

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES INDUSTRIES ET DU COMMERCE DE LA RECUPERATION

NOTICE D'INFORMATION

« REGIME DE PREVOYANCE »

(Référéncées NI-CCN Récupération -PREV- janvier 2022)

SOMMAIRE

| | |
|---|-----------|
| PREAMBULE | 3 |
| MODALITES D’AFFILIATION | 3 |
| PRISE EN CHARGE DES RISQUES EN COURS | 5 |
| LES GARANTIES | 6 |
| GARANTIES DECES | 6 |
| <i>Quel est l’objet des garanties ?</i> | 6 |
| 1. CAPITAL DECES «TOUTES CAUSES» | 6 |
| 2. MAJORATION DECES PAR ACCIDENT DU TRAVAIL OU MALADIE PROFESSIONNELLE | 6 |
| 3. PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D’AUTONOMIE | 6 |
| 4. RENTE EDUCATION (ASSUREE PAR L’OCIRP) | 7 |
| 4. RENTE HANDICAP (ASSUREE PAR L’OCIRP) | 7 |
| 5. DOUBLE EFFET CONJOINT | 8 |
| 5. FRAIS D’OBSEQUES | 8 |
| <i>Quels sont les bénéficiaires en cas de décès ?</i> | 10 |
| ENTREE EN VIGUEUR DES GARANTIES – SUSPENSION ET CONDITIONS DE MAINTIEN | 12 |
| <i>Quand débutent les garanties ?</i> | 12 |
| <i>Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail</i> | 12 |
| CESSATION DE L’AFFILIATION DES PARTICIPANTS | 13 |
| MAINTIEN DES GARANTIES ET DES PRESTATIONS | 13 |
| <i>Maintien des garanties au titre de l’article 5 de la loi Evin du 31 décembre 1989</i> | 15 |
| <i>Maintien de la garantie rente handicap</i> | 15 |
| <i>Sort de la Garantie Décès en cas de cessation de l’affiliation du participant</i> | 15 |
| COTISATIONS | 15 |
| <i>Paiement des cotisations</i> | 15 |
| EXONERATION DES COTISATIONS ET MAINTIEN DES GARANTIES | 15 |
| <i>Exonération des cotisations</i> | 15 |
| <i>Maintien des garanties</i> | 16 |
| <i>Cessation de l’exonération des cotisations et du maintien des garanties</i> | 16 |
| SALAIRE DE REFERENCE | 16 |
| REVALORISATION | 16 |
| <i>Champ d’application</i> | 16 |
| <i>Revalorisation des Prestations</i> | 16 |
| <i>Revalorisation du salaire de référence</i> | 17 |
| <i>Plafond de revalorisation</i> | 17 |
| EFFET DE LA RESILIATION OU DU NON RENOUVELLEMENT DE L’ADHESION | 17 |
| <i>Effet de la résiliation ou du non renouvellement sur les prestations en cours de service</i> | 17 |
| <i>Effet de la résiliation ou du non renouvellement sur les garanties décès</i> | 17 |
| DEFINITION DU CONJOINT | 18 |
| DEFINITION DES ENFANTS A CHARGE | 19 |
| DEGRE ELEVE DE SOLIDARITE | 19 |
| RISQUES EXCLUS | 19 |
| RECOURS – PRESCRIPTION | 20 |
| <i>Recours subrogatoire</i> | 20 |
| <i>Prescription</i> | 20 |

| | |
|---|-----------|
| RECLAMATIONS – REGLEMENTS DES LITIGES | 21 |
| CONTROLE | 21 |
| DISPOSITIONS DIVERSES | 21 |
| POUR MIEUX SE COMPRENDRE | 24 |
| VERSEMENT DES PRESTATIONS | 25 |
| <i>Déclaration des sinistres</i> | 25 |
| <i>Obligations du participant</i> | 28 |
| <i>Délai d’envoi des dossiers : Déchéance partielle</i> | 29 |
| <i>Contrôles médicaux</i> | 29 |
| DISPOSITIONS PARTICULIERES CONCERNANT LE VERSEMENT DE LA PRESTATION DECES | 30 |
| L’ACTION SOCIALE : UNE DIMENSION HUMAINE | 31 |

IMPORTANT

**DOCUMENT A REMETTRE
A VOTRE EMPLOYEUR**

Je soussigné(é), _____

certifie avoir reçu de mon employeur une notice d'information relative au régime de prévoyance auquel il a adhéré auprès de MALAKOFF HUMANIS PREVOYANCE en application de la convention collective de notre profession.

**A _____ le _____
Signature**

PREAMBULE

Les partenaires sociaux de la Convention collective nationale des Industries et du Commerce de la Récupération ont signé un accord paritaire national en date du 10 octobre 2019, instaurant un régime de prévoyance obligatoire au profit du personnel Non Cadre.

Votre employeur, ci-après dénommé « l'Adhérent » relevant de la Convention collective nationale des Industries et du Commerce de la Récupération, adhère au contrat d'assurance collective du régime de prévoyance mis en œuvre par Malakoff Humanis Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale, dont le siège social est à PARIS (75009) 21 Rue Laffitte, ci-après dénommée « l'Institution ».

Malakoff Humanis Prévoyance est par ailleurs habilitée à gérer la garantie rente éducation et la garantie rente handicap assurée par l'OCIRP, Organisme Commun des Institution de Rente et de Prévoyance - Union d'institutions de prévoyance régie par le code de la Sécurité sociale, en application de la Convention collective.

Sont détaillés au sein de cette notice les garanties du régime Prévoyance ainsi que les éléments permettant au participant de mieux comprendre leurs modalités d'application.

Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez vous adresser à votre Direction des ressources humaines ou directement à votre centre de gestion.

MODALITES D'AFFILIATION

L'Adhérent s'engage à affilier l'ensemble de ses salariés Non Cadres sous contrat de travail à la date d'effet du contrat d'adhésion.

On entend par salariés non cadres, le personnel ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'accord du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres.

Sont concernés les salariés en activité, les salariés en arrêt de travail pour maladie ou accident indemnisés par la Sécurité sociale, les salariés durant leur congé de maternité ou de paternité ainsi que les salariés en formation à l'extérieur de l'entreprise (projet de transition professionnelle (PTP)...)

Les salariés en arrêt de travail (incapacité temporaire de travail y compris en temps partiel pour raison thérapeutique, ou invalidité) ou les bénéficiaires de rente éducation et/ou de rente handicap en cours de service à la date d'effet de l'adhésion de l'employeur devront être déclarés à l'Institution au moyen du formulaire "déclaration de reprise de passif".

Pour la présente notice d'information, chaque salarié ainsi affilié est appelé « Participant ».

Lors de l'adhésion de l'entreprise ou de son entrée en fonction, chaque participant appartenant à la catégorie assurée renseigne et signe la Déclaration d'Affiliation établie par l'Institution sur support papier ou dématérialisé, si les données nécessaires à l'affiliation ne sont pas transmises par l'Adhérent par la DSN. Il y précise notamment son état civil.

En lieu et place de cette déclaration, l'Adhérent peut communiquer à l'Institution sur tout support de son choix, la liste de tous les membres du personnel appartenant à la catégorie assurée.

Obligations déclaratives de l'Adhérent dans le cadre de la DSN :

L'Adhérent doit utiliser la fiche de paramétrage DSN transmise par l'organisme assureur et corriger les anomalies de la DSN relevées dans le Compte Rendu Métier (CRM) mis à sa disposition.

Les éléments ci-dessous mentionnés doivent être fournis par les flux mensuels DSN.

A défaut, sur demande de l'organisme assureur, l'Adhérent fournit les informations comme indiqué ci-dessous.

A la souscription du contrat

L'Adhérent doit adresser à l'organisme assureur dans un délai maximum de trente jours après la date d'effet du contrat :

- la liste nominative du personnel assurable avec indication pour chaque intéressé de ses nom, prénom, année de naissance, de sa situation de famille.

La liste précitée doit impérativement indiquer :

- si le contrat de travail est suspendu, avec indication de la date d'effet de la suspension et du motif,
- si le Participant exerce son activité avec réduction d'horaire pour raison de santé,
- si le Participant bénéficie du dispositif « cumul emploi-retraite ».

- les formulaires individuels d'affiliation doivent être-régularisés par la totalité des personnes répondant à la définition des personnes assurables à la date d'effet du contrat.

L'Adhérent doit déclarer tous les Participants au contrat dont :

- ses anciens salariés bénéficiant d'un maintien de leurs droits à un contrat collectif au titre de la portabilité,
- ses salariés et anciens salariés en incapacité temporaire de travail ou invalidité,
- les bénéficiaires de rente d'éducation et/ou rente de conjoint en cours de service.

La déclaration doit être accompagnée :

- du montant et de la description des garanties de même nature précédemment assurées par un autre organisme assureur,
- des éléments servant de base au calcul des prestations servies ainsi que de leurs conditions d'attribution et de versement.

L'Adhérent s'engage à ce que les salariés accomplissent le cas échéant les formalités médicales prévues au contrat.

En cours de contrat

L'Adhérent doit déclarer les mouvements de ses effectifs entrants et sortant dans la catégorie assurée et signaler les modifications de situation professionnelle et familiale des assurés :

Les éléments ci-dessous mentionnés doivent être fournis par les flux mensuels DSN.

A défaut de déclaration par les flux DSN, l'Adhérent doit dans un délai de trente jours après la date de l'événement :

- transmettre à l'organisme assureur, à la fin de chaque exercice civil et au plus tard au 31 janvier suivant, la liste nominative du personnel assuré précisant : leurs nom, prénom, date de naissance, numéro d'immatriculation à la Sécurité sociale, situation de famille, date d'entrée et de sortie dans l'exercice et la base de calcul des cotisations et assiette de cotisations individualisée,
- informer de la suspension des contrats de travail des salariés éligibles au maintien des garanties,
- informer de la rupture des contrats de travail et du motif de celle-ci pour les salariés éligibles au maintien des garanties prévues « En cas de cessation du contrat de travail (portabilité) »,
- informer du décès de ses salariés.
- s'assurer que les formulaires individuels d'affiliation soient régularisés par la totalité des nouvelles personnes répondant à la définition des personnes assurables, et le cas échéant, s'engager à ce que ces salariés accomplissent les formalités médicales prévues au contrat,
- signaler les modifications de situation professionnelle et familiale des Participants,

Si les éléments d'affiliation ne sont pas transmis à l'organisme assureur dans le délai de trente jours après la date de l'événement ou s'ils sont incomplets, l'affiliation ne prend effet qu'après l'accord exprès de l'organisme assureur et à compter de la date prévue dans celui-ci.

L'Adhérent doit informer immédiatement l'organisme assureur afin de maintenir, d'adapter ou de résilier le contrat en cas de circonstances nouvelles, conformément aux dispositions contractuelles prévues en cas d'évolution du risque assuré.

PRISE EN CHARGE DES RISQUES EN COURS

L'Institution garantit au jour de la date d'effet du contrat d'adhésion de l'entreprise les personnes en arrêt de travail à cette date, selon les conditions définies ci-après :

- pour les personnes en arrêt de travail non garanties au titre d'un contrat existant antérieurement :
bénéfice des garanties décès prévues au contrat,
- pour les personnes en arrêt de travail garanties au titre d'un contrat existant antérieurement :
 - revalorisation de la base des garanties Décès maintenue au titre de ce même contrat dans les conditions prévues dans la présente notice d'information ; dans le cas où cette revalorisation ne serait pas prévue au titre du contrat existant antérieurement,
 - le cas échéant, bénéfice des garanties décès, pour le montant des prestations qui excèdent celui des garanties décès maintenues par l'ancien assureur, revalorisées au titre de l'alinéa précédent.
- pour les personnes titulaires d'une rente éducation et/ou rente handicap au titre d'un contrat existant antérieurement :
 - revalorisation future des rentes éducation et/ou des rentes handicap en cours de service dans les conditions prévues dans la présente notice d'information.

Dans ce cas, l'Institution calculera la cotisation additionnelle nécessaire à la constitution des provisions correspondantes.

LES GARANTIES

GARANTIES DECES

Quel est l'objet des garanties ?

1. CAPITAL DECES «TOUTES CAUSES»

En cas de décès d'un Participant, quelle qu'en soit la cause, l'Institution verse en une seule fois au(x) bénéficiaire(s) désigné(s), un capital dont le montant est précisé en annexe I de la présente notice d'information.

2. MAJORATION DECES PAR ACCIDENT DU TRAVAIL OU MALADIE PROFESSIONNELLE

En cas de décès consécutif à un accident du travail (articles L.411-1 et suivants du code de la Sécurité sociale) ou une maladie professionnelle (articles L.461-1 et suivants du code de la Sécurité sociale) reconnu et indemnisé comme tel par la Sécurité Sociale, l'Institution verse au bénéficiaire un capital supplémentaire dont le montant est précisé en annexe I de la notice d'information.

Ce capital est versé à condition :

- que le décès survienne dans un délai maximum d'un an :
 - après la date de l'accident du travail, et résulte des suites des blessures ou lésions constatées à cette occasion,
 - après la date de reconnaissance de la maladie professionnelle par la Sécurité Sociale, et résulte des conséquences pathologiques de ladite maladie professionnelle.
- et que le contrat soit toujours en vigueur à la date du décès, excepté si le participant se trouve dans la situation visée en cas de résiliation ou du non renouvellement de l'adhésion.

La preuve de la relation directe entre l'accident du travail ou la maladie professionnelle et le décès ainsi que la preuve de la nature de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle, incombent au bénéficiaire du capital.

3. PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE

On entend par Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A.), le cas du Participant reconnu par l'Institution et définitivement incapable de se livrer à aucune occupation, ni aucun travail, lui procurant gain ou profit et dont l'état de santé nécessite l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

Il doit en outre être classé en invalidité de 3^{ème} catégorie par la Sécurité Sociale (article L. 341-4 du Code de la Sécurité Sociale), ou se voir attribuer, en cas d'accident de travail, une rente correspondant à un taux de 100% résultant du barème accidents du travail, et bénéficié de la majoration pour l'assistance d'une tierce personne (article L. 434-2 du Code de la Sécurité Sociale).

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie du Participant, reconnue par l'Institution, celle-ci lui verse par anticipation, à la date de consolidation sur demande du participant :

- un Capital dont le montant est précisé en annexe I de la présente notice d'information,
- s'il y a lieu les Rentes Education définies au point 4,
- s'il y a lieu les Rentes Handicap définies au point 5,

sous réserve que le contrat d'adhésion soit toujours en vigueur à la date de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie du participant, excepté si le Participant se trouve dans la situation visée en cas de résiliation ou du non renouvellement de l'adhésion.

Le capital incluant les éventuelles majorations pour enfants à charge ainsi que les rentes sont versés à compter de la consolidation de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie du Participant.

A la demande du Participant, le capital pourra être versé soit en rente temporaire (sur 2 ans maximum) soit en 2 fois, le deuxième versement intervenant alors à la date anniversaire du premier.

Le paiement du capital et/ou des rentes par anticipation en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie du Participant met fin au capital décès toutes causes, à la rente éducation et à la rente handicap.

4. RENTE EDUCATION (ASSUREE PAR L'OCIRP)

En cas de décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie d'un Participant, l'Institution verse à chaque enfant à charge tels que définis dans la présente notice une rente annuelle temporaire dont le montant annuel est fixé en annexe I de la présente notice.

Le montant de la rente est variable en fonction de l'âge de l'enfant, la rente est dite alors « progressive par palier ». Les paliers sont définis en annexe I dans la présente notice en fonction de l'âge de l'enfant. Un palier court du 1^{er} jour du mois civil suivant la date du décès ou de la reconnaissance de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie du Participant, ou du lendemain du dernier jour du palier précédent, jusqu'à la fin du trimestre civil au cours duquel l'enfant atteint un âge limite indiqué en annexe I de la présente notice.

Le montant de la rente éducation est doublé pour les orphelins des deux parents quel que soit l'ordre des décès du Participant ou de son conjoint tel que défini dans la présente notice.

Les rentes sont payables trimestriellement et par avance.

Le bénéficiaire des prestations, ou son représentant légal, devra produire annuellement à l'Union-OCIRP, une déclaration sur l'honneur, avec la mention « non décédé » ou toute pièce justificative valant certificat de vie. De même, le bénéficiaire ou son représentant légal devra fournir tout justificatif que l'Union-OCIRP pourrait être amenée à réclamer pour justifier de sa situation au regard des conditions fixées pour bénéficier des prestations.

À défaut de production de ces éléments, le versement des prestations en cours est suspendu.

Par ailleurs, les prestations cessent d'être dues à compter du premier 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, et en tout état de cause à la date de son décès.

Par dérogation, le versement des prestations peut être repris si l'enfant réunit de nouveau les conditions d'ouverture de droits. Cette disposition ne peut en tout état de cause s'appliquer qu'une seule fois.

Les prestations sont payées au plus tard dans un délai de trois mois après le dépôt du dossier (demande de liquidation de prestations accompagnée de l'ensemble des pièces justificatives) auprès de l'Institution.

Les prestations prennent effet à compter du premier jour du mois civil suivant la date du décès ou celle de reconnaissance de perte totale et irréversible d'autonomie.

En cas de disparition du Participant, le paiement des prestations interviendra après reconnaissance du décès par absence, par le tribunal compétent.

Le paiement de la rente par anticipation en cas de perte totale et irréversible d'autonomie du participant met fin à la garantie Rente éducation en cas de décès.

4. RENTE HANDICAP (ASSUREE PAR L'OCIRP)

En cas de décès d'un Participant, il sera versé aux enfants handicapés à la date du décès, en complément du capital décès et de la rente éducation éventuellement versée, une rente viagère handicap dont le montant est précisé en annexe I de la présente notice.

L'évolution du montant de la prestation est indexée sur l'augmentation du montant de l'allocation aux adultes handicapés (AAH).

Est reconnu comme handicapé l'enfant légitime, naturel ou adoptif atteint d'une infirmité physique et/ou mentale qui l'empêche soit de se livrer, dans des conditions normales de rentabilité, à une activité professionnelle, soit, s'il est âgé de moins de 18 ans, d'acquérir une instruction ou une formation professionnelle d'un niveau normal, tel que défini par l'article 199 septies (2°) du code général des impôts.

La rente peut également être versée, à la demande du participant s'il est considéré en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie telle que définie dans la présente notice.

Le handicap est apprécié au jour du décès ou de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie du Participant.

Le paiement de la rente par anticipation en cas de perte totale et irréversible d'autonomie du participant met fin à la garantie Rente Handicap en cas de décès.

Les rentes handicap sont versées à chaque enfant handicapé ou à son représentant légal. Elles sont payables trimestriellement à terme échu. La prestation prend effet à compter du 1^{er} jour du mois civil suivant la date du décès ou de celle de la reconnaissance de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

5. DOUBLE EFFET CONJOINT

L'Institution verse aux enfants à charge par parts égales entre eux, ou à leur représentant légal, en cas de décès du conjoint, tel que défini dans la présente notice, simultanément ou postérieurement à celui du Participant, un capital dont le montant est fixé en annexe I de la présente notice.

La garantie de l'Institution est accordée sous les conditions suivantes :

- le conjoint ou assimilé décède au plus tôt le jour du décès du Participant et au plus tard à l'âge légal d'ouverture du droit à la pension vieillesse de la sécurité sociale,
- il satisfait, au jour du décès, à la définition du conjoint tel que défini dans la présente notice,
- il laisse un ou plusieurs enfants, à sa charge au moment de son décès, et initialement à la charge du Participant,
- le contrat d'adhésion est toujours en vigueur à la date de son décès.

Si le représentant légal des enfants à charge n'est pas une personne physique, les prestations sont bloquées sur un compte particulier jusqu'à la majorité de l'enfant, les démarches d'ouverture de ce compte étant à la charge de la personne morale.

5. FRAIS D'OBSEQUES

L'Institution verse une allocation dont le montant et les conditions sont fixés en annexe I de la présente notice :

- au Participant, en cas de décès :
 - de son Conjoint ou assimilé,
 - ou d'un enfant à charge,
- à la personne justifiant avoir exposé les frais d'obsèques du participant en cas de décès de celui-ci.

Le montant de l'allocation est limité aux frais réellement engagés en cas de décès d'un enfant de moins de 12 ans, d'un majeur sous tutelle ou d'une personne placée en établissement psychiatrique.

6. INVALIDITE

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 1re, 2e ou 3e 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 1re 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 3e catégorie de la Sécurité sociale. Lorsque le taux d'incapacité est au moins égal à 80%, l'assimilation est faite à une invalidité permanente de 3e 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 :

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

Versement des prestations :

La rente est payable trimestriellement à terme échu, sur présentation du dossier complet défini au titre « Versement des prestations ».

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

Néanmoins, le souscripteur doit préciser à l'organisme assureur le destinataire du paiement de la rente lorsque l'assuré invalide reste inscrit dans les effectifs du souscripteur. Dans ce cas, le paiement effectué au souscripteur libère l'organisme assureur à l'égard de l'assuré.

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.

Quels sont les bénéficiaires en cas de décès ?

CLAUSE BENEFICIAIRE CONTRACTUELLE

A défaut de désignation particulière du Bénéficiaire, ou si cette désignation est devenue caduque, ou en cas de décès du ou des Bénéficiaires avant le décès du participant, le(s) bénéficiaire(s) des prestations en capital dues au titre des garanties définies au point 1 et 2 est (sont) :

- le conjoint survivant non séparé de corps par un jugement définitif passé en force de chose jugée, à défaut le concubin ou le partenaire lié par un PACS tels que définis dans la présente notice (ceux-ci ayant toujours cette qualité au jour du décès),
- à défaut, les enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, du Participant, par parts égales entre eux,
- à défaut, aux petits enfants du Participant, par parts égales entre eux,
- à défaut, aux parents du Participant, par parts égales entre eux ou le survivant d'entre eux,
- à défaut, aux grands parents du Participant, par parts égales entre eux ou le (s) survivant (s) d'entre eux,
- à défaut, à ses héritiers suivant la dévolution successorale.

L'Institution n'est tenue qu'à un seul versement au(x) bénéficiaire(s) apparent(s).

MODALITES DE DESIGNATION DE BENEFICIAIRE(S) PAR LE PARTICIPANT

Au moment ou au cours de son affiliation, le Participant peut désigner toute autre personne ou fixer un ordre d'attribution et de partage d'un capital différent, grâce à un formulaire particulier à demander auprès de l'Institution. Les coordonnées du ou des bénéficiaires nommément désignés peuvent y être portées afin de permettre à l'Institution de les contacter, en cas de décès. La désignation du ou des bénéficiaires peut également être effectuée par Acte sous signature privée ou par Acte authentique.

La désignation peut être revue à tout moment, notamment si celle-ci n'est plus appropriée (changement

de situation familiale du Participant, naissance...).

Lorsqu'une désignation de bénéficiaire nominative devient caduque par la disparition du ou des bénéficiaires, par annulation du Participant ou en cas de révocation prévue par le Code civil, sans nouvelle désignation, la désignation contractuelle s'applique.

Des règles spécifiques à chacune des garanties définies aux points 3 à 5 ci-dessus sont appliquées pour l'attribution de leur bénéfice.

CAS PARTICULIERS

➤ Les majorations du Capital Décès résultant de la présence d'enfants à charge au sens du contrat sont attribuées :

- au parent survivant, s'il est bénéficiaire,
- ou, à défaut, aux enfants à charge, par parts égales entre eux, ou à leur représentant légal.

Si le représentant légal n'est pas une personne physique, les prestations sont bloquées sur un compte particulier jusqu'à la majorité de l'enfant, les démarches d'ouverture de ce compte étant à la charge de la personne morale.

➤ Au cas où le bénéficiaire désigné est un organisme prêteur, le Capital Décès, lui sera versé à hauteur du prêt restant dû, le solde revenant aux autres bénéficiaires.

➤ En cas de décès du participant et du ou des bénéficiaires au cours d'un même événement, sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès, le participant est présumé avoir survécu le dernier.

➤ **En cas de décès du participant intentionnellement causé ou provoqué par un bénéficiaire condamné à ce titre, le capital ou les rentes sont versés, sur justification d'un jugement ayant autorité de la chose jugée déterminant toutes les responsabilités :**

- **aux autres bénéficiaires désignés,**
- **ou aux bénéficiaires subséquents selon l'étude des désignations prévues dans la clause bénéficiaire.**

DISPOSITIONS GENERALES

ENTREE EN VIGUEUR DES GARANTIES – SUSPENSION ET CONDITIONS DE MAINTIEN

Quand débutent les garanties ?

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

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

Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail

Suspension du contrat de travail rémunérées ou indemnisées

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

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

Ce maintien donne lieu à paiement des cotisations excepté pour le Participant en incapacité de travail ou en invalidité exonéré de ce paiement dans les conditions prévues dans la présente notice.

Suspension du contrat de travail non rémunérées ou non indemnisées

En cas de suspension du contrat de travail non rémunérée d'une durée inférieure à un mois, l'affiliation au contrat et par conséquent les garanties sont maintenues au Participant, moyennant le paiement des cotisations.

En cas de suspension du contrat de travail non rémunérée d'une durée supérieure ou égale à un mois, les garanties du contrat sont suspendues.

La suspension intervient à la date de la cessation de l'activité professionnelle dans l'entreprise adhérente et s'achève dès la reprise effective du travail par l'intéressé au sein de l'effectif assuré, sous réserve que l'Institution en soit informé dans un délai de trois mois suivant la reprise. A défaut, la garantie ne prendra effet qu'à compter de la réception par l'Institution de la déclaration faite par l'Adhérent.

Toutefois, ces derniers ont la possibilité de demander le maintien des garanties du présent contrat, pendant la suspension de son contrat de travail dans le cadre d'un contrat collectif facultatif.

Ce maintien donne lieu à paiement à la charge exclusive du Participant des cotisations à l'exception des Participants en congé maternité, paternité ou parental dans les conditions mentionnées ci-après.

- 1) L'Adhérent est tenu :
 - d'informer l'Institution de la suspension du contrat de travail,
 - d'informer l'Institution du choix du participant de bénéficier du maintien des garanties ainsi que de communiquer à l'Institution, tout document émanant du participant et constatant le choix de celui-ci.
- 2) Le Participant est tenu :
 - de remplir et d'envoyer à l'Institution un Bulletin Individuel d'Affiliation
 - de fournir à l'Institution les informations nécessaires au paiement des cotisations permettant le maintien des garanties (coordonnées bancaires, autorisation de prélèvement...);
 - de payer les cotisations afférentes au maintien des garanties.

Les cotisations seront recouvrées selon la périodicité indiquée sur le Bulletin Individuel d'Adhésion.

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

A défaut de paiement d'une seule des cotisations dans les dix jours de son échéance, l'adhésion individuelle du Participant pourra être résiliée dans un délai de quarante jours à compter de l'envoi de la lettre recommandée de mise en demeure. Celle-ci ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les cotisations dues doivent être payées. La résiliation de l'adhésion individuelle par l'Institution ne la prive pas de la faculté de poursuivre en justice le recouvrement des sommes qui lui sont dues, y compris les majorations de retard.

L'adhésion individuelle non résiliée reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées à l'Institution les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

Assiette des cotisations

A l'exception des Participants bénéficiant d'un maintien total de salaire versé par l'Adhérent, la rémunération brute servant au calcul des cotisations s'entend de la rémunération perçue au cours du dernier mois de pleine activité du Participant éventuellement revalorisée multiplié par 12 et comprenant les primes soumises à cotisations sociales.

Le Participant dont le contrat de travail est suspendu qui bénéficie d'un maintien total de salaire cotise sur la base de celui-ci.

Maintien gratuit des garanties Décès en cas congé maternité, paternité et parental

Les garanties Décès du contrat sont maintenues sans paiement de cotisation à tout Participant en congé maternité, en congé paternité ou en congé parental pendant la durée du congé.

CESSATION DE L’AFFILIATION DES PARTICIPANTS

Sous réserve de l'application du maintien des garanties en cas de chômage total, l'affiliation du participant cesse de plein droit :

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

La cessation de l'affiliation entraîne la fin des garanties sous réserve des dispositions de maintien des garanties prévues ci-après.

MAINTIEN DES GARANTIES ET DES PRESTATIONS

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

CONDITIONS AU MAINTIEN DE L’AFFILIATION

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

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

Le salarié peut effectuer sa demande de maintien de garanties via le formulaire mis à sa disposition sur son Espace Client. Les justificatifs de prolongation de droits à la portabilité seront à transmettre chaque mois selon les mêmes modalités.

Il incombe à l'Adhérent d'informer le Participant du principe et de l'étendue du droit au maintien des garanties.

L'Institution n'est tenue du maintien des garanties qu'autant que :

- conformément au 5° de l'article L.911-8 du code de la Sécurité sociale, le Participant satisfait aux obligations déclaratives rappelées ci-après,
- conformément au 6° de l'article L.911-8 du code de la Sécurité sociale, l'Adhérent a informé l'Institution de la rupture du contrat de travail du Participant.

EFFET ET DUREE DU MAINTIEN DE L'AFFILIATION

L'affiliation du Participant est maintenue à compter du lendemain de la cessation du contrat de travail pour une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de celle de son dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez un même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au mois supérieur, **sans pouvoir excéder douze mois.**

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

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

OBLIGATIONS DECLARATIVES

Conformément au 5° de l'article L.911-8 du code de la Sécurité sociale, le Participant souhaitant bénéficier du maintien des garanties doit fournir à l'Institution :

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

GARANTIES

Le participant conserve les garanties dont il bénéficiait effectivement lors de la cessation de son contrat de travail.

La base de calcul des prestations reste constituée par la rémunération brute définie contractuellement perçue au cours des douze mois civils précédant la date de cessation du contrat de travail, **à l'exclusion des sommes devenues exigibles du fait de la rupture du contrat de travail.** Si la période de référence est inférieure à douze mois, la rémunération brute est annualisée à partir de la moyenne mensuelle des rémunérations brutes perçues.

La désignation de Bénéficiaires en cas de décès éventuellement établie par le Participant durant sa période d'activité demeure valide.

En tout état de cause, les évolutions des garanties du contrat ainsi que la résiliation de celui-ci intervenant durant la période de portabilité sont opposables au Participant.

L'Adhérent s'engage à informer le Participant de toute modification des garanties qui interviendrait au titre du contrat, notamment en lui remettant l'addenda modificatif de la notice d'information ou la nouvelle notice d'information établie par l'Institution.

FINANCEMENT

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

Maintien des garanties au titre de l'article 5 de la loi Evin du 31 décembre 1989

En cas de résiliation ou de non-renouvellement de l'adhésion de l'employeur, les participants peuvent continuer à bénéficier de garanties à titre individuel, moyennant le paiement de cotisations spécifiques, sous réserve d'en faire la demande à l'Institution dans les trois mois suivant la date d'effet de la résiliation.

Maintien de la garantie rente handicap

Lorsque le contrat de travail du Participant est rompu, celui-ci peut demander à l'Institution le maintien d'une couverture Rente handicap à titre individuel. La demande doit être faite dans les 6 mois suivant la date de rupture du contrat de travail.

Sort de la Garantie Décès en cas de cessation de l'affiliation du participant

Sous réserve des dispositions de l'article 7-1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, en cas de rupture du contrat de travail du Participant (exception faite de l'application du maintien des garanties au titre de la portabilité des droits) ou d'évolution dans une catégorie non assurée, la couverture Décès cesse d'être garantie par l'Institution : ceci sans préjudice des stipulations concernant l'exonération de cotisation et le maintien des garanties

COTISATIONS

Paiement des cotisations

Les cotisations annuelles sont fixées en fonction notamment des garanties souscrites et compte tenu des dispositions réglementaires en vigueur.

Elles sont exprimées en fonction du total des tranches de rémunération brute 1 et 2 soumises à cotisations.

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

Pour les Participants en arrêt de travail, les indemnités journalières sont exclues de ladite assiette lorsque l'Adhérent est subrogé dans les droits du Participant vis-à-vis de son régime de Sécurité sociale.

Pour les salariés en suspension du contrat de travail bénéficiant d'un maintien de garanties, la base de calcul des cotisations est égale au montant de l'indemnisation perçue dans le cadre de la suspension du contrat de travail.

Toutefois, ces dispositions ne remettent pas en cause l'éventuelle exonération de cotisations prévue au contrat.

L'Adhérent est seul responsable du paiement de la totalité des cotisations vis-à-vis de l'Institution. A ce titre, il procède lui-même à leur calcul et à leur versement à l'Institution, aux différentes échéances prévues.

EXONERATION DES COTISATIONS ET MAINTIEN DES GARANTIES

Exonération des cotisations

Les garanties prévues en cas de décès du Participant sont maintenues, sans cotisation, à tout Participant ou ancien salarié en arrêt de travail percevant à ce titre des prestations de la Sécurité sociale, pour autant que la date de survenance de l'incapacité ou invalidité soit intervenue en période de couverture au titre du contrat ; c'est à dire entre la date d'effet du contrat d'adhésion de l'entreprise et sa date de résiliation et qu'il bénéficie toujours, à la date de son décès, des prestations de la Sécurité sociale au titre de cet arrêt ou au titre du classement en invalidité qui peut en résulter.

L'exonération est :

- totale s'il ne perçoit aucun salaire et s'il reste au moins un Participant actif cotisant chez l'Adhérent,
- ou bien partielle, les cotisations étant alors proportionnelles aux rémunérations brutes annuelles effectivement perçues du fait de l'activité réduite du participant en Incapacité Temporaire de Travail ou en Invalidité.

Maintien des garanties

Le Participant bénéficiant de l'exonération des cotisations visées ci-dessus bénéficie du maintien de l'ensemble des garanties souscrites dans les conditions en vigueur à la date du décès.

Cessation de l'exonération des cotisations et du maintien des garanties

L'exonération et le maintien des garanties cessent :

- dans les cas de cessation des prestations Incapacité Temporaire de Travail et Invalidité,
- en cas de résiliation du contrat d'adhésion sous réserve des dispositions relatives aux effets de la résiliation ou du non renouvellement de l'adhésion.

SALAIRE DE REFERENCE

Le salaire de référence pris en compte pour le calcul des prestations est défini au regard de la Rémunération brute du Participant au cours des douze derniers mois précédant le décès ou l'arrêt de travail ou de l'évènement ayant donné lieu à la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

Pour les Participants titulaires d'une pension de vieillesse du régime de Sécurité Sociale obligatoire reprenant une activité professionnelle salariée, le salaire de référence tel que déterminé ci-dessus est calculé sur la seule rémunération perçue au titre de l'activité salariée précédant l'arrêt de travail ou le décès.

Si la période de référence est inférieure à douze mois, la rémunération est annualisée à partir de la moyenne mensuelle des rémunérations brutes perçues.

Si la période de référence est inférieure à un mois, la Rémunération brute servant au calcul des prestations est celle prévue au contrat de travail.

En cas de décès ou de Perte totale et Irréversible d'Autonomie survenant au cours d'un arrêt de travail, les rémunérations prises en considération pour le salaire de référence sont celles précédant la date de l'arrêt de travail, revalorisées dans les conditions prévues dans la notice d'information.

REVALORISATION

Champ d'application

Sont revalorisables :

- les prestations Rentes Education,
- les prestations Rentes Handicap,
- le salaire de référence, en cas de décès ou de Perte totale et irréversible d'autonomie pour les Participants bénéficiant du maintien des garanties par suite d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité.

Revalorisation des Prestations

Prestations en cours de service :

Les Rentes Education et les Rentes Handicap sont revalorisées chaque année suivant un taux fixé par le Conseil d'Administration de l'OCIRP, organisme assureur de ces deux garanties.

Les prestations invalidité permanente rente Handicap et rente d'éducation, en cours de service, continuent à être versées à leur niveau atteint à la date de la résiliation dans les conditions prévues par le contrat.

On entend par prestations au niveau atteint, le cumul de la prestation de base et des revalorisations intervenues jusqu'à la date de résiliation du contrat.

Revalorisation postérieure à la résiliation

En cas de changement d'organisme assureur :

En application de l'article L. 912-3 du Code de la sécurité sociale, il incombe au souscripteur de s'assurer que le nouvel organisme assureur :

- prendra en charge la revalorisation des prestations en cours de service au titre de l'invalidité permanente ainsi que les rentes d'éducation ou d'handicap,
- revalorisera les bases de calcul des différentes prestations relatives à la couverture du risque décès.

En l'absence d'un nouvel organisme assureur :

La revalorisation des prestations en cours de service et de la base de calcul des garanties maintenues en cas de décès continue d'être effectuée dans les conditions et modalités prévues au contrat.

Revalorisation du salaire de référence

En cas de décès ou de Perte totale et irréversible d'autonomie pour les Participants bénéficiant du maintien des garanties par suite d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité, le salaire de référence est revalorisé en fonction de la variation de la valeur du point du régime unique AGIRC-ARRCO entre la date d'arrêt de travail et du sinistre.

Plafond de revalorisation

Le taux de revalorisation du salaire de référence, tel que mentionné ci-dessus, est limité au fonds général de revalorisation de l'Institution.

EFFET DE LA RESILIATION OU DU NON RENOUVELLEMENT DE L'ADHESION

La résiliation ou le non renouvellement de l'adhésion met fin aux garanties sous réserve des stipulations ci-dessous.

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

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

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

Effet de la résiliation ou du non renouvellement sur les garanties décès

Conformément à l'article 7-1 de la loi du 31 décembre 1989, issu de la loi n° 2001-624 du 17 juillet 2001, tout Participant bénéficiant des prestations incapacité temporaire de travail ou invalidité, bénéficie du maintien de la garantie décès à condition toutefois que le fait générateur de l'incapacité ou de l'invalidité se situe pendant la durée de validité du contrat avec notre Institution et que le décès survienne avant le terme de la période d'incapacité de travail ou d'invalidité.

En cas de résiliation du contrat d'adhésion de l'Adhérent, les garanties en cas de décès (capital décès, rentes OCIRP) sont maintenues par l'Institution ou par l'OCIRP pour les salariés et anciens salariés bénéficiaires des prestations complémentaires incapacité et invalidité, et tant que se poursuit l'arrêt de NI-CCN Récupération-PREV- janvier 2022

travail survenu avant la résiliation, et ce, au niveau de prestation défini par l'accord conventionnel de prévoyance au jour de la résiliation.

DEFINITION DU CONJOINT

Est considéré comme conjoint :

- le conjoint du participant marié, non séparé de corps judiciairement à la date de l'évènement donnant lieu à prestation,
- le partenaire lié au participant par un Pacte Civil de Solidarité (Pacs),
- le concubin du participant vivant maritalement sous le même toit, sous réserve que le concubin et le participant soient tous les deux célibataires, veufs ou séparés de corps judiciairement, que le concubinage ait été établi de façon notoire depuis plus d'un an et que le domicile fiscal des deux concubins soit le même. La condition de durée d'un an est supprimée lorsqu'au moins un enfant est né de cette union, ou lorsque le fait générateur de la prestation est d'origine accidentelle.

DEFINITION DES ENFANTS A CHARGE

Sont considérés comme enfants à charge, indépendamment de la position fiscale, les enfants du participant, les enfants du participant qu'ils soient légitimes, naturels, adoptifs ou reconnus :

- jusqu'à leur 18^{ème} anniversaire, sans condition ;
- jusqu'à leur 26^{ème} anniversaire sous condition, soit :
 - de poursuivre des études dans un établissement d'enseignement secondaire, supérieur ou professionnel, dans le cadre d'un contrat de professionnalisation ou encore dans le cadre d'une inscription au CNED (Centre National d'Enseignement à Distance) ;
 - 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 et 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 de Pôle Emploi comme demandeurs d'emploi,
 - ou stagiaires de la formation professionnelle,
 - d'être employé dans un Etablissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT) ou dans un atelier protégé en tant que travailleurs handicapés,
- sans limitation d'âge lorsque l'enfant à charge au moment du décès du Participant est reconnu en invalidité équivalente à l'invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie de la Sécurité Sociale justifiée par un avis médical ou tant qu'il bénéficie de l'allocation d'adulte handicapé ou tant qu'il est titulaire de la carte d'invalidité civile ou la carte « mobilité inclusion » portant la mention « invalidité ».

Par assimilation, sont considérés à charge, s'ils remplissent les conditions exposées ci-dessus, les enfants à naître et nés viables ainsi que les enfants recueillis (c'est-à-dire ceux du conjoint, de l'ex-conjoint éventuel ou du concubin ou partenaire lié par un PACS du Participant décédé qui ont vécu au foyer jusqu'au moment du décès et si leur autre parent n'est pas tenu au versement d'une pension alimentaire).

DEGRE ELEVE DE SOLIDARITE

Outre la mise en place d'un régime collectif de couverture prévoyance, votre Convention collective institue un fonds de solidarité permettant notamment la mise en œuvre d'aides individuelles ou de compléments de prestations et comprenant un caractère non contributif, et ce afin de satisfaire aux dispositions de l'article L.912-1, du code de la sécurité sociale.

RISQUES EXCLUS

Ne donnent pas lieu aux garanties définies au contrat et n'entraînent aucun paiement à la charge de l'Institution, les Sinistres qui résultent :

- **des conséquences de guerres civiles ou étrangères, d'émeutes, d'insurrections, d'attentats ou d'actes de terrorisme, quel que soit le lieu où se déroulent les faits ;**
- **des conséquences directes ou indirectes d'explosions, de dégagements de chaleur, d'irradiation lorsque ceux-ci proviennent de la transmutation de noyaux d'atome ou de la radioactivité.**

Le fait que l'Institution ait payé des Prestations correspondant à la réalisation d'un Risque exclu, même à plusieurs reprises, ne saurait impliquer, de sa part, une renonciation tacite au droit de se prévaloir de ces exclusions.

RECOURS – PRESCRIPTION

Recours subrogatoire

En cas de maladie ou d'accident imputable à un tiers, les prestations correspondant aux garanties Prévoyance définies dans la présente notice à caractère indemnitaire, constituent une avance sur recours. En conséquence, la victime ou ses ayants droit subroge(nt) l'Institution, dans leur (ses) droit(s) ou action(s) contre le(s) tiers responsable(s) dans la limite des prestations versées.

L'Institution se réserve la possibilité de leur demander une quittance subrogatoire.

Lorsque, du fait de la victime ou des ayants droit, notamment en l'absence de communication de pièces ou des coordonnées précises du sinistre et de l'assureur de responsabilité, d'abstention de constitution de partie civile ou d'absence d'information sur une procédure engagée, l'Institution n'a pu faire valoir ses droits, celle-ci dispose d'un recours contre la victime ou ses ayants droit.

Prescription

Toutes actions dérivant du contrat sont prescrites par DEUX ANS à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- **en cas de réticence, omission, déclaration fausse 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 l'ont ignorée jusque-là.**

Lorsque l'action de l'Adhèrent ou des Bénéficiaires 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'Adhèrent ou les Bénéficiaires concernés ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à dix ans pour les prestations Frais d'obsèques dès lors que le Bénéficiaire n'est pas le participant.

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

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

La prescription est également interrompue par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter :

- **en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique avec accusé de réception par l'Institution à l'Adhèrent.**
- **en ce qui concerne le règlement de la prestation, de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique avec accusé de réception par le Participant ou l'ayant droit à l'Institution.**

Lorsque le bénéficiaire est mineur ou incapable majeur, les délais visés aux alinéas ci-dessus ne courent qu'à compter du jour où l'intéressé atteint sa majorité ou recouvre sa capacité.

RECLAMATIONS – REGLEMENTS DES LITIGES

L'Institution met à la disposition de l'Adhérent et des Participants la possibilité de contacter le service « Satisfaction Clients » pour apporter une réponse à toute réclamation relative à l'application du présent contrat, à l'adresse suivante :

Malakoff Humanis Prévoyance
Satisfaction Clients
303, rue Gabriel Debacq
45 777 SARAN Cedex

Tél. (appel non surtaxé) : numéro mentionné sur les correspondances adressées par le centre de gestion

A compter de la réception de la réclamation, l'Institution apporte une réponse circonstanciée au demandeur dans un délai de dix jours ouvrés.

Dans l'hypothèse où la réponse ne pourrait pas être fournie dans ce délai, l'Institution lui adresse un courrier précisant le délai sous lequel une réponse circonstanciée pourra lui être apportée, sans pouvoir excéder au total un délai de deux mois.

Si un désaccord persistait après la réponse donnée par l'Institution et après épuisement des voies de recours internes, l'entreprise, le Participant, les bénéficiaires ou les ayants droit, ou avec l'accord de ceux-ci, l'Institution, peuvent saisir le Médiateur de la protection sociale (du Centre Technique des Institutions de Prévoyance (CTIP)), sans préjudice d'une action ultérieure devant le tribunal compétent :

Médiateur de la protection sociale (CTIP)
10 rue Cambacérés – 75008 PARIS
<https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/>

L'avis du médiateur est remis aux parties dans un délai de 90 jours à compter de la date de réception du dossier complet. Ce délai peut être prolongé par le médiateur en cas de litige complexe, conformément à la charte de médiation du CTIP disponible sur le site internet susvisé.

CONTROLE

L'Institution et l'OCIRP sont soumises au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 4 Place de Budapest, CS 92549, 75436 PARIS CEDEX 9.

DISPOSITIONS DIVERSES

Protection des données à caractère personnel

Conformément à la réglementation européenne et française en matière de données à caractère personnel, en particulier le Règlement Général sur la Protection des Données n°2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD ») et la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés »), le participant et les bénéficiaires sont informés par 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 du participant et des bénéficiaires peuvent être collectées et traitées pour les finalités suivantes :

- la souscription, la gestion, y compris commerciale, et l'exécution du contrat d'assurance ainsi que la gestion ou l'exécution de tout autre contrat souscrit auprès de Malakoff Humanis ou d'autres sociétés du groupe Malakoff Humanis ;
- la gestion des avis du participant 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 le participant 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 du participant 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) ;
- la proposition du participant et les bénéficiaires de produits, de services et/ou d'outils permettant de réduire la sinistralité ou d'offrir un contrat ou une prestation complémentaire par Malakoff Humanis ou ses partenaires ;
- la mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation, à destination du participant et des bénéficiaires.

Malakoff Humanis s'engage à ne pas exploiter les données personnelles du participant 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 ») du participant 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 du participant 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 du participant 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 du participant 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 du participant et des bénéficiaires ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

Les données à caractère personnel relatives à la santé du participant 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 du participant 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 le participant 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 du participant 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. Le participant 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. Le participant et les bénéficiaires disposent également d'un droit de s'opposer au traitement pour motifs légitimes, 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, le participant 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.

Le participant 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. »

POUR MIEUX SE COMPRENDRE

Acte authentique : Acte établi par un officier public et signé devant lui par toutes les parties à l'acte.

Acte sous signature privée : Acte dont la rédaction est libre, établi par l'une des parties à l'acte et signé par tous les participants à cet acte.

Bénéficiaire : Personne physique qui recevra la prestation due par l'Institution en cas de réalisation d'un risque garanti au présent contrat.

Garantie : Engagement de l'assureur de verser une prestation si le participant ou, le cas échéant, ses ayants droit sont victimes d'un Sinistre.

Plafond de la Sécurité Sociale : Plafond servant de base au calcul des cotisations de Sécurité Sociale et prévu aux articles L. 241-3 et D. 242-17 du Code de la Sécurité Sociale et modifié chaque année par arrêté.

Prestation : Mise en œuvre de la garantie par l'assureur.

Rémunération brute : Sommes et avantages perçus par le participant assujettis à charges sociales dans les conditions prévues à l'article L. 242-1 du Code de la Sécurité Sociale.

Rémunération nette : Rémunération brute déduction faite de toutes les charges sociales et autres contributions salariales légalement ou conventionnellement obligatoires.

Risque : Evénement aléatoire dont la réalisation est indépendante de la volonté du participant ou du bénéficiaire.

Sinistre : Réalisation du Risque.

Tranches soumises à cotisations sociales :

- Tranche A : fraction de la Rémunération brute annuelle au plus égale au Plafond annuel de la Sécurité Sociale.
- Tranche B : fraction de la Rémunération brute annuelle comprise entre le Plafond annuel de la Sécurité Sociale et quatre fois celui-ci.

VERSEMENT DES PRESTATIONS

Déclaration des sinistres

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

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

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

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

| CONSTITUTION DES DOSSIERS POUR L'OUVERTURE DES DROITS A PRESTATIONS EN CAS DE ... | Décès | PTIA | Double effet conjoint | Rente éducation / Rente handicapé | Frais d'obsèques | Invalidité | ORGANISME DELIVRANT LES PIECES |
|---|-------|------|-----------------------|-----------------------------------|------------------|------------|--------------------------------|
| Photocopie des bulletins de salaire correspondant à la période de référence servant au calcul des prestations | ● | ● | ● | ● | | | Adhérent |
| Photocopie de l'avis d'imposition sur les revenus du Participant (et éventuellement de ceux du conjoint et assimilé ou du bénéficiaire) | ● | ● | ● | ● | ● | | Impôts |
| Certificat médical précisant la cause du Décès : origine de la maladie, date et nature du décès | ● | | ● | ● | ● | | Médecin |
| Certificat de scolarité ou toutes pièces justificatives (contrat d'apprentissage...) pour tout Enfant à charge âgé de plus de 18 ans | ● | ● | ● | ● | ● | | Établissement Scolaire |
| Extrait d'acte de décès | ● | | ● | ● | ● | | Mairie |
| Extrait d'acte de naissance de chaque Bénéficiaire | ● | | ● | ● | | | Mairie |

| CONSTITUTION DES DOSSIERS POUR L'OUVERTURE DES DROITS A PRESTATIONS EN CAS DE ... | Décès | PTIA | Double effet conjoint | Rente éducation / Rente handicapé | Frais d'obsèques | Invalidité | ORGANISME DELIVRANT LES PIECES |
|---|-------|------|-----------------------|-----------------------------------|------------------|------------|--------------------------------|
| Extrait d'acte de naissance établi au nom du conjoint décédé | | | ● | | | | Mairie |
| Attestation indiquant la date initiale de l'arrêt de travail du Participant ou, en cas de décès, précisant que le Participant n'était pas en arrêt de travail | ● | ● | ● | ● | | | Adhérent |
| Si exonération ou taux réduit de CSG en cas de paiement des prestations directement à l'assuré ou au bénéficiaire : photocopie de l'avis d'imposition sur les revenus du bénéficiaire chaque année | | | | | | ● | Adhérent |
| Décomptes originaux de la Sécurité Sociale (excepté en cas de télétransmission de ceux-ci), ou à défaut attestation portant paiement de ses prestations en cas d'arrêt de travail à compter du début de l'indisponibilité | ● | ● | | | | ● | Sécurité Sociale |
| Acte de dévolution successorale ou certificat d'hérédité | ● | | ● | | | | Notaire / Mairie |
| En cas d'Accident ou de suicide, rapport de gendarmerie | ● | | ● | ● | ● | ● | TGI |
| Toute preuve établissant la nécessité d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie courante. | | | | | | ● | Sécurité Sociale |
| Notification de la Sécurité sociale mentionnant le classement de l'assuré en 3 ^{ème} catégorie ou l'attribution d'une incapacité permanente égale à 100% | | ● | | | | ● | MDPH |
| Le cas échéant, attestation de reprise de travail ou toute pièce attestant du licenciement ou de la démission ou la notification de liquidation de retraite | | | | | | ● | Adhérent |

| CONSTITUTION DES DOSSIERS POUR L'OUVERTURE DES DROITS A PRESTATIONS EN CAS DE ... | Décès | PTIA | Double effet conjoint | Rente éducation / Rente handicapé | Frais d'obsèques | Invalidité | ORGANISME DELIVRANT LES PIECES |
|---|-------|------|-----------------------|-----------------------------------|------------------|------------|--------------------------------|
| Notification de la Sécurité sociale mentionnant le classement de l'assuré dans une des catégories d'invalidé de la Sécurité sociale ou l'attribution d'un taux d'incapacité permanente au moins égal à 66%. | | | | | | ● | Sécurité Sociale |
| Justificatif de paiement de la rente d'invalidité ou d'incapacité permanente par la Sécurité sociale | | ● | | | | ● | Sécurité Sociale |

| CONSTITUTION DES DOSSIERS POUR L'OUVERTURE DES DROITS A PRESTATIONS EN CAS DE ... | Décès | PTIA | Double effet conjoint | Rente éducation / Rente handicapé | Frais d'obsèques | Invalidité | ORGANISME DELIVRANT LES PIECES |
|--|-------|------|-----------------------|-----------------------------------|------------------|------------|--------------------------------|
| Copie de la pièce d'identité du bénéficiaire en cours de validité signée (carte d'identité, passeport...) | ● | ● | ● | ● | ● | | Bénéficiaires |
| Copie intégrale du livret de famille du Participant | ● | ● | ● | ● | ● | | Mairie |
| RIB ou RIP au nom du destinataire de la rente | | ● | | ● | | | Banque |
| Attestation d'engagement dans les liens d'un PACS | ● | ● | ● | | ● | | Tribunal d'Instance |
| Justificatifs de domicile commun en cas de concubinage (avis d'imposition, facture EDF, bail commun, attestation d'assurance...) | ● | ● | ● | | ● | | Organisme compétent |
| Imprimé de demande de Prestations fourni par l'Institution dûment complété par l'Adhérent | ● | | | | | | Adhérent |

Obligations du participant

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

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

Par ailleurs, dans le cas d'un sinistre Incapacité Temporaire de Travail, si le participant perçoit un salaire de l'Adhérent et d'autres employeurs, le participant doit communiquer à l'Institution le montant exact de la Rémunération brute qu'il perçoit de ses autres employeurs.

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

Délai d'envoi des dossiers : Déchéance partielle

Les demandes de Prestations accompagnées des documents justificatifs visés ci-avant doivent être produites à l'Institution :

- **Au titre du risque Perte totale et irréversible d'autonomie** : dans un délai maximum de **deux ans** à compter de l'événement qui donne naissance à la demande de prestation (soit, selon les conditions posées à la mise en œuvre des garanties, à compter de la notification d'attribution d'une pension d'invalidité, d'une rente d'incapacité permanente, du classement dans une catégorie d'invalidité par la Sécurité sociale) ;
- **Au titre du risque décès** :
dans un délai maximum de **deux ans** suivant la date du décès de l'assuré si le bénéficiaire est le Participant ;
si le bénéficiaire est distinct du Participant, dans un délai maximum de **dix ans** suivant la date du décès de l'assuré ou la date à laquelle le bénéficiaire en a eu connaissance, sans que ces demandes puissent être postérieures au dépôt des sommes garanties auprès de la Caisse des Dépôts et Consignation.
- En effet, au-delà du délai de dix ans courant à compter de la date de prise de connaissance du décès par l'Institution, les sommes garanties qui n'ont pas fait l'objet d'une demande de versement de prestations de la part du (des) bénéficiaire(s) sont déposés à la Caisse des Dépôts et Consignations. Les bénéficiaires en sont informés par tout moyen par l'Institution, six mois avant l'expiration du délai précité.

Ainsi, sous réserve des règles de prescription, les demandes de prestations intervenant après le dépôt par l'organisme assureur des sommes entre les mains de la Caisse des Dépôts et Consignation doivent être formulées auprès de cette dernière. Les sommes en cas de décès non réclamées sont acquises à l'Etat à l'issue d'un délai de vingt ans à compter de la date de leur dépôt à la Caisse des Dépôts et Consignations.

Contrôles médicaux

Le médecin conseil de l'Institution n'est pas tenu par les constatations de la Sécurité sociale. L'Institution se base sur les conclusions de son médecin conseil pour apprécier l'état d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité du participant ou procéder au classement des invalides.

Le service médical de l'Institution peut faire procéder par un médecin désigné par lui, au contrôle médical du Participant qui formule des demandes ou bénéficie de prestations au titre des garanties prévues au contrat, lorsque ces Prestations sont liées à l'état de santé.

A toute époque, les médecins missionnés par le service médical de l'Institution doivent avoir, sous peine de déchéance de garantie et de suspension du paiement de la prestation en cours de service, un libre accès auprès du Participant en état d'incapacité ou d'invalidité, à son lieu de traitement ou à son domicile tous les jours ouvrables, afin de pouvoir constater son état de santé.

De même, le Participant doit se rendre aux convocations des médecins missionnés par le service médical de l'Institution.

Pour l'ensemble des garanties prévues au contrat, le service médical de l'Institution se réserve la possibilité de demander, dans le respect du secret médical, outre les pièces justificatives prévues pour l'ouverture des droits au bénéfice de chaque Prestation, des pièces complémentaires ou des examens permettant une juste appréciation de la situation du Participant.

Les décisions de l'Institution, notamment le refus, la réduction ou la cessation du versement des prestations, prises en fonction des conclusions du médecin que son service médical a missionné, sont notifiées au Participant par courrier recommandé.

Elles s'imposent à lui, s'il n'en a pas contesté le bien-fondé dans les trente jours suivant leur envoi, au moyen d'une attestation médicale détaillée.

Cette contestation doit être adressée au service médical de l'Institution par lettre recommandée avec avis de réception.

En cas de désaccord sur l'état de santé du Participant, le Participant et le service médical de l'Institution choisissent un médecin tiers arbitre pour les départager.

Faute d'entente sur son choix, la désignation en est faite par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile du Participant.

Dans ce cas, la décision du médecin arbitre s'impose au Participant et à l'Institution qui supportent par moitié les frais relatifs à sa nomination. Tant que cette procédure d'arbitrage n'a pas été menée jusqu'à son terme, les parties s'interdisent d'avoir recours à la voie judiciaire pour le règlement des Prestations.

En sus de ce contrôle mené à l'initiative de l'Institution, l'Adhérent donne mandat à l'Institution pour diligenter en son nom et pour son compte par son service médical des contre-visites médicales, à l'encontre d'un Participant, dans le respect des dispositions légales, dans tous les cas où elle estimerait une telle contre-visite médicale nécessaire. Les résultats de la contre-visite seront transmis à l'Adhérent.

Dans le cadre d'un accident ou de la mise en cause de la responsabilité d'un tiers faisant intervenir les prestations du contrat, une expertise privée ou judiciaire pourra remplacer la procédure de contrôle médical visée ci-dessus et aboutir également à une suspension ou cessation des versements.

DISPOSITIONS PARTICULIERES CONCERNANT LE VERSEMENT DE LA PRESTATION DECES

- 1) A compter de la date du décès du participant (ou du décès du conjoint ou assimilé, assuré pour la seule garantie double effet conjoint), le versement par l'Institution du capital forfaitaire et de l'allocation forfaitaire est revalorisé à compter de la date du décès jusqu'à la réception de l'intégralité des pièces justificatives nécessaires au règlement des prestations selon les conditions définies dans la présente notice.

La revalorisation ne peut être inférieure au taux minimum réglementaire.

Ainsi, le capital et/ou l'allocation dus non versés par l'Institution, en euros garantis en cas de décès, produisent de plein droit intérêt, net de frais, pour chaque année civile, à compter du jour du décès du participant assuré, au minimum à un taux égal au moins élevé des deux taux suivants :

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

La revalorisation *post-mortem* ne s'applique pas lorsque le capital ou l'allocation est versé au(x) bénéficiaire(s) dans la limite des frais d'obsèques réels engagés.

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

- 2) Par exception à ce qui précède, les dispositions suivantes s'appliquent aux rentes assurées par l'OCIRP, selon les garanties du contrat.

À compter de la date du décès du participant et jusqu'à la date de réception par l'Institution, en sa qualité de gestionnaire, des pièces nécessaires au paiement de la prestation, 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'Institution du décès du Participant est la date à laquelle l'Institution est informée du décès, par la réception de l'acte de décès.

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

L'ACTION SOCIALE : UNE DIMENSION HUMAINE

Nos équipes, composées de professionnels de l'action sociale, sont à votre disposition en cas de difficultés consécutives à un problème de santé, de handicap ou d'invalidité.

Au-delà de l'écoute et du soutien, elles peuvent selon les situations :

- ✓ orienter vers des organismes compétents pour apporter leur concours à l'obtention de droits ou la résolution de difficultés,
- ✓ conseiller sur les démarches à entreprendre,
- ✓ étudier la possibilité d'une aide financière, en fonction de votre situation économique et sociale.

Ces aides ne sont pas systématiques. Elles ne peuvent en aucun cas être assimilées à un complément des garanties contractuelles.

