

PRESTATAIRES DE SERVICES DU SECTEUR TERTIAIRE

Garanties de prévoyance Ensemble du personnel

Contrat collectif à adhésion obligatoire

CONDITIONS GÉNÉRALES n° 8387/2

1^{er} janvier 2019

Capital décès – Rente éducation – Rente de conjoint

Rente handicap – Incapacité temporaire de travail/Invalidité

SOMMAIRE

PRÉAMBULE	4
CONDITIONS GÉNÉRALES	5
TITRE 1 – DISPOSITIONS COMMUNES	5
ARTICLE 1 - CADRE JURIDIQUE - OBJET	5
ARTICLE 2 - SOUSCRIPTION DU CONTRAT	5
ARTICLE 3 - CONDITIONS DE REPRISE DES EN-COURS À LA DATE D'EFFET DU CONTRAT	6
ARTICLE 4 - MODIFICATIONS DU CONTRAT	7
ARTICLE 5 - AFFILIATION DES SALARIÉS	7
ARTICLE 6 - PRISE D'EFFET DES GARANTIES - DURÉE	7
ARTICLE 7 - COTISATIONS – DÉCLARATION NOMINATIVE ANNUELLE	9
ARTICLE 8 - PRESTATIONS	10
ARTICLE 9 - PRESCRIPTION	12
ARTICLE 10 - TERRITORIALITÉ	12
ARTICLE 11 - EXCLUSIONS – DÉCHÉANCE – LIMITATION DE GARANTIES	13
ARTICLE 12 - RÉSILIATION DU CONTRAT	14
ARTICLE 13 - CONTRÔLE DES ORGANISMES ASSUREURS	15
ARTICLE 14 - RÉCLAMATION - MÉDIATION	15
ARTICLE 15 - INFORMATIQUE ET LIBERTÉS	15
TITRE 2 – DISPOSITIONS PARTICULIÈRES À CHAQUE GARANTIE	17
ARTICLE 16 - GARANTIE CAPITAL DÉCÈS	17
ARTICLE 17 - GARANTIE FRAIS D'OBSÈQUES	18
ARTICLE 18 - GARANTIE RENTE ÉDUCATION	18
ARTICLE 19 - GARANTIE RENTE DE CONJOINT	19
ARTICLE 20 - GARANTIE RENTE DE SURVIE HANDICAP	19
ARTICLE 21 - GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL - INVALIDITÉ	20
ANNEXE – DEMANDE DE PRESTATIONS – PIÈCES JUSTIFICATIVES	23

GLOSSAIRE

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

Accord de prévoyance : l'accord de Branche du 13 août 1999 puis l'accord du 15 décembre 2014, instaurant un régime conventionnel de prévoyance ;

Employeur : l'entreprise souscrivant le contrat d'assurance ;

Bénéficiaire : personne remplissant les conditions requises pour bénéficier des prestations au titre du contrat, c'est-à-dire l'assuré et ses éventuels ayants droit ;

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

Organisme assureur (au singulier) : l'opérateur auprès duquel l'entreprise a souscrit son contrat (Malakoff Humanis Prévoyance, Apicil Prévoyance ou Mutex) ;

Organismes assureurs (au pluriel) : Malakoff Humanis Prévoyance, Apicil Prévoyance et Mutex d'une part, l'Ocirp d'autre part ;

Assuré : le salarié effectivement couvert par le présent contrat, c'est-à-dire appartenant à la catégorie de personnel assurée par le contrat, le cas échéant ancien salarié bénéficiant d'un maintien de garanties. Si ces catégories assurées réfèrent à l'Association Générale des Institutions de Retraite des Cadres (AGIRC), il faut entendre ledit régime tel qu'il existait au 31 décembre 2018.

PRÉAMBULE

Votre entreprise relève de la Convention collective nationale des Prestataires de services du secteur tertiaire.

Les partenaires sociaux de votre branche professionnelle ont instauré un régime obligatoire de prévoyance complémentaire, au bénéfice de l'ensemble du personnel des entreprises relevant du champ d'application de l'Accord de prévoyance du 15 décembre 2014.

Afin de vous permettre de respecter les dispositions de cet Accord de prévoyance, nous vous proposons la souscription d'un contrat d'assurance dédié aux entreprises de votre branche professionnelle.

Les garanties Capital décès, Frais d'obsèques et Incapacité temporaire de travail – invalidité sont coassurées par :

- **Apicil Prévoyance**, Institution de prévoyance régie par le Code de la sécurité sociale, ayant son siège social 38 rue François Peissel 69300 Caluire et Cuire,
- **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
- **Mutex**, Société anonyme à directoire et conseil de surveillance, régie par le Code des assurances, ayant son siège social 140 avenue de la république – CS 30007 – 92327 Châtillon Cedex

Les garanties Rente éducation, Rente de conjoint, Rente de survie handicap sont assurées par :

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

CONDITIONS GÉNÉRALES

TITRE 1 – DISPOSITIONS COMMUNES

ARTICLE 1 – CADRE JURIDIQUE – OBJET

1.1. Cadre juridique – Objet

Le présent contrat collectif à adhésion obligatoire est mis en œuvre en application de l'Accord de prévoyance, intégré à la :

Convention collective nationale des Prestataires de services du secteur tertiaire

Seules les entreprises entrant dans le champ d'application de l'Accord de prévoyance peuvent souscrire le contrat. Les résultats techniques de l'ensemble des contrats souscrits dans le cadre des présentes Conditions générales sont mutualisés ; toute évolution des conditions d'assurance s'applique à l'ensemble des contrats.

Le contrat a pour objet d'accorder des garanties de prévoyance complémentaire en cas de décès ou d'invalidité permanente et absolue (IPA), en cas d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité, sans sélection médicale, aux salariés appartenant aux catégories de personnel fixées par l'Accord de prévoyance, à savoir :

- PERSONNEL NON AFFILIÉ À L'AGIRC,
- PERSONNEL AFFILIÉ À L'AGIRC.

Les garanties Capital décès, Frais d'obsèques et Incapacité temporaire de travail – invalidité sont coassurées par :

- **Apicil Prévoyance**, institution de prévoyance régie par le Code de la sécurité sociale, ayant son siège social 38 rue François Peissel 69300 Caluire et Cuire,
- **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,
- **Mutex**, société anonyme à directoire et conseil de surveillance, régie par le Code des assurances, ayant son siège social 140 avenue de la république - CS 30007 - 92327 Châtillon Cedex.

Les trois organismes susvisés sont coassureurs à parts égales ; leur engagement à l'égard des employeurs et des assurés est limité à leur quote-part respective. Les assurés bénéficient du respect de la garantie de leurs droits en cas de modification ou de cessation de la coassurance.

Les garanties Rente éducation, Rente de conjoint, Rente de survie handicap sont assurées par :

- **Ocirp**, Union d'institutions régie par le Code de la sécurité sociale, ayant son siège social 17 rue de Marignan 75008 Paris.

Apicil Prévoyance, Malakoff Humanis Prévoyance et Mutex ont reçu mandat de l'Ocirp pour gérer les garanties assurées par cette Union (adhésion des entreprises, gestion des cotisations et prestations). L'Ocirp reste seule responsable de la bonne fin des prestations vis-à-vis des assurés, des bénéficiaires et des ayants droit.

1.2. Degré élevé de solidarité

Outre les garanties de prévoyance susvisées, l'Accord de prévoyance prévoit la mise en œuvre d'actions relevant d'un degré élevé de solidarité, dans le respect des dispositions du décret n° 2014-1498 du 11 décembre 2014. À ce titre, les partenaires sociaux peuvent être amenés à décider de mettre en œuvre, notamment :

- une prise en charge totale ou partielle de la cotisation salariale, pour certaines populations,
- des actions de prévention,
- des prestations d'action sociale à titre collectif et individuel (destinées aux assurés dont la situation le justifie).

Nous vous informerons des décisions prises par les partenaires sociaux.

Compte tenu de la nature de ces actions de solidarité, leur octroi est subordonné aux décisions des partenaires sociaux, ceci dans la limite des fonds alloués à leur financement. Les modalités de financement appliquées sont conformes aux dispositions de l'Accord de prévoyance (soit, lors de la mise en œuvre des présentes Conditions générales, 2 % des cotisations hors taxes).

ARTICLE 2 – SOUSCRIPTION DU CONTRAT

2.1. Formation du contrat

L'entreprise souhaitant souscrire un contrat dans le cadre des présentes Conditions générales s'adresse à l'organisme assureur de son choix, au moyen d'un formulaire d'adhésion (proposition de contrat/demande d'adhésion). L'organisme assureur retenu devient l'interlocuteur unique de l'employeur et des assurés pour l'ensemble des opérations découlant du contrat.

Le contrat est composé de deux parties indissociables :

- les présentes Conditions générales relatives aux conditions de cotisations et de prestations, ainsi que les obligations réciproques des parties,
- les Conditions particulières ou Certificat d'adhésion, définissant la date d'effet du contrat, la (les) catégorie(s) de personnel effectivement couverte(s), les taux de cotisations appelés, le cas échéant les clauses spécifiques, et ultérieurement des avenants y afférant.

Dans la suite du présent document, l'entreprise souscriptrice est dénommée « employeur ».

2.2. Date d'effet et durée

Le contrat prend effet à la date indiquée aux Conditions particulières ou Certificat d'adhésion et expire au 31 décembre suivant. Il se renouvelle ensuite annuellement, par tacite reconduction, au 1^{er} janvier de chaque exercice civil, sauf résiliation dans les conditions exposées à l'article 12.1.

2.3. Déclaration lors de la souscription

Lors de la souscription du contrat, l'employeur doit déclarer s'il existe ou non des salariés ou anciens salariés dont l'arrêt de travail, l'invalidité ou le décès est susceptible d'ouvrir droit à versement de prestations dans le cadre du présent contrat.

Dans l'affirmative, l'employeur fournit un « état des risques en cours » (formulaire mis à disposition), concernant :

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

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

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

En présence d'un contrat collectif de prévoyance souscrit antérieurement par l'employeur au bénéfice d'une catégorie de personnel couverte par le présent contrat, ce dernier prend en charge, pour les salariés ou anciens salariés en arrêt de travail ainsi que les ayants droit bénéficiaires de rentes, déclarés par l'employeur lors de la souscription :

- la revalorisation des prestations périodiques dont le service incombe à l'assureur précédent, que le contrat de travail soit rompu ou non (indemnités journalières, rentes invalidité, rente de conjoint, rente éducation, rente handicap) ;
- la revalorisation des bases de calcul des différentes prestations relatives à la couverture du risque décès maintenu, dans le cas où celle-ci n'était pas prévue par le contrat résilié (pour autant que les conditions de revalorisation du précédent contrat aient été communiquées) ;

Le coût de la prise en charge des risques en cours à la date d'effet du contrat est calculé par les organismes assureurs, ceci sous forme d'une prime unique ou d'une sur-cotisation qui est à la charge exclusive de l'employeur concerné.

Le financement des risques en cours à charge exclusive de l'entreprise concernée, est également applicable dans l'hypothèse d'une garantie prévue au présent contrat mais qui ne l'était pas dans le contrat résilié, ou bien était prévue mais avec un niveau de prestations inférieur à celles du présent contrat, au bénéfice des salariés en arrêt de travail et dont le contrat de travail n'est pas rompu.

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

En l'absence d'un contrat collectif de prévoyance souscrit antérieurement, les salariés en arrêt de travail, déclarés par l'employeur lors de la souscription, sont couverts à compter de la date d'effet du présent contrat pour l'ensemble des garanties ; ils bénéficient des prestations incapacité temporaire de travail – invalidité dès cette date pour autant qu'ils remplissent les conditions d'ouverture de droits fixées au présent contrat.

Afin de tenir compte de la charge qu'ils représentent au regard de l'équilibre du régime mutualisé, le coût de ces risques en cours à la date d'effet du contrat est calculé par le nouvel organisme assureur, ceci sous forme d'une prime unique ou d'une sur-cotisation qui est à la charge exclusive de l'employeur concerné.

ARTICLE 4 – MODIFICATIONS DU CONTRAT

4.1. Régime de prévoyance – Cadre législatif et/ou réglementaire

Le contrat a vocation à être conforme aux dispositions conventionnelles dont relève l'employeur. Dans le cas où les partenaires sociaux apportent des modifications au régime de prévoyance, le contrat sera modifié en conséquence.

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

En cas d'instauration ou de modification par les Pouvoirs publics de taxes, contributions ou charges de toute nature et/ou en cas de modification de la législation ou de la réglementation, les organismes assureurs sont fondés à apporter les aménagements nécessaires, selon le cas, au niveau des cotisations et/ou au niveau des prestations. Les modifications seront mises en œuvre en concertation avec les partenaires sociaux.

4.2. Avenant au contrat

Les modifications apportées au contrat font l'objet d'un avenant adressé à l'employeur.

L'employeur dispose d'un délai de trente jours, à compter de l'envoi de l'avenant portant modification, pour signifier expressément à l'organisme assureur son éventuel refus ; le refus entraîne la résiliation du contrat au dernier jour du trimestre civil au cours duquel le délai susvisé expire. Passé ce délai de trente jours, l'employeur est réputé avoir accepté les termes de l'avenant.

ARTICLE 5 – AFFILIATION DES SALARIÉS

5.1. Affiliation des salariés

L'employeur s'engage à affilier tous les salariés présents et futurs appartenant à la catégorie de personnel assurée, selon les modalités mises en place par l'organisme assureur.

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

En présence d'un assureur précédent dont le contrat a été résilié, peuvent demander à être affiliés, à la date d'effet du contrat, les anciens salariés qui à cette date demeurent bénéficiaires d'une période de maintien de garanties ouverte auprès de l'assureur précédent et restant à courir au titre du dispositif de portabilité prévu par l'article 14 de l'ANI du 11 janvier 2008 puis l'article L. 911-8 du Code de la sécurité sociale (sauf dans le cas où l'assureur précédent maintient sa garantie jusqu'à expiration de la période de droits à portabilité).

Les embauches ainsi que les modifications de situation professionnelle (suspension du contrat de travail puis reprise d'activité, cessation du contrat de travail, affiliation au dispositif de portabilité, cessation du droit à portabilité,...) doivent être déclarées par l'employeur à l'organisme assureur, dans un délai de trente jours.

Lorsque le contrat a été souscrit auprès d'une institution de prévoyance, les assurés deviennent membres participants de cette institution uniquement.

5.2. Information des salariés

Conformément aux dispositions légales, l'employeur est tenu :

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

ARTICLE 6 – PRISE D'EFFET DES GARANTIES – DURÉE

6.1. Date d'effet et de fin des garanties

Pour chaque salarié dont l'affiliation a été demandée par l'employeur, les garanties prennent effet à la date de son affiliation, c'est-à-dire à la date d'effet du contrat s'il est présent à l'effectif à cette date (sous réserve des dispositions relatives aux risques en cours exposées à l'article 3), ultérieurement à la date de son entrée dans la catégorie de personnel assurée (embauche, promotion), pour autant que l'employeur l'ait déclaré dans un délai de trois mois.

Sous réserve des cas de maintien prévus au contrat, les garanties cessent pour chaque salarié à la date survenance de l'un des événements suivants :

- suspension du contrat de travail ;
- sortie de la catégorie de personnel assurée,
- cessation du contrat de travail ;

- 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.

6.2. Suspension du contrat de travail

Les assurés dont le contrat de travail est suspendu continuent de bénéficier des garanties pendant les périodes où ils bénéficient :

- soit d'un maintien, total ou partiel, de salaire,
- soit d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur.

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

6.3. Cessation du contrat de travail – Assurés en arrêt de travail

Ces dispositions concernent les assurés qui, à la date de cessation de leur contrat de travail (ou à la date d'expiration des droits au dispositif de portabilité visé à l'article 6.4), sont en arrêt de travail pour maladie ou accident ouvrant droit à prestations du présent contrat au titre de la garantie Incapacité temporaire de travail – invalidité –

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

Les garanties décès (Capital décès, Rente éducation, Rente de conjoint, Rente handicap) leur sont maintenues pendant ladite période d'incapacité de travail ou d'invalidité ouvrant droit à prestations du présent contrat.

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

6.4. Cessation du contrat de travail – Dispositif de maintien des garanties (« portabilité »)

Le contrat organise le maintien des garanties du contrat dont bénéficie l'assuré, en cas de cessation du contrat de travail, sauf hypothèse de faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, conformément à la réglementation en vigueur (article L. 911-8 du Code de la sécurité sociale), dans les conditions suivantes :

- La durée du maintien est égale à la période d'indemnisation du régime d'assurance 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 garanties aient été ouverts chez le dernier employeur ;
- Les garanties maintenues sont celles en vigueur dans l'entreprise (les éventuelles modifications du contrat, tant à la hausse qu'à la baisse, sont donc applicables aux bénéficiaires du maintien) ;
- Le maintien des garanties ne peut conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période en neutralisant la période de différé d'indemnisation (délai de carence de l'assurance chômage) ;
- L'ancien salarié justifie auprès de l'organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien de la garantie, qu'il remplit les conditions requises pour en bénéficier.

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.

L'employeur doit informer l'organisme assureur 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'organisme assureur peut mettre en place un formulaire de déclaration nominative.

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

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

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

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

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

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

ARTICLE 7 - COTISATIONS – DÉCLARATION NOMINATIVE ANNUELLE

7.1. Assiette de cotisation

Le financement des garanties est assuré par le versement de cotisations assises sur le salaire brut, dans la limite du plafond de la tranche B pour le personnel non affilié à l'AGIRC et du plafond de la tranche C pour le personnel affilié à l'AGIRC, servant de base aux cotisations de la Sécurité sociale, à l'exclusion des sommes versées en raison de la cessation du contrat de travail, qu'elles soient versées au salarié lors de son départ de l'entreprise ou ultérieurement (quelle que soit leur dénomination : primes, indemnités, rappels de salaire...).

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.

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

La cotisation définie pour les salariés en activité inclut le financement du dispositif de maintien des garanties (portabilité) visé à l'article 6.4.

LES TAUX DE COTISATIONS sont les suivants, au 1^{er} janvier 2019, conformément à l'Accord de prévoyance :

Personnel non affilié à l'Agirc		
Garanties	TA	TB
- GARANTIES ASSURÉES PAR APICIL PRÉVOYANCE/ MALAKOFF HUMANIS PRÉVOYANCE ET MUTEX (capital décès/allocation obsèques/incapacité temporaire de travail/invalidité)	1,10 %	1,10 %
- GARANTIES ASSURÉES PAR L'OCIRP (rente éducation/ rente de conjoint, rente handicap)	0,14 %	0,14 %
TOTAL	1,24 %	1,24 %

Ce taux de cotisation correspond à un taux d'appel de 95 % du **taux contractuel fixé à 1,30 %**.

Personnel non affilié à l'Agirc		
Garanties	TA	TB/TC
- GARANTIES ASSURÉES PAR APICIL PRÉVOYANCE/ MALAKOFF HUMANIS PRÉVOYANCE ET MUTEX (capital décès/allocation obsèques/incapacité temporaire de travail/invalidité)	1,29 %	1,29 %
- GARANTIES ASSURÉES PAR L'OCIRP (rente éducation/ rente de conjoint, rente handicap)	0,33 %	0,33 %
TOTAL	1,62 %	1,62 %

Les taux de cotisations peuvent évoluer en fonction des résultats mutualisés pour l'ensemble des entreprises ayant souscrit un contrat dans le cadre des présentes Conditions générales.

Les taux de cotisations peuvent être minorés ou majorés par application d'un taux d'appel. Dans ce cas, les taux de cotisations servant effectivement au calcul des cotisations sont précisés sur les Conditions particulières et/ou par voie d'avenant.

À titre d'information, il est précisé que la répartition de la cotisation entre employeur et salarié est fixée à l'article 6 de l'Accord de prévoyance.

7.2. Paiement des cotisations

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

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

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

7.3. Défaut de paiement des cotisations

À défaut de paiement des cotisations dans les dix jours suivant l'échéance l'organisme assureur adresse une lettre de mise en demeure par lettre recommandée avec avis de réception.

Dans cette lettre de mise en demeure, l'organisme assureur informe l'employeur des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite des garanties.

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

En cas de non-paiement des cotisations, trente jours après l'envoi d'une mise en demeure restée sans effet, l'organisme assureur se réserve le droit de suspendre les garanties, puis de résilier le contrat quarante jours après l'envoi de la mise en demeure.

7.4. Déclaration nominative annuelle

Chaque année, au plus tard le 31 janvier, l'employeur doit faire parvenir un état relatif à l'exercice écoulé, concernant les salariés déjà affiliés ou restant à affilier. Cet état nominatif comporte les nom, prénom, numéro de Sécurité sociale, le cas échéant dates d'entrée ou de sortie au cours de l'exercice visé, les salaires bruts annuels ventilés selon les différentes tranches, et d'une manière générale tout élément à prendre en compte pour que l'organisme assureur procède au calcul des cotisations annuelles (notamment dates d'entrée et/ou de sortie des effectifs, catégorie professionnelle, périodes de suspension de contrat de travail, périodes de portabilité, etc.).

Les déclarations peuvent être faites sous forme dématérialisée.

ARTICLE 8 - PRESTATIONS

8.1. Salaire de référence

Le salaire de référence servant au calcul des prestations - hors allocation d'obsèques - est égal au salaire brut ayant donné lieu à cotisations au présent contrat (limité au plafond de la tranche B pour le personnel non affilié à l'AGIRC et de la tranche C pour le personnel affilié à l'AGIRC), 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 lorsqu'une période de maladie ou d'invalidité a précédé le décès ou l'invalidité permanente et absolue (IPA),
- 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 remontant à moins de 12 mois) le salaire est reconstitué prorata temporis.

Lorsque le salaire pris en considération n'est pas celui des douze mois précédant immédiatement le point de départ de l'incapacité temporaire de travail ou de l'invalidité ou du décès, ce salaire est le cas échéant actualisé selon les dispositions de l'article 8.2, tant que le contrat est en vigueur.

Pour les anciens salariés indemnisés par le régime d'assurance chômage bénéficiant du dispositif de maintien des garanties (cf. article 6.4), la période de douze mois visée au 1^{er} alinéa du présent article est celle qui précède la date de notification de la rupture du contrat de travail ou la date effective de fin de contrat pour les contrats de travail à durée déterminée, ayant donné lieu à cotisations.

Pour la garantie Frais d'obsèques, la prestation est déterminée en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS) en vigueur au jour du décès ouvrant droit à prestations.

8.2. Revalorisation

1) Revalorisation des prestations en cours de service

Les prestations sont revalorisables en fonction des résultats techniques et financiers du régime (c'est-à-dire pour l'ensemble des contrats souscrits dans le cadre des présentes Conditions générales), sans pouvoir excéder l'évolution du point conventionnel fixé par la convention collective.

Toutefois, dans les limites susvisées, la revalorisation des rentes d'éducation, de conjoint et handicap s'effectue en tenant compte du taux et de la périodicité décidée par le Conseil d'administration de l'Ocirp.

La revalorisation cesse à la date de résiliation du présent contrat.

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

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

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

8.3. Déclaration des sinistres – Demande de prestations

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

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

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

Si les garanties ouvrant droit au versement d'une prestation sous forme de rente ou d'indemnité journalière sont souscrites, nous versons les prestations aux bénéficiaires après déduction des prélèvements (C.S.G - C.R.D.S.- Impôt à la source) éventuellement applicables dont nous avons la charge du précompte et selon les taux en vigueur lors du versement.

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

8.4. Situation de famille de l'assuré

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

- **Le conjoint** : l'époux (se) de l'assuré, non-séparé(e) de corps judiciairement ;
- **Le partenaire lié par un PACS** : la personne ayant conclu avec l'assuré 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 avec l'assuré en concubinage au sens de l'article 515-8 du Code civil, au même domicile, de façon notoire et continue depuis au moins deux ans à la date de l'événement ouvrant droit aux prestations ; aucune durée n'est exigée si un enfant reconnu des deux parents est né ou à naître de cette union ; les concubins ne doivent ni l'un ni l'autre être par ailleurs mariés ou liés par un PACS.

8.5. Invalidité permanente et absolue (IPA)

Au sens du présent contrat, l'invalidité permanente et absolue (IPA) est caractérisée par l'incapacité définitive d'exercer une activité professionnelle quelconque procurant gain, avec l'obligation de recourir à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie, sous réserve de la reconnaissance par la Sécurité sociale d'un état d'invalidité de 3^e catégorie ou d'un état d'infirmité permanente professionnelle dont le taux est égal ou supérieur à 100 %.

Lorsque les garanties décès prévoient la possibilité pour l'assuré de bénéficier par anticipation des prestations au titre de l'IPA, celui-ci doit en faire la demande dans un délai de deux années suivant la notification par la Sécurité sociale. Le médecin-conseil de l'organisme assureur 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'IPA.

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

8.6. Contrôle médical

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

L'examen de la situation médicale de l'assuré peut amener l'organisme assureur à adopter une position différente de celle de la Sécurité sociale.

L'organisme assureur notifie à l'assuré les résultats du contrôle par courrier recommandé. En cas de désaccord, l'intéressé devra indiquer à l'organisme assureur, 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'organisme assureur, 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'organisme assureur 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 de l'assuré sur le contrôle médical, ou de son refus avéré de se soumettre aux visites et enquêtes jugées nécessaires par l'organisme assureur, l'intéressé devra demander, par voie de justice, la désignation d'un expert judiciaire ; les droits à prestations de l'intéressé seront suspendus tant que n'interviendra pas, soit son accord sur les conclusions des contrôles effectués, soit une décision judiciaire définitive.

ARTICLE 9 - PRESCRIPTION

Toutes les actions relatives aux garanties souscrites sont prescrites par un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance, dans les conditions et sous les réserves prévues par les dispositions en vigueur (article L. 932-13 du Code de la sécurité sociale et articles L. 114-1 et suivants du Code des assurances).

Toutefois, ce délai ne court :

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

Quand l'action de l'assuré, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre l'organisme assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de 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 ou envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception adressée, soit à l'employeur par l'organisme assureur en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, soit à l'organisme assureur par l'assuré, le bénéficiaire ou les ayants droit, en ce qui concerne le règlement de la prestation.

ARTICLE 10 - TERRITORIALITÉ

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

Toutefois, pour les assurés déjà présents dans cette zone à la date de son inscription sur la liste des pays déconseillés, l'exclusion est applicable à l'issue d'une période de quatorze jours.

À la demande de l'employeur, les organismes assureurs peuvent étudier les conditions éventuelles dans lesquelles les garanties sont susceptibles d'être maintenues aux assurés se rendant pour raisons professionnelles dans une telle zone géographique.

11.1. Exclusions concernant la garantie Capital décès

Sont exclus les sinistres résultant :

- du suicide au cours de la première année de couverture ;
- de la participation à une guerre civile ou étrangère, quel que soit le lieu où se déroulent les événements et quels que soient les protagonistes dès lors que l'assuré y prend une part active ;
- de faits de guerre étrangère à laquelle la France serait partie impliquée, sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à venir ;
- des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation, provenant de transmutation des noyaux d'atomes, quelle qu'en soit l'origine et l'intensité.

Outre les exclusions de garanties précisées au paragraphe précédent, les prestations de la garantie Capital décès liées au caractère accidentel du décès ou de l'invalidité permanente absolue (IPA) 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 l'assuré 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 ;
- pratiques de sports à titre professionnel ;
- activités professionnelles 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 l'assuré y prend une part active ;
- fabrication et manipulation d'explosifs, de munitions ou de feux d'artifices.

11.2. Exclusions concernant les garanties Rente éducation, Rente de conjoint, Rente de survie handicap (OCIRP)

Les garanties ne sont pas accordées dans les cas suivants :

- en cas de guerre civile ou étrangère dès lors que l'assuré y prend une part active ;
- en cas de guerre étrangère à laquelle la France serait partie impliquée, sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à venir ;
- sinistres survenus à la suite des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation, provenant de transmutation des noyaux d'atomes.

11.3. Déchéance

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

11.4. Déclaration préalable en cas de déplacements groupés

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

L'organisme assureur se prononce sur les conditions dans lesquelles les garanties peuvent être accordées à ces assurés.

À défaut de déclaration préalable, et/ou d'acceptation de l'organisme assureur, les prestations peuvent être réduites ou supprimées. L'engagement des organismes assureurs 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 rente.

ARTICLE 12 - RÉSILIATION DU CONTRAT

12.1. Hypothèses de résiliation du contrat

L'employeur peut résilier le contrat :

- en cas de refus de nouvelles conditions contractuelles, dans les conditions visées à l'article 4.2 ;
- à l'échéance annuelle du 31 décembre, sous réserve d'en informer l'organisme assureur par lettre recommandée avec avis de réception, en respectant un préavis de deux mois, soit au plus tard le 31 octobre. Vous pouvez également procéder à la résiliation dans les mêmes délais par envoi recommandé électronique.

L'organisme assureur peut résilier le contrat :

- en cas de refus de nouvelles conditions contractuelles, dans les conditions visées à l'article 4.2 ;
- à l'issue d'un délai de préavis de deux mois, lorsque l'entreprise ne relève plus de la Convention Collective des Prestataires de services du secteur tertiaire, en raison notamment, de l'application d'une nouvelle convention collective (en tout état de cause, le contrat pourra être maintenu jusqu'à l'expiration du délai d'un an prévu à l'article L. 2261-14 du Code du travail) ;
- à tout moment en cas de défaut de paiement des cotisations, à l'issue de la procédure prévue à l'article 7.3.

L'organisme assureur s'engage à ne pas résilier le contrat à l'échéance annuelle du 31 décembre, tant qu'il a la qualité d'organisme assureur recommandé au sens de l'article L. 912-1 du Code de la sécurité sociale. En cas de cessation de la recommandation le concernant, la continuité de la couverture d'assurance est garantie par l'organisme assureur ; le contrat perdure tant qu'il n'est pas résilié à l'initiative de l'employeur ou de l'organisme, notamment à l'échéance annuelle du 31 décembre, sous réserve d'en informer l'autre partie par lettre recommandée avec avis de réception, en respectant un préavis de deux mois, soit au plus tard le 31 octobre.

12.2. Information des assurés

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

12.3. Conséquences de la résiliation pour les assurés et bénéficiaires de prestations

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

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

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

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

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

Ils bénéficient du maintien des garanties décès, **à l'exclusion des prestations liées au décès d'une autre personne que l'assuré**, pendant ladite période d'incapacité de travail ou d'invalidité ouvrant droit à prestations au titre du présent contrat.

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). La base de calcul des prestations est figée à la date de la résiliation.

Bénéficiaires des garanties Rente éducation, Rente de conjoint, Rente de survie handicap

Les rentes éducation, rentes de conjoint et rentes de survie handicap, 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 à l'entreprise d'organiser la poursuite de la revalorisation des prestations en cours visées aux deux paragraphes précédents, ainsi que de la base de calcul des prestations relatives à la couverture du risque décès maintenue, conformément aux dispositions de l'article L. 912-3 du Code de la sécurité sociale.

ARTICLE 13 - CONTRÔLE DES ORGANISMES ASSUREURS

Apicil Prévoyance, Malakoff Humanis Prévoyance, Mutex et l'Ocirp sont soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

ARTICLE 14 - RÉCLAMATION - MÉDIATION

En cas de difficultés persistantes dans l'application du contrat, le souscripteur et les assurés doivent formuler leur réclamation en s'adressant à l'organisme assureur ayant recueilli leur adhésion (ou le cas échéant au délégataire de gestion mandaté par l'organisme assureur, ce qui est notamment le cas de l'OCIRP) :

- Malakoff Humanis :
 - pour l'entreprise : reclamation-entreprise-assurance@malakoffhumanis.com
ou à l'adresse du Service Réclamations Entreprises Assurance - 78288 Guyancourt cedex
 - pour les salariés : reclamation-particulier-assurance@malakoffhumanis.com
ou à l'adresse du Service Réclamations Particuliers Assurance - 78288 Guyancourt cedex
- Apicil Prévoyance : Service Relation Client – 38, rue François Peissel 69300 Caluire et Cuire,
- Mutex : Service Qualité Relation Adhérent –
140 avenue de la république - CS 30007 - 92327 Châtillon Cedex,
ou par @mail : reclamation.mediation@mutex.fr.

Lorsqu'aucune solution à un litige relatif aux garanties n'a pu être trouvée avec l'organisme assureur, l'entreprise et les bénéficiaires peuvent, sans préjudice du droit d'agir en justice, s'adresser au médiateur :

- Malakoff Humanis Prévoyance : Centre Technique des Institutions de Prévoyance (CTIP) 10 rue Cambacérès 75008 Paris (ou par voie électronique à l'adresse suivante : <http://ctip.asso.fr/saisine-mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/>),
- Apicil Prévoyance : Centre Technique des Institutions de Prévoyance (CTIP) 10 rue Cambacérès 75008 Paris (ou par voie électronique à l'adresse suivante : <http://ctip.asso.fr/saisine-mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/>),
- Mutex : Le médiateur de l'assurance peut être saisi par l'assuré ou son ayant droit en adressant sa demande à l'adresse suivante : La Médiation de l'assurance – TSA 50110 – 75441 Paris Cedex 09 ou par internet : <http://www.mediation-assurance.org>. Le texte complet de la charte de la médiation est accessible sur le site internet de Mutex : <https://www.mutextvous.fr>.

La médiation ne peut être saisie qu'après épuisement des procédures internes de traitement des réclamations.

ARTICLE 15 - INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Conformément à la réglementation européenne et française en matière de données à caractère personnel, en ce compris le Règlement Général sur la Protection des Données n° 2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD ») et la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés »), l'assuré reconnaît avoir été informé par l'assureur, en sa qualité de responsable de traitement des données à caractère personnel collectées, que :

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

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

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

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

L'assuré reconnaît que la collecte et le traitement de ses données à caractère personnel (en ce compris des données d'identification, des données relatives à sa situation familiale, économique, patrimoniale et financière, professionnelle, à sa vie personnelle, à sa santé, à l'appréciation du risque, à la gestion du contrat...) sont nécessaires à la gestion et à l'exécution du contrat.

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

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

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

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

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

Si des données à caractère personnel de l'assuré venaient à être traitées chez un tiers situé dans un pays ne présentant pas un niveau de protection des données personnelles reconnu adéquat par la commission européenne : l'assureur 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 varient en fonction des finalités susvisées et sont conformes aux recommandations de la CNIL et notamment aux durées prévues par le Pack Assurance. En tout état de cause, le calcul de ces durées est réalisé en fonction des finalités pour lesquelles les données sont collectées, de la durée de la relation contractuelle, des obligations légales de l'assureur et des prescriptions légales applicables.

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

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

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

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

L'assuré dispose également du droit de contacter la CNIL directement sur le site internet <https://www.cnil.fr/fr/> agir ou par courrier à l'adresse suivante : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 place de Fontenoy - TSA 80715, 75334 Paris Cedex 07.

En cas de prospection commerciale par téléphone : L'assuré dispose également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Opposetel. Pour plus d'informations www.bloctel.gouv.fr.

TITRE 2 – DISPOSITIONS PARTICULIÈRES À CHAQUE GARANTIE

Les exclusions applicables aux garanties décès sont précisées à l'article 11.

ARTICLE 16 - GARANTIE CAPITAL DÉCÈS

16.1. Objet de la garantie

La garantie Capital décès a pour objet le versement d'un capital en cas de décès toutes causes ou d'invalidité permanente et absolue de l'assuré.

En cas d'invalidité permanente et absolue (IPA définie à l'article 8 - 5), l'assuré peut demander à percevoir lui-même et par anticipation le capital prévu en cas de décès, y compris la majoration éventuelle pour enfants à charge. **Ce versement anticipé met fin à la garantie « Capital décès », aucune somme n'étant due au titre du décès.**

Lorsque le décès toutes causes ou l'IPA est imputable à un accident et survient dans un délai de douze mois suivant cet accident, il est versé un capital supplémentaire. On entend par accident toute atteinte corporelle indépendante de la volonté de l'assuré 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'IPA, ainsi que la preuve de la nature de l'accident, incombe au (x) bénéficiaire(s).

16.2. Montant des capitaux

En cas de décès de l'assuré, il est versé un capital dont le montant est fixé en pourcentage du salaire de référence :

	Personnel non affilié à l'AGIRC	Personnel affilié à l'AGIRC
- Décès toutes causes	150 % du salaire de référence	400 % TA et 200 % (TB + TC)
- Décès suite à accident (en sus du capital ci-dessus)	150 % du salaire de référence	200 % TA et 100 % (TB + TC)
- Majoration par enfant à charge au sens fiscal	25 % du salaire de référence	25 % du salaire de référence

Le montant du capital ne peut être inférieur à 4 plafonds mensuels de Sécurité sociale en vigueur à la date du sinistre pour le personnel à temps plein, et 3 plafonds pour le personnel à temps partiel.

Les enfants à charge au sens fiscal s'entendent des enfants pris en compte pour la détermination du quotient familial du foyer fiscal de l'assuré (nombre de parts), ou des enfants pour lesquels l'assuré verse une pension alimentaire admise en déduction de son revenu imposable.

16.3. Bénéficiaires en cas de décès

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

En l'absence de désignation expresse de bénéficiaires par l'assuré ou en cas de prédécès de tous les bénéficiaires désignés, les capitaux décès sont versés dans l'ordre de priorité suivant :

- au conjoint de l'assuré non séparé de corps par jugement définitif, ou à la personne liée par un pacte civil de solidarité, ou au concubin,
- à défaut, aux enfants de l'assuré, nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales entre eux,
- à défaut, aux ascendants de l'assuré, par parts égales entre eux,
- à défaut, aux héritiers de l'assuré, à proportion de leur part héréditaire.

Si cet ordre de priorité par défaut ne convient pas à l'assuré, celui-ci est libre de désigner un ou plusieurs bénéficiaires de son choix au moment de son affiliation ou ultérieurement.

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

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

La clause bénéficiaire peut être modifiée lorsqu'elle n'est plus appropriée.

Toutefois, la désignation d'un bénéficiaire devient irrévocable en cas d'acceptation par ce dernier, si elle est effectuée dans les conditions suivantes :

- soit sous la forme d'un écrit signé par l'organisme assureur, l'assuré et le bénéficiaire,
- soit par voie d'acte authentique ou sous seing privé, signé de l'assuré et du bénéficiaire.

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

Dans tous les cas, la désignation particulière d'un ou de plusieurs bénéficiaires n'est opposable à l'organisme assureur que si elle lui est notifiée par écrit ; il appartient donc à l'assuré de prendre toute disposition pour que cette notification soit effectuée en temps utile.

L'organisme assureur 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'organisme assureur de toute obligation dans le cas où une désignation particulière de bénéficiaire lui serait notifiée ultérieurement.

En cas de versement du capital par anticipation au titre de l'invalidité absolue définitive, l'intégralité du capital est versée à l'assuré lui-même.

16.4. En cas de décès simultané ou postérieur du conjoint de l'assuré

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

En cas de décès simultané des deux conjoints, il est versé aux enfants à charge de l'assuré un capital d'un montant égal à celui du capital décès toutes causes (donc hors majoration pour accident), réparti par parts égales entre eux. Au cas particulier où les deux parents seraient assurés du régime de prévoyance conventionnel auprès des organismes assureurs, il est versé un seul capital correspondant au capital de base le plus élevé des deux.

Ce deuxième capital est également versé lorsque le décès du conjoint survient postérieurement à celui de l'assuré. Il est alors versé par parts égales aux enfants initialement à charge de l'assuré qui demeurent à la charge du conjoint à la date de son décès.

ARTICLE 17 - GARANTIE FRAIS D'OBSÈQUES

La garantie Frais d'obsèques a pour objet d'indemniser la personne ayant supporté les frais d'obsèques, **dans la limite des frais réellement engagés**, en cas de décès de l'assuré, de son conjoint ou personne liée par un PACS ou concubin, ainsi qu'en cas de décès d'un enfant, âgé de plus de douze ans, à charge au sens fiscal (c'est-à-dire les enfants pris en compte pour la détermination du quotient familial du foyer fiscal de l'assuré ou les enfants pour lesquels l'assuré verse une pension alimentaire admise en déduction de son revenu imposable).

Le montant de la prestation est égal au montant des frais engagés dans la limite de 2 plafonds mensuels de la Sécurité sociale (PMSS) en vigueur à la date du décès.

ARTICLE 18 - GARANTIE RENTE ÉDUCATION

18.1. Objet de la garantie

La garantie Rente éducation a pour objet, en cas de décès ou d'invalidité permanente et absolue (IPA) de l'assuré, le versement d'une rente temporaire au bénéfice de chaque enfant à charge, tels que définis ci-après.

Le montant annuel de la rente est fixé à :

- **15 % du salaire de référence jusqu'au 16^e anniversaire,**
- **20 % du salaire de référence jusqu'à 18 ans ou 25 ans si poursuite d'études**

sans pouvoir être inférieur à 1 500 € par an et par enfant.

La rente est versée sans limitation de durée pour les enfants à charge reconnus invalides avant la limite de versement indiquée ci-dessus (26^e anniversaire).

18.2. Définition des enfants à charge

Sont considérés comme enfants à charge à la date de l'événement ouvrant droit à prestations, les enfants de l'assuré, 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, 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 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 : inscrits auprès du régime d'assurance chômage comme demandeurs d'emploi ou stagiaires de la formation professionnelle ;
 - d'être employés dans un ESAT (Établissement et Service d'Aide par le Travail) ou un atelier protégé en tant que travailleurs handicapés ;

- sans limitation de durée en cas d'invalidité 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 ou qu'ils sont titulaires de la carte d'invalidité civile ; l'état d'invalidité doit être reconnu avant la limite de versement de la rente d'éducation indiquée ci-dessus.

Sont également considérés comme à charge de l'assuré :

- les enfants nés viables postérieurement au décès de l'assuré et dont la filiation avec celui-ci est établie ;
- les enfants recueillis, c'est-à-dire ceux du conjoint, du partenaire lié par un PACS, du concubin, de l'ex-conjoint, qui ont vécu au foyer de l'assuré jusqu'à la date de l'événement ouvrant droit à prestations et répondent aux conditions ci-dessus, sous réserve que leur autre parent ne soit pas tenu au versement d'une pension alimentaire.

18.3. 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'IPA.

La rente est payable par trimestre civil, à terme d'avance, le premier paiement comprenant, le cas échéant, un prorata au titre de la période écoulée entre la date d'effet de la rente et la fin du trimestre. Lorsque le montant de la rente est progressif selon l'âge de l'enfant, la majoration intervient au premier jour du trimestre suivant l'anniversaire de l'enfant.

En cas d'IPA, la rente est versée à l'assuré. **Ce versement anticipé met fin à la garantie Rente éducation : aucune somme complémentaire n'est due au titre du décès.**

En cas de décès, la rente est versée au représentant légal de l'enfant ou à l'enfant bénéficiaire, sur sa demande, s'il a la capacité juridique.

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'organisme assureur.

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 (en tout état de cause à la date de son décès).

ARTICLE 19 - GARANTIE RENTE DE CONJOINT

19.1. Objet de la garantie

La garantie Rente de conjoint a pour objet, en cas de décès de l'assuré, le versement d'une rente viagère au conjoint ou tiers lié par un PACS ou concubin survivant (définitions à l'article 8.4).

Le montant annuel de la rente est fixé à **15 % du salaire de référence, sans pouvoir être inférieure à 1 500 € par an.**

19.2. Modalités de versement et durée

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.

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. La rente cesse d'être due au 1^{er} jour du trimestre suivant la date du décès du bénéficiaire.

Le bénéficiaire doit produire annuellement une déclaration sur l'honneur avec la mention « non décédé » ou toute pièce justificative valant certificat de vie. À défaut, le versement de la rente est suspendu.

ARTICLE 20 - GARANTIE RENTE DE SURVIE HANDICAP

20.1. Objet de la garantie

La garantie Rente de survie handicap, a pour objet, en cas de décès de l'assuré, d'assurer le service d'une rente viagère d'un montant forfaitaire, au bénéfice de chaque enfant de l'assuré (enfant légitime, naturel, 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'ils sont âgés de moins de 18 ans, d'acquérir une instruction ou une formation professionnelle d'un niveau normal, et ce par référence à l'article 199 septième 1^{er} du Code général des impôts.

La reconnaissance du handicap est effectuée par le médecin-conseil, sur production d'un certificat médical attestant que les conditions susvisées sont remplies, ainsi que de toute pièce justificative à joindre lors de la demande de prestations, notamment celles mentionnées en annexe.

Le montant de la rente de survie handicap est fixé à **500 € par mois.**

20.2. 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'IPA.

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.

Chaque rente est versée au bénéficiaire s'il a la capacité juridique ou à son représentant légal. Au 1^{er} janvier de chaque année doit être adressé toute pièce valant certificat de vie ; à défaut le service de la rente est suspendu.

La rente cesse au 1^{er} jour du trimestre suivant la date à laquelle le bénéficiaire ne réunit plus les conditions de situation exigées lors de l'ouverture des droits, et en tout état de cause suivant la date de son décès.

ARTICLE 21 - GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL - INVALIDITÉ

21.1. Incapacité temporaire de travail

Objet

La garantie a pour objet d'indemniser les salariés qui se trouvent dans l'incapacité constatée médicalement d'exercer leur activité professionnelle et perçoivent des prestations en espèces de la Sécurité sociale au titre de l'assurance maladie ou au titre de l'assurance accidents de travail et maladies professionnelles.

L'organisme assureur, sous réserve d'un éventuel contrôle médical, verse des indemnités journalières complémentaires à celles de la Sécurité sociale.

Toutefois, lorsque les salariés en arrêt de travail n'ont pas droit aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison d'une durée insuffisante d'activité salariée ou d'un montant insuffisant de cotisations sociales, ils peuvent bénéficier de la garantie Incapacité temporaire, sous réserve de l'accord du médecin-conseil de l'organisme assureur. Les prestations sont alors calculées sous déduction de prestations Sécurité sociale reconstituées de manière théorique.

Franchise et montant des prestations

Les prestations sont versées **en complément et en relais** de la deuxième période de maintien de salaire à charge de l'employeur au titre de ses obligations légales et/ou conventionnelles.

Pour les salariés n'ayant pas l'ancienneté requise pour bénéficier d'un maintien de salaire à charge de l'employeur, les prestations sont versées en complément et en relais théoriques d'une période de maintien de salaire correspondant à une ancienneté d'un an dans l'entreprise (sous déduction du salaire théorique).

Pour les anciens salariés indemnisés par le régime d'assurance chômage bénéficiant du dispositif de maintien (article 6.4), il est fait application d'une franchise fixe de 60 jours continus d'arrêt de travail sous réserve de l'indemnisation effective de Pôle Emploi à l'issue de cette période de franchise. Si tel n'est pas le cas, le point de départ des prestations est reporté à l'expiration de la période de différé d'indemnisation de Pôle Emploi (délai de carence de l'assurance chômage).

L'indemnité journalière est calculée sur la base du 1/365^e du salaire de référence. Son montant est calculé en pourcentage **du salaire de référence, sous déduction des prestations brutes de la Sécurité sociale et de la fraction de salaire maintenu par l'employeur** :

	Personnel non affilié à l'AGIRC	Personnel affilié à l'AGIRC
Indemnité journalière	75 % du salaire de référence (TA + TB)	80 % du salaire de référence (TA + TB + TC)

Après un premier arrêt de travail indemnisé au titre du présent contrat, tout nouvel arrêt de travail survenant pendant la période de garantie et dans un délai de deux mois suivant la reprise du travail, donne lieu à prestations sur les mêmes bases que l'arrêt de travail précédent.

Modalités de versement et durée des prestations

L'employeur doit déclarer à l'organisme assureur tout arrêt de travail susceptible d'ouvrir droit aux indemnités journalières prévues par le contrat, dès qu'il en a connaissance (sauf cas de force majeure) et au plus tard **dans les deux mois** suivant la fin du délai de franchise fixé ci-dessus.

Les prestations sont réglées au fur et à mesure de la réception des décomptes de la Sécurité sociale, à l'employeur tant que le contrat de travail du salarié n'est pas rompu, à charge pour lui de les reverser au salarié après calcul et précompte des charges sociales. Il appartient à l'entreprise de veiller à ce que la règle de cumul énoncée à l'article 21.3 soit respectée, et le cas échéant informer l'organisme assureur que le niveau maximum de ressources est atteint.

En cas de cessation du contrat de travail, les prestations sont versées directement à l'assuré.

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,
- 1095^e jour d'arrêt de travail ;
- l'assuré ne justifie plus d'une incapacité temporaire de travail, notamment en cas de contrôle médical ;
- prise d'effet d'une pension de retraite servie par le régime général de la Sécurité sociale (sauf hypothèse de cumul emploi-retraite).

21.2. Invalidité

Objet

L'organisme assureur verse, sous réserve d'un éventuel contrôle médical, une rente d'invalidité à tout assuré considéré :

- en invalidité permanente totale ou partielle lorsque, par suite d'accident ou de maladie, il est atteint d'une invalidité constatée médicalement, le mettant dans l'impossibilité totale ou partielle d'exercer une activité professionnelle,

et qui perçoit en outre de la Sécurité sociale :

- une pension d'invalidité de 1^{er}, 2^e ou 3^e catégorie ;
- ou une rente d'incapacité permanente, à la suite d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle dont le taux est au moins égal à 33 %.

Toutefois, lorsque les salariés n'ont pas droit aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison d'une durée insuffisante d'activité salariée ou d'un montant insuffisant de cotisations sociales, ils peuvent bénéficier de la garantie invalidité, sous réserve de l'accord du médecin-conseil de l'institution. Les prestations sont alors calculées sous déduction de prestations Sécurité sociale reconstituées de manière théorique.

Montant des prestations

Le montant des prestations, exprimé en complément des prestations brutes Sécurité sociale, est égal à :

- Invalidité 1 ^{er} catégorie Incapacité permanente professionnelle de taux \geq 33 % et $<$ 66 %	15 % du salaire de référence
- Invalidité 2 ^e catégorie Incapacité permanente professionnelle de taux \geq 66 % et $<$ 80 %	20 % du salaire de référence
- Invalidité 3 ^e catégorie Incapacité permanente professionnelle de taux égal ou supérieur à 80 %	30 % du salaire de référence

En cas de reprise d'activité à temps partiel, le calcul des prestations pouvant être versées en tenant compte de la règle de cumul définie à l'article 21.3, est effectué une fois pour toutes au moment de la reprise d'activité à temps partiel.

Modalités de versement et durée des prestations

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

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

- cessation du versement par la Sécurité sociale de la pension d'invalidité ou rente d'incapacité permanente ;
- l'assuré ne justifie plus d'un état d'invalidité au sens du présent contrat, notamment en cas de contrôle médical ;
- prise d'effet d'une pension de retraite servie par le régime général de la Sécurité sociale et, en tout état de cause, au plus tard à la date à laquelle l'assuré atteint l'âge légal de la retraite à taux plein.

21.3. Dispositions communes à l'incapacité temporaire et l'invalidité

Règle de cumul

En aucun cas, les prestations versées en application du présent contrat ne pourront, en s'ajoutant aux prestations en espèces de même nature servies par la Sécurité sociale et par tout autre organisme de prévoyance collective obligatoire, à toute rémunération notamment en cas de reprise d'activité à temps partiel, ou prestation de l'assurance chômage, permettre à l'assuré de disposer de ressources supérieures à la rémunération nette d'activité, s'il avait continué son activité au même poste de travail. Si tel était le cas, les prestations versées en application du présent contrat seraient réduites à due concurrence.

La rémunération nette d'activité correspond au net fiscal sous déduction des cotisations non déductibles.

Pour les anciens salariés indemnisés par le régime d'assurance chômage bénéficiant du dispositif de portabilité, la limitation des indemnités à la rémunération nette d'activité est appréciée par rapport au montant net des allocations que le régime d'assurance chômage aurait versées pour la même période.

Ne sont pas prises en compte dans l'application de la présente règle de cumul les prestations versées au titre d'un contrat d'assurance Dépendance collectif ou individuel, ou au titre de l'allocation tierce personne versée par la Sécurité sociale.

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'organisme assureur est, pour le paiement des indemnités journalières et pensions d'invalidité, subrogé dans les droits et actions de l'assuré, du bénéficiaire ou de leurs ayants droit, contre les tiers responsables de l'accident ayant provoqué l'arrêt de travail ou l'invalidité.

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

ANNEXE – DEMANDE DE PRESTATIONS – PIÈCES JUSTIFICATIVES

La demande de prestations (cf. article 8.3) comporte l'attestation par l'employeur que l'assuré était bien garanti à la date de l'événement ouvrant droit à prestations, les éléments de salaire permettant de déterminer la base de calcul des prestations, ainsi que toutes les pièces justificatives demandées par l'organisme assureur dans le respect du processus d'instruction du dossier que ce dernier a mis en place.

Seront notamment 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 permanente et absolue (invalidité de 3^e catégorie ou taux d'incapacité permanente de 100 % et versement de l'allocation pour tierce personne),
- 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, copie de jugement en cas de mise sous tutelle...),
- en cas de mariage, photocopie du livret de famille et attestation sur l'honneur de non-séparation ou de divorce signée par le conjoint survivant,
- en cas de PACS, copie de la convention certifiée par le bénéficiaire non dissoute ou non rompue,
- en cas de concubinage, au moins deux justificatifs (bail commun, quittance EDF, facture téléphonique, attestation d'assurance...),
- si l'assuré bénéficie du dispositif de portabilité, attestation délivrée par Pôle emploi,
- un relevé d'identité bancaire au nom du bénéficiaire permettant le versement des prestations,

Pour la rente handicap, doit être également joint à la demande de prestations, pour chaque enfant concerné, sous enveloppe cachetée destinée au médecin-conseil, un certificat médical attestant, à la date du décès ou de l'invalidité absolue définitive de l'assuré, de la nature de l'infirmité physique ou mentale dont est atteint. En outre, le médecin-conseil se réserve le droit de demander toutes autres pièces complémentaires qui lui seraient nécessaires pour l'étude du dossier, notamment :

- un justificatif du taux d'incapacité de 80 % reconnue par la CDAPH (commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées),
- un justificatif d'un taux d'incapacité compris entre 50 % et 80 %, si la CDAPH a reconnu l'impossibilité de travailler,
- la preuve du bénéfice d'une mesure relevant de la loi n° 2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées du 11 février 2005,
- un certificat d'admission en établissement spécialisé.

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

- les décomptes de la Sécurité sociale,
- la notification de la Sécurité sociale relative à l'attribution d'une pension d'invalidité ou d'une rente pour accident du travail ou maladie professionnelle,
- pour les salariés sans droits auprès de la Sécurité sociale, notification du refus d'intervention accompagné d'un dossier médical à l'attention du médecin-conseil de l'organisme assureur, sous pli confidentiel,
- en cas de reprise d'activité à temps partiel, attestation mensuelle de l'employeur mentionnant le montant de la rémunération versée,
- si l'assuré bénéficie du dispositif de portabilité, attestation délivrée par Pôle emploi,
- un relevé d'identité bancaire au nom du bénéficiaire permettant le versement des prestations.



MUTEX

Société anonyme à directoire et conseil de surveillance,
régie par le Code des assurances,
140 avenue de la république - CS 30007 - 92327 Châtillon Cedex
mutex.fr



APICIL PRÉVOYANCE

Institution de Prévoyance régie par le Code de la sécurité sociale.
38, rue François Peissel 69300 Caluire et Cuire
apicil.com



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
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

