

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE
DE LA PROMOTION IMMOBILIÈRE

Garanties Conventionnelles De Prévoyance

Contrat collectif à adhésion obligatoire

NOTICE D'INFORMATION N° 5300/1 - Version 2021

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

SOMMAIRE

Document à signer et à remettre à votre employeur	3
DISPOSITIONS COMMUNES	4
L'OBJET DU CONTRAT SOUSCRIT PAR VOTRE EMPLOYEUR	4
VOTRE AFFILIATION	4
QUAND BÉNÉFICIEZ-VOUS DES GARANTIES ?	4
LES PRESTATIONS	6
PRESCRIPTION	9
EXCLUSIONS – DÉCHÉANCE – LIMITATIONS DE GARANTIES	9
LES COTISATIONS	10
COMMENT ÊTES-VOUS INFORMÉ ?	10
DISPOSITIONS PARTICULIÈRES	12
LA GARANTIE CAPITAL DÉCÈS	12
LA GARANTIE FRAIS D'OBSÈQUES	13
LA GARANTIE RENTE D'ÉDUCATION	13
LA GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL - INVALIDITÉ	14
ANNEXES	17
QUELLES SONT LES PIÈCES À FOURNIR EN CAS DE DEMANDE DE PRESTATIONS ?	17
LES COORDONNÉES UTILES	18

PRÉAMBULE

La présente notice d'information vous est remise par votre employeur au titre du contrat d'assurance qu'il a souscrit auprès de Malakoff Humanis Prévoyance.

Cette notice est établie en conformité avec les dispositions de l'article L. 932-6 du Code de la sécurité sociale.

Votre employeur, en sa qualité de souscripteur du contrat, peut également vous apporter des précisions.

GLOSSAIRE

Il faut entendre, dans le cadre de la présente notice d'information, 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 ;

Entreprise : votre employeur, en qualité d'entreprise ayant souscrit le contrat d'assurance ;

Bénéficiaire : personne remplissant les conditions requises pour bénéficier des prestations au titre du contrat d'assurance, c'est-à-dire vous-même et en cas de décès vos ayants droit ;

Contrat d'assurance : le contrat d'assurance souscrit par votre entreprise, dont les dispositions contractuelles sont conformes à l'Accord de branche ;

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

Participant : vous-même en tant que salarié effectivement couvert par le contrat souscrit par votre employeur, c'est-à-dire appartenant à la catégorie de personnel assurée, le cas échéant devenant ancien salarié ; une fois affilié au contrat vous devenez membre participant de l'Institution.

IMPORTANT

document à signer et à remettre à votre employeur

Je soussigné(e),

reconnais avoir reçu la notice d'information décrivant les garanties de Prévoyance souscrites auprès
de Malakoff Humanis Prévoyance, par mon entreprise :

.....

Ces garanties sont conformes aux dispositions de la Convention collective nationale de la
Promotion Immobilière (accord de Prévoyance du 19 octobre 2011).

À le

Signature :

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



DISPOSITIONS COMMUNES

L'OBJET DU CONTRAT SOUSCRIT PAR VOTRE EMPLOYEUR

Les partenaires sociaux de votre branche professionnelle ont, par Accord de branche du 19 octobre 2011, instauré un régime de prévoyance au bénéfice de l'ensemble du personnel salarié ou assimilé salarié au regard de la Sécurité sociale, des entreprises relevant de la :

Convention collective de la Promotion Immobilière (IDCC 1512).

Pour la mise en œuvre de ce régime de Prévoyance, votre employeur a souscrit un contrat collectif obligatoire qui 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 gestionnaire de l'ensemble des garanties.

Afin de respecter les dispositions de cet Accord, votre entreprise a souscrit auprès de Malakoff Humanis Prévoyance le « contrat de branche » dédié à votre branche professionnelle, qui est un contrat d'assurance collectif à adhésion obligatoire.

Malakoff Humanis Prévoyance et l'OCIRP sont soumises au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - (ACPR) 4 place de Budapest, CS92459, 75436 Paris Cedex 09.

Le niveau des garanties du contrat de branche a été établi en fonction de la législation et de la réglementation en vigueur à la date de leur prise d'effet. L'engagement de l'Institution est acquis pour autant que ce cadre perdure.

VOTRE AFFILIATION

Vous devez être affilié à titre obligatoire dès lors que vous appartenez à la catégorie de personnel assurée par le contrat de votre entreprise, **sans condition d'ancienneté et sans sélection médicale**.

Votre employeur doit nous adresser le formulaire d'affiliation prévu à cet effet, dans les 30 jours suivant votre entrée dans la catégorie de personnel assurée.

Une fois affilié, vous devenez membre participant des institutions.

Lors de votre affiliation, nous vous conseillons de prendre connaissance de la désignation de bénéficiaire du Capital décès prévue à défaut de désignation expresse, afin de vérifier que celle-ci vous convient (cf. page 14).

QUAND BÉNÉFICIEZ-VOUS DES GARANTIES ?

Quand les garanties prennent-elles effet ?

Les formalités d'affiliation susvisées étant accomplies, la date à compter de laquelle vous accédez au bénéfice des garanties est fixée comme suit :

- soit la date d'effet du contrat d'assurance si vous êtes à cette date en activité ou en arrêt de travail indemnisé par la Sécurité sociale, ou encore si votre contrat de travail est suspendu dès lors que l'employeur maintient totalement ou partiellement le salaire ;
- soit ultérieurement la date de votre entrée dans la catégorie de personnel assurée (embauche, promotion).

Dans le cas où, à la date d'effet du contrat d'assurance, votre contrat de travail est suspendu sans rémunération de l'employeur ni indemnisation de la Sécurité sociale, la garantie prendra effet à la date de votre reprise d'activité.

D'autre part, si vous êtes en arrêt de travail pour maladie ou accident à la date d'effet du contrat d'assurance et que vous étiez couvert pour ces risques dans le cadre d'un précédent contrat collectif de prévoyance, les dispositions suivantes s'appliquent :

- au titre de la garantie Capital décès, vous bénéficiez de la garantie prévue au contrat sous déduction des prestations dues par l'organisme assureur précédent (maintien de la garantie décès du contrat résilié) ;
- au titre de la garantie Incapacité temporaire de travail – invalidité, Malakoff Humanis Prévoyance assure uniquement la revalorisation des prestations acquises ou nées auprès de l'assureur précédent et dont le service lui incombe, tant au titre de l'incapacité temporaire de travail que de l'invalidité qui constitue une prestation différée de cet arrêt de travail.

Quand cessez-vous de bénéficier des garanties ?

Vous cessez de bénéficier des garanties à la date de survenance de l'un des événements suivants :

- sortie de la catégorie de personnel assurée ;
- cessation du contrat de travail (sauf cas de maintien précisés aux paragraphes suivants) ;
- cessation du maintien de garanties (cas précisés aux paragraphes suivants) ;
- suspension du contrat de travail (sauf cas de maintien précisés au paragraphe suivant) ;

- 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 contrat d'assurance .

Suspension du contrat de travail : que se passe t-il ?

Lorsque votre contrat de travail est suspendu, vous continuez de bénéficier des garanties uniquement dans si vous trouvez 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.

Cessation du contrat de travail et incapacité temporaire ou invalidité : que se passe t-il ?

Dans le cas où vous êtes, à la date de cessation de votre contrat de travail (ou à la date d'expiration de la période de « portabilité » décrite au paragraphe suivant), en arrêt de travail pour maladie ou accident ouvrant droit à prestations au titre de la garantie Incapacité temporaire de travail – invalidité, les dispositions suivantes s'appliquent.

Vous demeurez bénéficiaire de la garantie Incapacité temporaire de travail – invalidité du contrat, 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. pages 16/17).

Les garanties Capital décès, Frais d'obsèques et Rente d'éducation vous 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 d'incapacité 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 indemnités journalières de la Sécurité sociale).

Si, tout en continuant d'être indemnisé par la Sécurité sociale comme indiqué ci-dessus, vous reprenez une activité rémunérée et bénéficiez 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 en page 8, diminué du salaire de référence correspondant à l'activité reprise.

Cessation du contrat de travail et indemnisation du régime d'assurance chômage : que se passe t-il ?

Le contrat organise le maintien des garanties de prévoyance dont vous pouvez bénéficier, 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 à ce que vous perceviez des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage que vous auriez perçues au titre de la même période ;
- en tant qu'ancien salarié, vous justifiez auprès de l'Institution, à l'ouverture et au cours de la période de maintien de la garantie, que vous remplissez 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 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.

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

Que se passe-t-il en cas de modification des garanties du contrat ?

Ces dispositions vous concernent si vous êtes en arrêt de travail pour maladie ou accident à la date à laquelle prennent effet des modifications de garanties.

En cas de modification des conditions de prestations de la garantie incapacité temporaire de travail - invalidité, vous restez couvert selon les modalités contractuelles en vigueur à la date d'arrêt de travail.

En cas de modification des garanties décès, les dispositions suivantes s'appliquent :

- si vous figurez toujours aux effectifs de l'entreprise ou êtes affilié au contrat en qualité d'ancien salarié ayant opté pour le dispositif de portabilité (cf. paragraphe précédent), alors vous êtes couvert selon ces nouvelles modalités ;
- à défaut, vous restez couvert selon les modalités en vigueur à la date de votre radiation des effectifs ou à la date d'expiration de la période de portabilité.

Que se passe-t-il en cas de résiliation du contrat d'assurance ?

Vous êtes salarié ou ancien salarié bénéficiant du dispositif de portabilité (hors incapacité - invalidité)

Les garanties prennent fin de plein droit à la date d'effet de la résiliation, que vous soyez salarié ou ancien salarié indemnisé par le régime d'assurance chômage bénéficiant du dispositif de portabilité (cf. page 6/7).

Vous pouvez solliciter une adhésion, à titre individuel, aux conditions et tarifs en vigueur à l'un des régimes présentés par l'Institution, sous réserve d'en faire la demande avant la date d'effet de la résiliation.

Vous êtes salarié ou ancien salarié en incapacité temporaire de travail - invalidité

Si vous êtes salarié ou ancien salarié en état d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité, vous demeurez bénéficiaire 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. Les prestations continuent d'être versées au niveau atteint à la date de la résiliation.

Le bénéfice des garanties Capital décès, Rente d'éducation, Frais d'obsèques est maintenu, **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 indemnités journalières 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, tout en continuant de remplir les conditions visées ci-dessus, le participant reprend une activité rémunérée 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 (définition en page 8), diminué du salaire de référence correspondant à l'activité reprise.

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.

Revalorisation après résiliation

Il incombe aux partenaires sociaux ou à l'entreprise selon l'origine de la résiliation, 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.

LES PRESTATIONS

Ce chapitre recense un certain nombre de dispositions générales et définitions relatives aux prestations ; ces éléments vous seront utiles pour prendre connaissance des Dispositions particulières à chaque garantie.

Quelle est le salaire de référence pour le calcul des prestations ?

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. définition en page 11) 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 la rubrique suivante.

Pour les anciens salariés indemnisés par le régime d'assurance chômage ayant demandé à bénéficier du dispositif de portabilité (cf. pages 6/7), la période de douze mois visée au 1^{er} 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.

Comment les prestations sont-elles revalorisées ?

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 contrat d'assurance.

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.

Comment votre situation de famille est-elle prise en compte ?

Lorsque les prestations tiennent compte de la situation de famille, il faut entendre, à la date de l'événement ouvrant droit à prestations, pour les vocables ci-dessous :

Le conjoint : votre époux(se), non-séparé(e) de corps judiciairement ;

Le partenaire lié par un PACS : la personne, quel que soit son sexe, avec laquelle vous avez conclu 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 vous 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. Vous ne devez, 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, vos enfants, qu'ils soient légitimes, naturels, adoptifs, reconnus :

- jusqu'à leur 18^e anniversaire, sans condition ;
- jusqu'à leur 26^e 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 (Etablissement 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^e anniversaire, équivalente à l'invalidité de 2^e ou 3^e 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 à votre décès et dont la filiation est établie ;
- les enfants recueillis, c'est-à-dire ceux de votre conjoint ou partenaire lié par un PACS ou concubin, de votre ex-conjoint, qui ont vécu à votre foyer 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 votre charge ou qui perçoivent de votre part une pension alimentaire déductible du revenu imposable.

Qu'entend-on par « Invalidité absolue définitive » ?

Au sens du contrat d'assurance, 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^e 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.

Cette notion d'IAD est utilisée au titre des garanties Capital décès et Rente d'éducation, qui prévoient dans cette situation la possibilité pour le participant de demander le versement par anticipation des prestations. La demande de versement anticipé des prestations doit être faite pendant la période de garantie et **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, 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.

Comment effectuer une demande de prestations ?

Tout événement ouvrant droit à prestations doit être déclaré à l'aide des formulaires mis à disposition par l'Institution. Lorsqu'un délai de déclaration est nécessaire pour fixer le point de départ des prestations, celui-ci est indiqué au descriptif de la garantie concernée, dans la deuxième partie de la présente notice « Dispositions particulières ».

Le paiement des prestations est effectué après réception de l'ensemble des pièces justificatives, dont une liste non exhaustive est précisée en fin de document. L'Institution peut en effet être amenée à vérifier l'exactitude des déclarations de l'employeur et demander au bénéficiaire des informations ou pièces justificatives complémentaires.

Comment peut-il être effectué un 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 l'assuré 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 l'assuré.

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 ; ses droits à prestations seront suspendus tant que n'interviendra pas soit, l'accord de l'intéressé sur les conclusions des contrôles effectués soit, une décision judiciaire définitive.

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 de l'assuré, 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, l'assuré, le bénéficiaire ou l'ayant droit ou a été indemnisé par celui-ci.

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

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

EXCLUSIONS – DÉCHÉANCE – LIMITATIONS DE GARANTIES

Exclusions concernant la garantie Incapacité temporaire de travail - invalidité

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

Exclusions concernant les garanties Capital décès et 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.

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.

Champ d'application territorial

Les garanties vous sont acquises pour autant que vous exerciez votre activité sur le territoire français y compris les départements d'outre-mer, ainsi qu'en cas de déplacement privé ou professionnel de moins de trois mois ou de détachement au sens de la législation de Sécurité sociale française, dans ou hors pays de l'Union Européenne, **sauf pays formellement déconseillés par le ministère des Affaires étrangères.**

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'entreprise 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.

Plafond de garanties

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.

LES COTISATIONS

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 contrat et entrant dans l'assiette de Sécurité sociale (prorata correspondant à la part de la garantie financée par l'entreprise) ;
- 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'article 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.

Ces tranches de salaire sont également utilisées pour déterminer le salaire de référence pour le calcul des prestations (cf. page 8).

Les taux de cotisation et la répartition part salarié / part employeur vous seront communiqués par votre employeur.

COMMENT ÊTES-VOUS INFORMÉ ?

La notice d'information

L'employeur est tenu de vous remettre, comme à chaque participant, la notice d'information établie par Malakoff Humanis Prévoyance et l'OCIRP, qui définit les garanties souscrites et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque. Au cours de la vie du contrat d'assurance, votre entreprise vous informe des modifications qui sont apportées à vos droits et obligations.

La loi 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 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, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme et à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à son inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, incluant un dispositif mutualisé des données des contrats et des sinistres déclarés auprès des 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 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.

Comment formuler une réclamation ?

En cas de difficultés persistantes dans l'application du contrat, vous devez en priorité contacter l'Institution : reclamation-particulier-assurance@malakoffhumanis.com ou à l'adresse du Service Réclamations Particuliers Assurance - 78288 Guyancourt

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.

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

LA GARANTIE CAPITAL DÉCÈS

La garantie a pour objet le versement d'un capital si vous veniez à décéder ou être en situation d'invalidité absolue définitive.

En cas de décès toutes causes

En cas de décès, les majorations pour enfants à charge sont obligatoirement versées aux enfants (ou à leur représentant légal) en considération desquels elles sont attribuées, part parts égales entre eux.

Pour le capital hors majorations pour enfants à charge, **vous êtes libre de désigner un ou plusieurs bénéficiaires de votre choix** au moment de votre 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 vous souhaitez effectuer une désignation particulière, il vous 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 vous désignez un bénéficiaire, vous pouvez 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) de votre part ou en cas de prédécès de tous les bénéficiaires désignés, les capitaux décès sont versés dans l'ordre de priorité suivant :

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

Vous constaterez que le concubin ne figure pas dans la clause bénéficiaire « par défaut » énoncée ci-dessus. Si vous souhaitez que votre concubin soit bénéficiaire de tout ou partie du capital en cas de décès, il vous appartient de procéder à une désignation expresse en ce sens.

En cas d'invalidité absolue définitive

Vous pouvez demander à percevoir vous-même et par anticipation le capital prévu en cas de décès toutes causes, y compris les majorations pour enfants à charge, si vous êtes reconnu en situation d'invalidité absolue définitive (définition en page 10).

Ce versement doit être demandé dans les deux années suivant le classement par la Sécurité sociale, et en tout état de cause avant que vous cessiez de bénéficier des garanties.

Le versement du capital décès par anticipation met fin à la garantie Capital décès ; aucune somme n'est due en cas de décès postérieur.

Origine accidentelle du décès ou de l'invalidité absolue définitive

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).

En cas de décès simultané ou postérieur du conjoint

Pour l'application des dispositions du présent paragraphe, le vocable conjoint désigne également la personne liée à l'assuré par un PACS ou le concubin, tels que définis en page 8.

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.

LA 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 :

- de vous-même : l'allocation est versée à votre conjoint, ou personne liée par un PACS ou concubin ;
- du conjoint, ou personne liée par un PACS ou concubin : l'allocation vous est versée ;
- d'un enfant à charge : l'allocation vous est versée.

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.

LA GARANTIE RENTE D'ÉDUCATION

Objet de la garantie

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 page 9), vous pouvez 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.**

Modalités de versement

La date d'effet de la rente est fixée au 1^{er} 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.

Le montant de la rente étant 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^{er} 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.

LA GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL - INVALIDITÉ

La garantie incapacité temporaire de travail et invalidité, assurée par Malakoff Humanis Prévoyance, a pour objet de vous indemniser, si vous veniez, par suite de maladie ou d'accident indemnisé par la Sécurité sociale, à devoir interrompre partiellement ou totalement votre activité au sein de l'entreprise.

Incapacité temporaire de travail

Objet

Dès lors que vous vous trouvez temporairement dans l'incapacité, constatée médicalement et reconnue par l'Institution, d'exercer votre activité professionnelle et bénéficiez du versement des indemnités journalières 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.

Franchise

Le droit à prestations prend effet au terme d'une période de franchise, variable selon que vous avez 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^{er} jour d'arrêt de travail ;

Si vous êtes ancien salarié indemnisé par le régime d'assurance chômage et bénéficiez du dispositif de maintien des garanties décrit en page 6, 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).

Calcul de l'indemnité journalière

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 fixé, sous déduction de l'indemnité journalière brute 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 de salaire que l'arrêt de travail précédent.

Modalités de versement et durée des prestations

L'entreprise (à défaut vous-même) doit nous déclarer tout arrêt de travail susceptible d'ouvrir droit aux indemnités journalières prévues par le contrat, dès qu'elle 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. Passé ce délai, la date de prise en charge éventuelle des indemnités journalières sera celle de la date de réception de la demande de prestations par nos services.

Les prestations sont réglées au fur et à mesure de la réception des décomptes de la Sécurité sociale, à votre employeur tant que votre contrat de travail n'est pas rompu, à charge pour lui de vous les reverser après calcul et précompte des charges sociales. En cas de cessation du contrat de travail, les prestations vous sont versées directement.

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 ;
- vous ne justifiez 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 (sauf cumul emploi-retraite).

Invalidité

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^{re} catégorie : Invalides capables d'exercer une activité rémunérée ;
 - Invalidité de 2^e catégorie : Invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque ;
 - Invalidité de 3^e 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^{re}, 2^e ou 3^e 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^{re} 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^e 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^e 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.

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.

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 au paragraphe suivant, est effectué une fois pour toutes au moment de la reprise d'activité.

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 ;
- vous ne justifiez 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 (sauf cumul-emploi retraite).

Dispositions communes à l'incapacité temporaire de travail et l'invalidité

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.

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.

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.

ANNEXES

TABLEAU DES PRESTATIONS

GARANTIES CONVENTIONNELLES DE PRÉVOYANCE DE LA PROMOTION IMMOBILIÈRE AU 1^{ER} JANVIER 2018

GARANTIES	MONTANT DES PRESTATIONS ⁽¹⁾
CAPITAL DÉCÈS	
Décès toutes causes ou invalidité absolue définitive	
– Quelle que soit la situation de famille du participant	250 % du salaire de référence
– Majoration par enfant à charge	50 % du salaire de référence
Décès ou invalidité permanente d'origine accidentelle	le capital « décès toutes causes » est doublé
Décès simultané ou postérieur du conjoint (ou pacsé ou concubin) – Versement d'un capital réparti entre les enfants demeurant à charge	le montant est égal au capital « décès toutes causes » (hors majoration pour accident)
FRAIS D'OBSÈQUES	
– Décès du participant, de son conjoint (pacsé, concubin), d'un enfant à charge	100 % du PMSS ⁽²⁾ en vigueur au jour du décès
RENTE ÉDUCATION	
Décès toutes causes ou invalidité absolue définitive	
– Enfant à charge jusqu'au 18 ^e anniversaire	8 % du salaire de référence
– Enfant à charge de 18 ans jusqu'au 26 ^e anniversaire (viager au-delà pour les enfants handicapés)	12 % du salaire de référence
– Enfant à charge orphelin de père et de mère	doublement de la rente
INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL / INVALIDITÉ	
sous déduction des prestations brutes de la Sécurité sociale	
Incapacité temporaire de travail (maladie – accident)	
– Salariés ayant au moins un an d'ancienneté : en relais de la période de maintien de salaire au titre des obligations conventionnelles de maintien de salaire (article 13 de la convention collective) – Salariés ayant moins d'un an d'ancienneté : à compter du 91 ^e jour d'arrêt de travail continu	80 % du salaire de référence (base brute)
Invalidité	
– Invalidité de 1 ^{re} catégorie / incapacité permanente dont le taux d'incapacité est compris entre 33 % et 65 %	60 % du salaire de référence (base nette)
– Invalidité de 2 ^e ou 3 ^e catégorie – Incapacité permanente dont le taux est égal ou supérieur à 66 %	100 % du salaire de référence (base nette)

(1) La définition du salaire de référence figure en page 8

(2) PMSS : plafond mensuel de la Sécurité sociale (valeur au 01.01.2021 : 3 428 €)

QUELLES SONT LES PIÈCES À FOURNIR EN CAS DE DEMANDE DE PRESTATIONS ?

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

Le formulaire de demande de prestations comportant la liste des pièces à fournir en fonction de la situation, est mis à disposition par l'Institution sur demande.

Lors de l'instruction du dossier, l'Institution peut être amenée à compléter la liste des pièces justificatives.

À l'appui de la demande de prestations comportant l'attestation par l'entreprise que vous étiez était bien garanti à la date de l'événement ouvrant droit à prestation, ainsi que les éléments de salaire permettant de déterminer la base de calcul, seront notamment et selon le cas demandées les pièces justificatives suivantes :

Garanties en cas de décès

- copie intégrale de l'acte de décès de l'assuré, ou notification de la Sécurité sociale relative à l'invalidité absolue définitive ;
- copie intégrale de l'acte de naissance de l'assuré délivrée depuis moins de 3 mois ;
- certificat médical attestant que le décès de l'assuré 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...);
- pièces justificatives relatives aux enfants à charge (avis d'imposition, certificat de scolarité, copie du jugement nommant le représentant légal de l'enfant...);
- 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, ...);
- en cas d'assuré bénéficiant du dispositif de portabilité, attestation délivrée par le Pôle emploi ;
- un relevé d'identité bancaire au nom du bénéficiaire permettant le versement des prestations.

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

- les décomptes d'indemnités journalières 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 / maladie professionnelle,
- en cas de reprise d'activité à temps partiel, attestation mensuelle de l'employeur mentionnant le montant de la rémunération versée,
- en cas d'assuré bénéficiant du dispositif de portabilité, attestation délivrée par le Pôle emploi.

LES COORDONNÉES UTILES

Par courrier

Le versement des prestations, pour l'ensemble des entreprises de la branche de la Promotion Immobilière, est géré par un centre de gestion unique.

Lors de la mise en service de la présente notice, les coordonnées du centre de gestion des prestations sont les suivantes :

Malakoff Humanis
Prestations prévoyance collective
16 – 18 rue de Queuleu
BP 75150
57074 METZ cédex 3
Tél : 03.87.52.35.50 (garanties en cas d'arrêt de travail)
Tél : 03.87.52.35.49 (garanties en cas de décès)
Fax : 03.87.52.35.61

Par téléphone



du lundi au vendredi de 8 h 30 à 19 heures sans interruption (hors jours fériés)

Des services accessibles via internet

Malakoff Humanis Prévoyance met en œuvre des services, accessibles notamment sur **votre espace sécurisé internet** :

malakoffhumanis.com

Ces services ont pour but de vous apporter des informations sur vos garanties de prévoyance et vous aider dans vos démarches en cas de demande de prestations.

Plus généralement, vous trouverez également présentées sur le site des informations concernant les domaines de la retraite, la prévoyance et la santé.



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



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

