze mois civils ayant précédé le mois au cours duquel est survenu l'événement** ouvrant droit à prestations, c'est-à-dire :

- pour les garanties décès : ayant précédé le mois du décès, ou le mois de l'arrêt de travail initial lorsque une période de maladie ou d'invalidité a précédé le décès ou l'invalidité absolue définitive,
- pour la garantie incapacité temporaire de travail / invalidité : ayant précédé le mois de l'arrêt de travail initial.

En cas d'activité incomplète au cours de la période de référence (période de maladie, contrat de travail datant de moins de 12 mois) le salaire est reconstitué prorata temporis.

Lorsque le décès survient à l'issue d'une période d'arrêt de travail indemnisé par la Sécurité sociale, le salaire de référence est le cas échéant revalorisé dans les conditions visées à l'article suivant.

Pour les anciens salariés indemnisés par le régime d'assurance chômage bénéficiant du dispositif de portabilité (cf. article 6.4), la période de douze mois visée au 1<sup>er</sup> alinéa est celle qui précède le mois de la cessation du contrat de travail.

Pour la garantie Invalidité, le salaire de référence est établi sur la base du salaire net, et non brut.

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.



## 8.2 Revalorisation

### 1. Revalorisation des prestations en cours de service

Les prestations incapacité de travail et invalidité sont revalorisées selon le taux et la périodicité décidés par le Conseil d'administration de Malakoff Humanis Prévoyance.

Les prestations rente d'éducation sont revalorisées selon le taux et la périodicité décidés par le Conseil d'administration de l'OCIRP.

La revalorisation cesse en cas de résiliation du présent contrat.

### 2. Revalorisation spécifique aux garanties décès (article R. 132-3-1 du Code des assurances)

À compter de la date du décès de l'assuré et jusqu'à la date de réception par l'organisme assureur des pièces nécessaires au paiement de la prestation, la prestation mentionnée au contrat – qu'elle soit versée sous forme de capital ou de rente (capital constitutif de la rente) – est revalorisée dans les conditions prévues à l'article R. 132-3-1 du Code des assurances.

Il est précisé que la date de prise de connaissance par l'organisme assureur du décès de l'assuré, est la date à laquelle l'organisme assureur est informé du décès, par la réception de l'acte de décès.

## 8.3 Déclaration des sinistres – Demande de prestations

Tout sinistre doit être déclaré à l'Institution à l'aide des formulaires mis à disposition, dans les délais fixés aux Dispositions particulières à chaque garantie.

Le paiement des prestations est subordonné à la réception de l'ensemble des pièces justificatives nécessaires à l'appréciation des conditions de mise en œuvre de la garantie concernée, à la détermination du montant des prestations et du (des) bénéficiaire(s).

La liste non exhaustive des pièces justificatives est précisée en annexe. L'institution peut être amenée à vérifier l'exactitude des déclarations et demander des informations ou pièces justificatives complémentaires.

L'assurance est nulle en cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part du participant ou de l'entreprise adhérente.

## 8.4 Situation de famille du participant

Pour l'application du présent contrat, à la date de l'événement ouvrant droit à prestations, il faut entendre pour les vocables ci-dessous :

**Le conjoint** : l'époux(se) du participant, non-séparé(e) de corps judiciairement ;

**Le partenaire lié par un PACS** : la personne, quel que soit son sexe, ayant conclu avec le participant un pacte civil de solidarité dans les conditions fixées par les articles 515-1 à 515-7 du Code civil ;

**Le concubin** : la personne vivant en couple avec le participant au moment de l'événement ouvrant droit à prestations. La définition du concubinage est celle retenue par l'article 515-8 du Code civil. Le concubinage doit avoir été notoire et continu pendant une durée d'au moins deux ans jusqu'à l'événement ouvrant droit aux prestations, les concubins ne devant, ni l'un ni l'autre, être par ailleurs mariés ou liés par un PACS. Aucune durée n'est exigée si un enfant au moins est né ou à naître de la vie commune.

### Les enfants à charge :

Pour l'application des garanties, sont considérés comme enfants à charge à la date de l'événement ouvrant droit à prestations, les enfants du participant, qu'ils soient légitimes, naturels, adoptifs, reconnus :

- jusqu'à leur 18<sup>e</sup> anniversaire, sans condition ;
- jusqu'à leur 26<sup>e</sup> anniversaire et sous condition, soit :
  - de poursuivre des études dans un établissement d'enseignement secondaire, supérieur ou professionnel ;
  - d'être en apprentissage ;
  - de poursuivre une formation professionnelle en alternance, dans le cadre d'un contrat d'aide à l'insertion professionnelle des jeunes associant d'une part des enseignements généraux professionnels ou technologiques dispensés pendant le temps de travail, dans des organismes publics ou privés de formation, et d'autre part, l'acquisition d'un savoir-faire par l'exercice en entreprise d'une ou plusieurs activités professionnelles en relation avec les enseignements reçus ;
  - d'être préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré : inscrits auprès du Pôle Emploi comme demandeurs d'emploi ou stagiaires de la formation professionnelle ;
  - d'être employés dans un ESAT (Établissement et Service d'Aide par le travail) ou dans un atelier protégé en tant que travailleurs handicapés ;
- sans limitation de durée en cas d'invalidité avant le 26<sup>e</sup> anniversaire, équivalente à l'invalidité de 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> catégorie de la Sécurité sociale justifiée par un avis médical ou tant qu'ils bénéficient de l'allocation d'adulte handicapé et qu'ils sont titulaires de la carte d'invalidité civile.

Sont également considérés comme à charge :

- les enfants nés viables postérieurement au décès du participant et dont la filiation avec celui-ci est établie ;
- les enfants recueillis, c'est-à-dire ceux du conjoint, du partenaire lié par un PACS, du concubin, de l'ex-conjoint, qui ont vécu au foyer du participant jusqu'à la date de l'événement ouvrant droit à prestations et répondent aux conditions ci-dessus.

#### **Les ascendants à charge :**

Les ascendants à charge au jour du décès (bénéficiaires éventuels de la garantie Capital décès) sont les ascendants fiscalement à charge du participant ou qui perçoivent de ce dernier une pension alimentaire déductible de son revenu imposable.

### **8.5 Invalidité absolue définitive (IAD)**

Au sens du présent contrat, l'invalidité absolue définitive (IAD) est caractérisée par l'incapacité définitive d'exercer une activité professionnelle quelconque procurant un revenu et qui oblige à avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie courante, sous les conditions cumulatives suivantes :

- être reconnu par la Sécurité sociale en invalidité 3<sup>e</sup> catégorie ou atteint d'une infirmité permanente professionnelle au taux de 100 %,
- bénéficier de la majoration pour assistance d'une tierce personne de cet organisme.

Lorsque les garanties décès prévoient la possibilité pour le participant de bénéficier par anticipation des prestations au titre de l'IAD, celui-ci doit en faire la demande **dans un délai de deux années suivant la reconnaissance par la Sécurité sociale**. Le médecin conseil de l'Institution a pouvoir d'apprécier la recevabilité de la demande.

Lorsque le niveau de prestations varie en fonction de la situation de famille du participant, la situation retenue est celle existant à la date de reconnaissance de l'état d'IAD.

**Dans tous les cas, ce versement anticipé de prestations met fin à la garantie concernée : aucune somme n'est due au titre du décès.**

### **8.6 Contrôle médical**

**L'Institution peut faire procéder aux visites médicales, contrôles et enquêtes qu'elle jugerait nécessaires pour se prononcer sur l'ouverture ou la poursuite du service des prestations, et réclamer toutes pièces qu'elle estimera nécessaires à cette fin.**

**L'examen de la situation médicale du participant peut amener l'Institution à adopter une position différente de celle de la Sécurité sociale.**

L'institution notifie au participant les résultats du contrôle par courrier recommandé. En cas de désaccord, l'intéressé devra indiquer à l'Institution, dans les huit jours de la notification, les coordonnées du médecin qu'il a choisi.

Si les deux médecins, choisis respectivement par le participant et l'institution, ne peuvent parvenir à des conclusions communes, ils choisiront un tiers médecin pour les départager.

Les résultats de ce nouveau contrôle seront notifiés à l'intéressé dans les mêmes formes et délais. À défaut de contestation, par lettre recommandée, sous huitaine de la réception de ces résultats, l'intéressé est considéré comme les ayant acceptés.

Dans ces conditions, l'Institution peut procéder, au vu de ce contrôle, à la suspension voire la suppression des prestations; il en sera de même en cas de refus ou opposition à contrôle par le participant.

Dans l'hypothèse d'un désaccord persistant du participant sur le contrôle médical, ou de son refus avéré de se soumettre aux visites et enquêtes jugées nécessaires par l'Institution, l'intéressé devra demander, par voie de justice, la désignation d'un expert judiciaire ; les droits à prestations de l'intéressé seront suspendus tant que n'interviendra pas, soit son accord sur les conclusions des contrôles effectués, soit une décision judiciaire définitive.

## **ARTICLE 9 - PRESCRIPTION**

**Toutes les actions relatives aux garanties souscrites sont prescrites par un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance, dans les conditions et sous les réserves prévues à l'article L. 932-13 du Code de la sécurité sociale.**

**Toutefois, ce délai ne court :**

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

**Quand l'action du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre l'Institution a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'adhérent, le participant, 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.**

Elle est portée à dix ans lorsque le bénéficiaire n'est pas le participant et pour la couverture du risque accident, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du participant décédé.

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

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

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 avec demande d'avis de réception adressée, soit à l'employeur par l'organisme assureur en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, soit à l'organisme assureur par l'assuré, le bénéficiaire ou les ayants droit, en ce qui concerne le règlement de la prestation.

## ARTICLE 10 - TERRITORIALITÉ

---

Les garanties s'exercent sur le territoire français (y compris les départements d'outre-mer). Les garanties s'exercent également dans le monde entier lors de déplacements privés, de missions professionnelles de moins de trois mois ou à l'occasion d'un détachement au sens de la législation de Sécurité sociale française, hors du territoire français **sauf pays formellement déconseillés par le Ministère des Affaires étrangères.**

## ARTICLE 11 - EXCLUSIONS – DÉCHÉANCE – LIMITATION DE GARANTIES

---

### 11.1 Exclusions concernant la garantie Incapacité temporaire de travail - invalidité

**Les faits intentionnellement causés ou provoqués par le participant ne sont pas couverts.**

### 11.2 Exclusions concernant les garanties Capital décès, Rente d'éducation

**Sont exclus les sinistres résultant :**

- de participations aux guerres civiles et étrangères, quel que soit le lieu où se déroulent les événements et quels que soient les protagonistes dès lors que le participant y prend une part active ;
- de la désintégration du noyau atomique ou de radiations ionisantes, quelles qu'en soient l'origine et l'intensité.

Outre les exclusions de garanties précisées à l'alinéa précédent, les prestations de la garantie Capital décès liées au caractère accidentel du décès ou de l'IAD ne sont pas dues si cet accident résulte de l'une des causes suivantes :

- état d'ivresse constaté médicalement par un taux d'alcoolémie susceptible d'être pénalement sanctionné par la législation française en vigueur pour la conduite d'un véhicule et si le participant est reconnu comme étant responsable de l'accident ;
- usage de stupéfiants ou produits toxiques non prescrits médicalement ;
- pratiques d'ULM, deltaplane, parapente, parachutisme, sauts à l'élastique, et toutes autres formes de vol libre ;
- participation à des concours ou essais, courses, matches, compétitions sportives, lorsque cette participation comporte l'utilisation de véhicules, d'embarcations à moteur ou de moyens de vol aérien ;
- pratiques de toute activité sportive non représentée par une fédération sportive ;
- de la pratique de toute activité sportive sans respecter les règles élémentaires de sécurité recommandées par les pouvoirs publics ou par la fédération du sport correspondant à l'activité,
- pratiques de sports à titre professionnel ;
- activités professionnelles dans les airs, sous la mer et/ou sous la terre ;
- rixes, sauf en cas de légitime défense ;
- émeutes quel que soit le lieu où se déroulent les événements et quels que soient les protagonistes dès lors que le participant y prend une part active ;
- fabrication et manipulation d'explosifs, de munitions ou de feux d'artifices.

### 11.3 Déchéance

Le bénéficiaire qui a été condamné pénalement pour avoir commis ou fait commettre un homicide sur la personne du participant, est déchu du bénéfice des garanties, celles-ci produisant leurs effets au profit des autres bénéficiaires.

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.

#### 11.4 Déclaration préalable en cas de déplacements groupés

Pour tout déplacement terrestre, maritime ou aérien de plus de 50 salariés et tout regroupement de plus de 200 salariés organisés en dehors des locaux habituels de travail, l'Adhérent doit adresser une déclaration préalable au moins trois semaines avant le déplacement ou le regroupement.

L'Institution se prononce sur les conditions dans lesquelles les garanties peuvent être accordées à ces salariés.

À défaut de déclaration préalable et/ou d'acceptation de l'Institution, les prestations peuvent être réduites ou supprimées. L'engagement de l'Institution sera dans cette hypothèse limité à 100 millions d'euros par événement ; par événement il faut entendre un accident ou une catastrophe naturelle entraînant le décès ou l'invalidité d'au moins trois salariés. L'engagement est défini comme étant le cumul des garanties, capitaux et/ou capitaux constitutifs de rentes.

#### 11.5 Plafonds de garantie

Le montant maximum des prestations garanties à un même participant, capitaux et capitaux constitutifs de rentes, est limité à 100 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale. En cas de dépassement de ce plafond, le différentiel viendra en déduction du montant des prestations dans l'ordre de priorité suivant :

- montant de la majoration en cas d'origine accidentelle du décès (ou IAD),
- montant du capital décès toutes causes (ou IAD),
- montant des capitaux constitutifs des rentes d'éducation.

### ARTICLE 12 - RÉSILIATION DU CONTRAT

---

#### 12.1 Résiliation du contrat

L'Adhérent souhaitant résilier le contrat à l'échéance annuelle du 31 décembre, doit en informer Malakoff Humanis Prévoyance par les moyens listés ci-dessous, en respectant un préavis de deux mois, soit au plus tard le 31 octobre.

**L'adhérent 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 ou l'adhésion au règlement 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.

En cas de contrat collectif à adhésion facultative, les assurés souhaitant dénoncer leur adhésion disposent des mêmes modalités.

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

D'autre part, l'entreprise adhérente, le cas échéant l'entreprise l'ayant absorbée, doit par écrit informer sans délai l'Institution de tout changement d'activité ayant pour conséquence de la placer en dehors du champ d'application de l'Accord de branche (notamment à l'occasion d'opérations de fusion-absorption, de restructuration, de regroupements d'activités...). En pareil cas le contrat pourra être résilié, au plus tard à l'expiration de la période de survie de douze mois prévu à l'article L. 2261-14 du Code du travail.

#### 12.2 Information des participants

Quelles que soient l'origine et la cause de la résiliation du contrat, l'Adhérent s'engage à informer l'ensemble des participants de la cessation des garanties.

#### 12.3 Conséquences de la résiliation pour les participants et bénéficiaires de prestations

##### 12.3.1 Salariés ou anciens salariés bénéficiant du dispositif de portabilité (hors incapacité – invalidité)

Les garanties prennent fin de plein droit à la date d'effet de la résiliation du contrat pour tous les participants, qu'ils soient salariés en activité ou anciens salariés indemnisés par le régime d'assurance chômage bénéficiant du dispositif de portabilité (cf. article 6.4).

Ces mêmes participants disposent de la faculté de solliciter une adhésion, à titre individuel, aux conditions et tarifs en vigueur à l'un des régimes présentés par Malakoff Humanis Prévoyance, sous réserve d'en faire la demande avant la date d'effet de la résiliation.

##### 12.3.2 Salariés ou anciens salariés en incapacité temporaire de travail ou en invalidité

Les salariés ou anciens salariés en arrêt de travail pour maladie ou accident demeurent bénéficiaires de la garantie Incapacité temporaire de travail – invalidité, dès lors que les prestations, immédiates ou différées (invalidité), sont acquises ou nées auprès de Malakoff Humanis Prévoyance antérieurement à la résiliation du contrat. Les prestations continuent d'être versées à leur niveau atteint à la date de résiliation.

Ils bénéficient du maintien des garanties décès **à l'exclusion des prestations liées au décès d'une autre personne que le participant** (capital décès supplémentaire ou majoration de rente d'éducation en cas de décès du conjoint,

frais d'obsèques) pendant la période de versement par la Sécurité sociale, des indemnités journalières, d'une pension d'invalidité, d'une rente d'accident du travail ou maladie professionnelle dont le taux est égal ou supérieur à 33 %. Le maintien cesse à la date de survenance de l'un des événements suivants :

- reprise d'une activité professionnelle totale,
- cessation du versement des prestations de la Sécurité sociale,
- prise d'effet de la retraite Sécurité sociale (sauf cumul emploi retraite, le maintien perdurant tant que sont versées les prestations de la Sécurité sociale).

La garantie décès qui s'applique est celle en vigueur à la date de la résiliation du contrat pour les salariés présents à l'effectif et, pour les anciens salariés, la garantie décès en vigueur à la date de leur radiation des effectifs ou la date de fin de leur période de maintien de garantie (cas des anciens salariés bénéficiant du dispositif de portabilité). Le salaire de référence est figé à la date de la résiliation.

Si le participant, tout en continuant d'être indemnisé par la Sécurité sociale comme indiqué au 2<sup>e</sup> alinéa, a repris une activité salariée et bénéficie de ce fait de droits au titre d'un nouveau contrat collectif de prévoyance, le maintien de garantie porte sur le salaire de référence, tel que défini à l'article 8.1, diminué du salaire de référence correspondant à l'activité reprise.

### 12.3.3 Bénéficiaires de la garantie rente d'éducation

Les rentes d'éducation en cours de service ou nées auprès de l'OCIRP antérieurement à la résiliation, sont versées jusqu'à leur terme, à leur niveau atteint à la date de la résiliation.

### 12.3.4 Revalorisation après résiliation

Il incombe aux partenaires sociaux ou l'entreprise selon le cas, d'organiser la poursuite de la revalorisation des prestations en cours visées aux deux paragraphes précédents, ainsi que du salaire de référence servant de base de calcul des prestations relatives à la couverture du risque décès maintenue, conformément aux dispositions de l'article L. 912-3 du Code de la sécurité sociale.

## ARTICLE 13 – CONTRÔLE DES INSTITUTIONS

---

Malakoff Humanis Prévoyance et l'OCIRP sont soumises au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de résolution, (ACPR) 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.

## ARTICLE 14 – RÉCLAMATION – INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

---

### 14.1 Réclamation

En cas de difficultés persistantes dans l'application du contrat, l'entreprise et les bénéficiaires doivent en priorité contacter l'institution :

- pour l'entreprise : [reclamation-entreprise-assurance@malakoffhumanis.com](mailto:reclamation-entreprise-assurance@malakoffhumanis.com)  
ou à l'adresse du Service Réclamations Entreprises Assurance - 78288 Guyancourt cedex,
- pour les salariés : [reclamation-particulier-assurance@malakoffhumanis.com](mailto: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.

### 14.2 Informatique et libertés

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 PREVOYANCE, 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](mailto: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 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, règlementaires 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 assureurs, mis en œuvre par l'Agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance (ALFA).

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](mailto: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](http://www.bloctel.gouv.fr).

## TITRE II – DISPOSITIONS PARTICULIÈRES À CHAQUE GARANTIE

### ARTICLE 15 - GARANTIE CAPITAL DÉCÈS

La garantie Capital décès, assurée par Malakoff Humanis Prévoyance, a pour objet le versement d'un capital en cas de décès toutes causes ou d'invalidité absolue définitive du participant, dans les conditions suivantes :

#### 15.1 En cas de décès toutes causes

En cas de décès du participant, il est versé un capital dont le montant est le suivant :

- quelle que soit la situation de famille **250 %** du salaire de référence
- majoration par enfant à charge (dès le 1<sup>er</sup> enfant) **50 %** du salaire de référence

La majoration de capital pour enfants à charge est obligatoirement versée aux enfants (ou à leur représentant légal) en considération desquels elles sont attribuées, part parts égales entre eux.

Pour le capital hors majoration pour enfant(s) à charge, le participant est libre de désigner un ou plusieurs bénéficiaires de son choix au moment de son affiliation ou ultérieurement.

Cette désignation peut être effectuée à l'aide de l'imprimé « désignation particulière de bénéficiaires » délivré à cet effet, ou par un acte sous seing privé ou authentique.

La désignation peut comporter l'acceptation du bénéficiaire. L'acceptation peut prendre la forme d'un écrit signé du participant, du bénéficiaire et de l'organisme assureur ; elle peut également être faite par un acte authentique ou sous seing privé, signé du participant et du bénéficiaire. **Une fois acceptée, la désignation devient irrévocable, le participant ne pourra pas la modifier sauf accord du bénéficiaire ou sauf cas particuliers prévus par le code des assurances et le code civil.**

**Dans tous les cas, la désignation particulière d'un ou plusieurs bénéficiaires n'a d'effet auprès de l'Institution que lorsqu'elle lui aura été notifiée par écrit. Si le participant souhaite effectuer une désignation particulière, il lui appartient donc de nous en informer en temps utile.**

L'Institution procède au versement des prestations au profit des bénéficiaires en fonction des informations portées à sa connaissance lors de l'instruction du dossier ; ce versement libère l'Institution de toute obligation dans le cas où une désignation particulière de bénéficiaire lui serait notifiée ultérieurement.

Lorsque le bénéficiaire est nommément désigné, le participant peut préciser ses coordonnées, afin que ce bénéficiaire soit informé, dans le cadre de l'instruction du dossier de versement du capital.

**En l'absence de désignation expresse de bénéficiaire(s) par le participant ou en cas de prédécès de tous les bénéficiaires désignés, les capitaux décès sont versés dans l'ordre de priorité suivant :**

- au conjoint du participant, non séparé de corps par jugement définitif, ou à la personne liée au participant par un pacte civil de solidarité,
- à défaut, aux enfants du participant, nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales entre eux,
- à défaut aux ascendants à charge du participant, par parts égales entre eux,
- à défaut, aux parents du participant par parts égales entre eux et en cas de décès de l'un d'entre eux, au survivant pour la totalité,
- à défaut, aux héritiers du participant, à proportion de leur part héréditaire.

#### 15.2 En cas d'invalidité absolue définitive (IAD)

En cas d'invalidité absolue définitive (définition à l'article 8.5), le participant peut demander à percevoir lui-même et par anticipation le capital prévu en cas de décès toutes causes, y compris les majorations éventuelles pour enfants à charge.

**Ce versement anticipé met fin à la garantie « Capital décès » : aucune somme n'est due au titre du décès.**

#### 15.3 Origine accidentelle du décès ou de l'IAD

Lorsque le décès toutes causes ou l'invalidité absolue définitive est imputable à un accident et survient dans un délai de douze mois suivant cet accident, il est versé un capital supplémentaire d'un montant égal à celui du capital décès toutes causes.

On entend par accident toute atteinte corporelle indépendante de la volonté du participant provenant de l'action soudaine et fortuite d'une cause extérieure.

La preuve de la relation directe de cause à effet entre l'accident et le décès ou l'invalidité absolue définitive, ainsi que la preuve de la nature de l'accident, incombe au(x) bénéficiaire(s).

#### 15.4 En cas de décès simultané ou postérieur du conjoint du participant

Pour l'application des dispositions du présent article, le vocable conjoint désigne également la personne liée au participant par un PACS ou le concubin, tels que définis à l'article 8.4.

En cas de décès simultané des deux conjoints, il est versé aux enfants à charge du participant un deuxième capital d'un montant égal à celui du capital décès toutes causes (donc hors majoration pour accident), réparti par parts égales entre eux.

Ce deuxième capital est également versé lorsque le décès du conjoint survient postérieurement à celui du participant. Il est alors versé par parts égales aux enfants initialement à charge du participant qui demeureraient à la charge du conjoint à la date de son décès, sous réserve que ce dernier n'ait pas contracté de nouvel engagement, qu'il s'agisse de mariage, PACS ou concubinage.

**Ce deuxième capital est versé sous réserve que la garantie Capital décès ne soit pas résiliée à la date du décès du conjoint.**

#### ARTICLE 16 – GARANTIE FRAIS D'OBSÈQUES

---

La garantie Frais d'obsèques, assurée par Malakoff Humanis Prévoyance, a pour objet le versement d'une allocation en cas de décès :

- du participant : l'allocation est versée au conjoint, ou personne liée par un PACS ou concubin ;
- du conjoint, ou personne liée par un PACS ou concubin : l'allocation est versée au participant ;
- d'un enfant à charge : l'allocation est versée au participant.

Le montant de l'allocation est égal à **100 %** du plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS) en vigueur à la date du décès.

À défaut de bénéficiaire tel qu'indiqué ci-dessus, l'allocation est versée à la personne ayant supporté les frais d'obsèques, sur présentation de la facture acquittée.

En cas de décès d'un enfant de moins de 12 ans ou d'une personne sous tutelle, l'allocation ne peut excéder le montant des frais d'obsèques réellement engagés.

#### ARTICLE 17 – GARANTIE RENTE D'ÉDUCATION

---

##### 17.1 Objet

La garantie Rente d'éducation, assurée par l'OCIRP, a pour objet, en cas de décès toutes causes, le versement d'une rente temporaire au bénéfice de chaque enfant à charge, tant que les conditions requises sont remplies.

En cas d'invalidité absolue définitive (définition à l'article 8.5), le participant peut demander le versement anticipé de la (des) rente(s) ; **ce versement anticipé met fin à la garantie Rente d'éducation : aucune somme n'est due au titre du décès.**

La rente est versée viagèrement pour l'enfant handicapé à charge.

La rente est doublée pour les orphelins de père et de mère, **pour autant que la garantie Rente d'éducation ne soit pas résiliée à la date du décès du second parent.**

Le montant de la rente annuelle est fixé à :

- jusqu'au 18<sup>e</sup> anniversaire de l'enfant : **8 %** du salaire de référence
- de 18 ans jusqu'au 26<sup>e</sup> anniversaire : **12 %** du salaire de référence (prorogée à titre viager pour les enfants handicapés)

##### 17.2 Modalités de versement

La date d'effet de la rente est fixée au 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit celui au cours duquel est survenu le décès ou la notification de la Sécurité sociale relative à l'invalidité absolue définitive.

La rente est payable par trimestre civil, à terme d'avance, le premier paiement comprenant, le cas échéant, un prorata au titre de la période écoulée entre la date d'effet de la rente et la fin du trimestre.

Lorsque le montant de la rente est progressif selon l'âge de l'enfant, la majoration intervient au premier jour du trimestre suivant l'anniversaire de l'enfant.

La rente en cas de décès est versée au représentant légal de l'enfant ou à l'enfant bénéficiaire, sur sa demande, s'il a la capacité juridique. La rente en cas d'invalidité absolue définitive est versée au participant.

Lorsque le bénéficiaire cesse de remplir les conditions requises (hors la limite d'âge prévue au contrat), le bénéficiaire ou son représentant légal doit en informer sans délai l'Institution.

Le bénéficiaire ou son représentant, doit justifier annuellement que les conditions requises pour la poursuite du versement des prestations continuent d'être remplies. En l'absence de justification, le versement de la rente est suspendu.

La rente cesse d'être due à compter du 1<sup>er</sup> jour du trimestre suivant la date à laquelle le bénéficiaire ne réunit plus les conditions d'âge et/ou de situations exigées lors de l'ouverture des droits ; le service de la rente ne peut en aucun cas être repris.



## ARTICLE 18 – GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL – INVALIDITÉ

La garantie Incapacité temporaire de travail – invalidité est assurée par Malakoff Humanis Prévoyance.

### 18.1 Incapacité temporaire de travail

#### 18.1.1 Objet

Dès lors que le participant se trouve temporairement, dans l'incapacité constatée médicalement et reconnue par l'Institution, d'exercer son activité professionnelle et bénéficie du versement des prestations en espèces de la Sécurité sociale **au titre de l'assurance maladie ou au titre de l'assurance accidents de travail et maladies professionnelles**, l'Institution verse des indemnités journalières complémentaires.

Les arrêts de travail indemnisés par la Sécurité sociale au titre du congé de maternité, de paternité ou d'adoption n'entrent pas dans l'objet de la garantie.

#### 18.1.2 Montant des prestations

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.

Le montant de l'indemnité journalière est de :

- **80 %** du salaire de référence brut sous déduction des prestations brutes de la Sécurité sociale

Après un premier arrêt de travail indemnisé, tout nouvel arrêt de travail survenant pendant la période de garantie et dans un délai de deux mois suivant la reprise du travail est considéré comme une rechute : les prestations sont calculées sur les mêmes bases que l'arrêt de travail précédent.

#### 18.1.3 Franchise

Le droit à prestations prend effet au terme d'une période de franchise, variable selon que le participant a ou non acquis une ancienneté de douze mois au sein de l'entreprise adhérente :

- **salariés ayant au moins un an d'ancienneté dans l'entreprise :**
  - en relais de la période de maintien de salaire par l'employeur au titre des obligations conventionnelles (article 13 de la Convention collective) ; en cas de droits conventionnels à maintien de salaire épuisés, il est fait application d'une franchise identique à celle pratiquée par la Sécurité sociale,
- **salariés ayant moins d'un an d'ancienneté dans l'entreprise :**
  - à l'expiration d'une franchise fixe de 90 jours continus d'arrêt de travail,
  - après un premier arrêt de travail indemnisé, tout nouvel arrêt de travail survenant pendant la période de garantie et dans un délai de deux mois suivant la reprise du travail est considéré comme une rechute : aucune franchise n'est appliquée en dehors de celle pratiquée par la Sécurité sociale.

L'ancienneté est appréciée à la date du 1<sup>er</sup> jour d'arrêt de travail.

Pour les anciens salariés bénéficiant du dispositif de maintien de garantie exposé à l'article 6.4, le droit à prestations est fixé en retenant l'ancienneté acquise à la date de cessation du contrat de travail (à compter d'un an d'ancienneté, la période de maintien de salaire est donc reconstituée fictivement).

#### 18.1.4 Modalités de versement et durée des prestations

L'Adhérent, à défaut le participant, doit déclarer à l'Institution tout arrêt de travail susceptible d'ouvrir droit aux indemnités journalières prévues par le contrat, dès qu'il en a connaissance (sauf cas de force majeure) et au plus tard **dans les deux mois** suivant la fin du délai de franchise fixé ci-dessus. Au-delà de cette limite, la date de prise en charge éventuelle des indemnités journalières sera celle de la date de réception de la demande de prestations par l'Institution.

Les prestations sont réglées au fur et à mesure de la réception des décomptes de la Sécurité sociale, à l'entreprise tant que le contrat de travail du salarié n'est pas rompu, à charge pour elle de les reverser au salarié après calcul et précompte des charges sociales. Il appartient à l'entreprise de veiller à ce que la règle de cumul énoncée à l'article 18.3 soit respectée, et le cas échéant informer l'Institution que le niveau maximum de ressources est atteint et restituer l'excédent à l'Institution.

En cas de cessation du contrat de travail, les prestations sont versées directement au participant.

Le service des prestations cesse à la date de survenance de l'un des événements suivants :

- cessation du versement par la Sécurité sociale des indemnités journalières ;
- le participant ne justifie plus d'une incapacité temporaire de travail, notamment en cas de contrôle médical,
- prise d'effet d'une pension de retraite servie par le régime général de la Sécurité sociale.

### 18.2 Invalidité

#### 18.2.1 Objet

Une rente d'invalidité est attribuée à tout participant 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<sup>er</sup> catégorie : Invalides capables d'exercer une activité rémunérée ;
  - Invalidité de 2<sup>e</sup> catégorie : Invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque ;
  - Invalidité de 3<sup>e</sup> 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<sup>er</sup>, 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> 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 33 % et inférieur à 66 % est assimilée à une invalidité permanente de 1<sup>er</sup> catégorie de la Sécurité sociale.

Lorsque le taux d'incapacité est égal ou supérieur à 66 %, l'assimilation est faite à une invalidité permanente de 2<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> 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 %.

Le montant de la rente d'invalidité est fixé en pourcentage de la base de calcul des prestations sous déduction de la pension d'invalidité brute de la Sécurité sociale.

### 18.2.2 Montant des prestations

Le montant de la pension annuelle est fixé à :

- **Invalidité 1<sup>er</sup> catégorie** / rente accident du travail ou maladie professionnelle dont le taux d'incapacité permanente est égal ou supérieur à 33 % et inférieur à 66 % :
  - 60 % du salaire de référence net sous déduction des prestations brutes de la Sécurité sociale,
- **Invalidité 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> catégorie** / rente accident du travail ou maladie professionnelle dont le taux d'incapacité permanente est égal ou supérieur à 66 % :
  - 100 % du salaire de référence net sous déduction des prestations brutes de la Sécurité sociale.

En cas de reprise d'activité à temps partiel, le calcul des prestations pouvant être versées en tenant compte de la règle de cumul définie à l'article 18.3, est effectué une fois pour toutes au moment de la reprise d'activité à temps partiel.

### 18.2.3 Modalités de versement et durée des prestations

Les pensions sont payables trimestriellement à terme échu, directement au bénéficiaire, le premier et le dernier paiement pouvant le cas échéant comporter un prorata de rente.

Le service des prestations cesse à la date de survenance de l'un des événements suivants :

- cessation du versement par la Sécurité sociale de la pension d'invalidité ou rente d'incapacité permanente ;
- le participant ne justifie plus d'un état d'invalidité au sens du présent contrat, notamment en cas de contrôle médical ;
- prise d'effet d'une pension de retraite servie par le régime général de la Sécurité sociale.

## 18.3 Dispositions communes à l'incapacité temporaire et l'invalidité

### 18.3.1 Règle de cumul

Au titre des garanties incapacité temporaire ou invalidité et incapacité permanente, les prestations versées par l'organisme assureur ont pour objet de couvrir tout ou partie de la perte de salaire subie par l'assuré.

Elles ont donc un caractère indemnitaire.

De ce fait, le cumul des prestations servies au titre des garanties précitées :

- par l'organisme assureur ;
- par la Sécurité sociale (à l'exclusion de la majoration pour tierce personne ou de la prestation complémentaire pour recours à une tierce personne) ;
- par tout autre organisme ;
- le cas échéant, par l'assurance chômage obligatoire ;

ainsi que les éventuels salaires versés par le souscripteur ou par un autre employeur en cas de reprise d'une activité rémunérée ;

- ne peut excéder le salaire net de l'assuré déterminé à la date de l'arrêt de travail (et qui peut être éventuellement revalorisé dans les conditions prévues au contrat). Le cas échéant, les prestations versées par l'organisme assureur

sont réduites à due concurrence. Le montant du salaire net doit être communiqué à l'organisme assureur en même temps que la déclaration d'arrêt de travail.

Dans le cadre de cette règle de cumul, les éléments précités sont retenus pour leur montant net quel que soit le destinataire du paiement.

Par ailleurs, le montant des prestations versées au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ne peut excéder celui qui serait versé en cas de maladie ou d'accident de la vie privée.

Lorsque les indemnités journalières versées par la Sécurité sociale sont réduites ou suspendues du fait du paiement d'une rente accident du travail ou maladie professionnelle ou dans le cadre de sa politique de contrôle des arrêts de travail et de lutte contre les déclarations tardives, les indemnités journalières complémentaires versées par l'organisme assureur ne compenseront pas cette minoration.

### 18.3.2 Modification du montant des prestations de la Sécurité sociale

Lorsque la Sécurité sociale, notamment du fait d'une mesure de sanction :

- réduit ses prestations, le versement complémentaire ne compense pas cette minoration,
- suspend ou supprime ses prestations, le versement complémentaire est suspendu.

### 18.3.3 Recours subrogatoire contre le tiers responsable

Conformément à l'article 29-5 de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accident de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation, l'Institution est, pour le paiement des indemnités journalières et pensions d'invalidité, subrogée dans les droits et actions du participant, du bénéficiaire ou de leurs ayants droit, contre les tiers responsables de l'accident ayant provoqué l'arrêt de travail ou l'invalidité.

Le participant victime d'un dommage causé par un tiers responsable et ouvrant droit au versement de prestations de la part de l'Institution doit fournir à cette dernière, dans les meilleurs délais, tous les éléments nécessaires à la mise en œuvre de la procédure.

## ANNEXE

### DEMANDES DE PRESTATIONS – PIÈCES JUSTIFICATIVES

---

À l'appui de la demande de prestations (cf. article 8.3) comportant l'attestation par l'Adhérent que le participant était bien garanti à la date de l'événement ouvrant droit à prestations, ainsi que les éléments de salaire permettant de déterminer le salaire de référence, seront notamment et selon le cas demandées les pièces justificatives suivantes :

#### 18.4 Garanties en cas de décès

- copie intégrale de l'acte de décès du participant, ou notification de la Sécurité sociale relative à l'invalidité absolue définitive (invalidité de 3<sup>e</sup> catégorie ou taux d'incapacité permanente de 100 % et versement de l'allocation pour tierce personne),
- copie intégrale de l'acte de naissance du participant délivrée depuis moins de 3 mois,
- certificat médical attestant que le décès du participant est dû à une cause naturelle ou non,
- pièces justifiant de la qualité de bénéficiaire (copie intégrale de l'acte de naissance délivrée depuis moins de 3 mois, acte notarié, certificat d'hérédité,...), ainsi que son numéro de Sécurité sociale,
- pièces justificatives relatives aux enfants à charge (avis d'imposition, certificat de scolarité, copie du jugement nommant le représentant légal, copie de jugement en cas mise sous tutelle,...),
- en cas de mariage, photocopie du livret de famille et attestation sur l'honneur de non séparation ou de divorce signée par le conjoint survivant,
- en cas de PACS, copie de la convention certifiée par le bénéficiaire non dissoute ou non rompue,
- en cas de concubinage, au moins deux justificatifs (bail commun, quittance EDF, facture téléphonique, attestation d'assurance, ...),
- si le participant bénéficie du dispositif de portabilité, attestation délivrée par le Pôle emploi,
- un relevé d'identité bancaire au nom du bénéficiaire permettant le versement des prestations.

#### 18.5 Garanties en cas d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité

- les décomptes de la Sécurité sociale,
- la notification de la sécurité sociale relative à l'attribution d'une pension d'invalidité ou d'une rente pour accident du travail ou maladie professionnelle,
- en cas de reprise d'activité à temps partiel, attestation mensuelle de l'employeur mentionnant le montant de la rémunération versée,
- si le participant bénéficie du dispositif de portabilité, attestation délivrée par le Pôle emploi.



**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

Une institution de prévoyance du groupe Malakoff Humanis  
21 rue Laffitte - 75009 Paris

[malakoffhumanis.com](http://malakoffhumanis.com)



**ORGANISME COMMUN DES INSTITUTIONS DE RENTE ET DE PRÉVOYANCE**

Union d'institutions de prévoyance régie par le Code de la sécurité sociale  
17 rue de Marignan 75008 Paris

Tél. 01 44 56 22 56 - Fax 01 49 24 06 27  
[ocirp.fr](http://ocirp.fr)

