

PRESTATAIRES DE SERVICES DU SECTEUR TERTIAIRE

Garantie maintien de salaire

Contrat collectif à adhésion obligatoire

CONDITIONS GÉNÉRALES n° 9237/1

Incapacité temporaire de travail

SOMMAIRE

ARTICLE 1 – OBJET DU CONTRAT	5
ARTICLE 2 – SOUSCRIPTION DU CONTRAT	5
ARTICLE 3 – AFFILIATION DES SALARIÉS	6
ARTICLE 4 – PRISE D’EFFET DE LA GARANTIE - DURÉE	6
ARTICLE 5 – COTISATIONS – DÉCLARATION NOMINATIVE ANNUELLE	6
ARTICLE 6 – DÉFINITION ET MONTANT DES PRESTATIONS	7
ARTICLE 7 – PRESCRIPTION	8
ARTICLE 8 – RÉSILIATION DU CONTRAT D’ASSURANCE	9
ARTICLE 9 – CONTRÔLE DE L’INSTITUTION	9
ARTICLE 10 – RÉCLAMATION	9
ARTICLE 11 – INFORMATIQUE ET LIBERTÉS	9

ARTICLE 1 – OBJET DU CONTRAT

1.1 – Objet du contrat

Le présent contrat est souscrit dans un cadre collectif à adhésion obligatoire auprès de 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 (ci-après dénommée « l'Institution »).

Il a pour objet d'assurer à l'entreprise souscriptrice (ci-après dénommée « l'Adhérent ») le versement d'indemnités couvrant en tout ou partie ses obligations conventionnelles de maintien de salaire, en cas d'arrêt de travail pour maladie, maternité ou accident de ses salariés, telles que prévues par la :

Convention collective des Prestataires de services du secteur tertiaire

Le présent contrat ne peut être souscrit qu'en complément du contrat d'assurance souscrit auprès de l'Institution au titre du régime de prévoyance « décès – incapacité – invalidité » instauré par la Convention collective précitée.

L'ensemble des contrats « maintien de salaire » souscrits dans le cadre des présentes Conditions générales sont réunis en un ensemble homogène de mutualisation.

1.2 – Étendue de la garantie prévue au contrat

Seuls les arrêts de travail survenant à compter de la date d'effet du présent contrat peuvent donner lieu à indemnisation.

Les faits intentionnellement et volontairement provoqués par le salarié ne sont pas couverts.

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

ARTICLE 2 – SOUSCRIPTION DU CONTRAT

2.1 – Formation du contrat

En fonction des éléments fournis par l'entreprise concernant la catégorie de personnel à assurer, l'Institution remet une proposition de contrat, que l'entreprise souhaitant souscrire doit retourner dûment complétée et signée.

Le contrat est formé de deux parties indissociables :

- les présentes Conditions générales définissant les obligations réciproques des parties ainsi que le descriptif de la garantie,
- les Conditions particulières, fixant la date d'effet du contrat, la catégorie de personnel assurée, les taux de cotisations, le cas échéant toute clause spécifique.

Le contrat est complété ultérieurement d'avenants éventuels.

2.2 – Date d'effet et durée du contrat

Le contrat prend effet à la date fixée aux Conditions particulières et expire le 31 décembre suivant.

Il se renouvelle par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année, sauf résiliation à l'initiative de l'une ou l'autre partie, signifiée par lettre recommandée avec avis de réception, au moins deux mois avant l'échéance annuelle du contrat, et sauf résiliation exceptionnelle pouvant intervenir à tout moment dans les cas exposés à l'article 8.

L'adhérent peut également procéder à la résiliation dans les mêmes délais par envoi recommandé électronique.

L'entreprise doit en outre informer immédiatement l'Institution de toute transformation intervenant dans sa situation juridique ou économique (dissolution, fusion, absorption, cession d'exploitation, location-gérance, etc.).

2.3 – Révision du contrat

Le niveau de la garantie ainsi que les taux de cotisations sont définis en fonction de la législation et de la réglementation, ainsi qu'en fonction des obligations conventionnelles de maintien de salaire à charge de l'employeur, en vigueur à la date de leur prise d'effet. **L'engagement de Malakoff Humanis Prévoyance est acquis pour autant que ce cadre perdure.**

En cas d'instauration ou de modification par les pouvoirs publics de taxes, contributions ou charges de toute nature assises sur les cotisations, et/ou en cas de modification de la législation ou de la réglementation, et/ou en cas de modification des obligations conventionnelles de maintien de salaire, ayant un impact sur le contrat, les conditions d'assurance (prestations et/ou cotisations) peuvent être révisées.

Les conditions d'assurance peuvent également être révisées au vu des résultats du contrat ou de l'ensemble des contrats souscrits dans le cadre des présentes Conditions générales.

Le contrat peut être révisé à tout moment ; les nouvelles conditions prennent alors effet à la date d'effet de l'avenant.

L'Adhérent dispose d'un délai de trente jours, à compter de l'envoi de l'avenant portant modification, pour signifier expressément à l'Institution 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'Adhérent est réputé avoir accepté les termes de l'avenant.

ARTICLE 3 – AFFILIATION DES SALARIÉS

L'Adhérent s'engage à affilier tous ses salariés présents à la date d'effet du contrat et ultérieurement tous les salariés à la date d'embauche.

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

Les demandes d'affiliation doivent être adressées par l'Adhérent dans un délai de trente jours suivant l'entrée dans la catégorie de personnel assurée. L'Institution doit être informée dans le même délai des modifications de situation professionnelle des salariés, notamment suspension ou cessation du contrat de travail.

ARTICLE 4 – PRISE D'EFFET DE LA GARANTIE - DURÉE

4.1 – Prise d'effet et durée

La date de prise d'effet de la garantie, sous réserve de l'accomplissement des formalités d'affiliation visées à l'article précédent, est fixée à la date d'effet du présent contrat pour les salariés présents à l'effectif à cette date, ultérieurement à la date de leur embauche.

La garantie cesse à la date de survenance de l'un des événements suivants :

- sortie de la catégorie de personnel assurée,
- cessation du contrat de travail,
- pendant les périodes de suspension du contrat de travail, sauf en cas d'arrêt de travail indemnisé par la Sécurité sociale, ou de maintien de salaire total ou partiel,
- prise d'effet de la retraite Sécurité sociale (sauf cumul emploi retraite)
- suspension ou résiliation du présent contrat d'assurance.

4.2 – Incidence d'une modification de la garantie sur l'indemnisation des arrêts en cours

Toute modification des conditions de prestations (franchise et/ou montant des prestations et/ou durée totale d'indemnisation) s'applique aux arrêts de travail survenant postérieurement à la date d'effet de la modification ; les arrêts de travail en cours continuent d'être indemnisés sur la base des conditions contractuelles en vigueur lors de l'arrêt de travail.

4.3 – Fausse déclaration

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

ARTICLE 5 – COTISATIONS – DÉCLARATION NOMINATIVE ANNUELLE

5.1 – 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...)

Il faut entendre ledit régime AGIRC (Association Générale des Institutions de Retraite des Cadres) tel qu'il existait au 31 décembre 2018.

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.

Les taux de cotisations sont fixés aux Conditions particulières.

5.2 – 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 de salariés assurés à la fin du trimestre civil concerné et les assiettes servant de base au calcul des cotisations pour la période concernée. L'Adhérent est seul responsable du paiement des cotisations. À ce titre, il procède à leur calcul et à leur versement aux échéances prévues sur appel de l'Institution.

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

En cas de non-paiement, la garantie est suspendue 30 jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure. Le contrat est résilié 10 jours après la date de prise d'effet de la suspension si le paiement n'est toujours pas intervenu.

Les cotisations antérieures à la résiliation restent dues. L'Institution a la faculté d'en poursuivre le recouvrement par tous les moyens de droit. Les frais afférents sont entièrement à la charge de l'Adhérent.

5.3 – Déclaration nominative annuelle

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

Au plus tard le 31 janvier suivant, l'Adhérent doit retourner cet état, dûment complété, d'une part de la déclaration des salariés restant à affilier, d'autre part des salaires bruts annuels ventilés selon les tranches A, B et C, des éléments à prendre en compte pour que l'Institution procède au calcul des cotisations annuelles (notamment dates d'entrée ou de sortie des effectifs, périodes de suspension de contrat de travail, pourcentage de temps partiel etc....).

Les déclarations peuvent être faites sous forme dématérialisée.

ARTICLE 6 – DÉFINITION ET MONTANT DES PRESTATIONS

6.1 – Généralités

En cas d'arrêt de travail par suite de maladie, maternité ou accident, d'un(e) salarié(e) bénéficiant à ce titre d'un maintien de salaire de l'employeur au titre de ses obligations conventionnelles, l'Institution verse à l'Adhérent des prestations dans les conditions précisées ci-après.

L'ancienneté dans l'entreprise, prise en compte pour le calcul de la prestation, est appréciée au 1^{er} jour de l'arrêt de travail.

La durée des droits est calculée sur une période de douze mois décomptée de date à date. Lors de chaque arrêt de travail, il est tenu compte des droits à maintien de salaire sur les douze mois antérieurs, de telle sorte que, en cas de pluralité d'arrêts au cours de ces douze mois, la durée totale d'indemnisation soit limitée aux durées indiquées.

Le montant de la prestation ne peut conduire à ce que le salarié perçoive une rémunération nette plus importante que celle qu'il aurait perçue s'il avait continué à travailler. L'Adhérent s'engage à informer l'Institution que ce maximum est atteint le cas échéant, cette dernière étant fondée à réclamer la restitution du trop-versé à l'Adhérent.

Les prestations sont suspendues et/ou cessent aux mêmes dates que la Sécurité sociale ; elles cessent en tout état de cause à la date à laquelle survient le premier des événements suivants :

- cessation pour l'entreprise de l'obligation de maintien de salaire,
- cessation du contrat de travail,
- expiration de la période d'indemnisation telle que précisée ci-dessous.

6.2 – Indemnisation de la maladie et de l'accident pour le personnel affilié à l'AGIRC

Pour le personnel affilié à l'AGIRC, l'indemnisation de l'employeur en cas de maladie ou accident est la suivante :

ancienneté dans l'entreprise	MONTANT ET DURÉE DE L'INDEMNISATION en % du salaire de référence et sous déduction des prestations brutes versées par la Sécurité sociale		
	1 ^{re} période à 90 %	2 ^e période à 80 %	2 ^e période à 75 %
1 an à moins de 3 ans	60 jours	-	30 jours
3 ans à moins de 8 ans	120 jours	30 jours	-
8 ans à moins de 12 ans	150 jours	60 jours	-
Au-delà de 12 ans	180 jours	90 jours	-

Le point de départ de l'indemnisation est fixé au 1^{er} jour de l'arrêt de travail.

Le salaire de référence utilisé pour le calcul des prestations est égal à la moyenne des salaires bruts, limités au plafond de la tranche C pour le personnel affilié à l'AGIRC, perçus au cours des 12 derniers mois précédant l'arrêt de travail.

Toutefois, si des éléments variables sont inclus dans la rémunération, ils sont pris en compte pour effectuer la moyenne mensuelle, à l'exclusion des primes liées à la situation financière de l'entreprise, les systèmes d'intéressement et de participation légaux, le 13^e mois, les gratifications exceptionnelles.

6.3 – Indemnisation de la maladie ou de l'accident pour le personnel non affilié à l'AGIRC

Pour le personnel non affilié à l'AGIRC, l'indemnisation de l'employeur en cas de maladie ou accident est la suivante :

ancienneté dans l'entreprise	MONTANT ET DURÉE DE L'INDEMNISATION en % du salaire de référence et sous déduction des prestations brutes versées par la Sécurité sociale			
	1 ^{er} période à 100 %	1 ^{er} période à 90 %	2 ^e période à 80 %	2 ^e période à 75 %
1 an à moins de 3 ans		30 jours	-	30 jours
3 ans à moins de 8 ans	30 jours	-	30 jours	-
8 ans à moins de 13 ans	40 jours	-	40 jours	-
13 ans à moins de 18 ans	50 jours	-	50 jours	-
18 ans à moins de 23 ans	60 jours	-	60 jours	-
23 ans à moins de 28 ans	70 jours	-	70 jours	-
28 ans à moins de 33 ans	80 jours	-	80 jours	-
33 ans et plus	90 jours	-	90 jours	-

Le point de départ de l'indemnisation est fixé :

- au 1^{er} jour de l'arrêt de travail en cas de maladie professionnelle ou accident du travail, ainsi qu'en cas d'hospitalisation réelle ou à domicile,
- au 8^e jour d'arrêt de travail en cas de maladie ou accident de la vie privée ainsi qu'en cas d'accident de trajet.

Le salaire de référence pris en compte pour le calcul des prestations est égal au salaire brut qui aurait été celui du salarié s'il avait continué à travailler.

6.4 – Indemnisation de la maternité pour l'ensemble du personnel (affilié à l'AGIRC et non affilié à l'AGIRC)

Pour l'ensemble du personnel, affilié à l'AGIRC ou non affilié à l'AGIRC, les obligations de maintien de salaire de l'employeur en cas de maternité, donnent lieu à indemnisation à l'identique des dispositions de l'article 6.3 (c'est-à-dire identique à l'indemnisation maladie/accident du personnel non affilié à l'AGIRC).

6.5 – Demande de prestations – Pièces à fournir

L'Adhérent doit déclarer à l'Institution tout arrêt de travail susceptible d'ouvrir droit à prestations, dès qu'il en a connaissance (sauf cas de force majeure) et au plus tard dans les 2 mois suivant l'arrêt de travail ou l'expiration de la franchise le cas échéant. Au-delà de ce délai, la date de prise en charge éventuelle sera celle de la date de réception de la demande de prestations par l'Institution.

Le paiement des prestations est effectué auprès de l'entreprise après réception d'un dossier complet comprenant notamment :

- la déclaration d'arrêt de travail (formulaire mis à disposition par l'Institution) comportant notamment l'attestation par l'entreprise que le salarié remplissait les conditions requises à la date de l'arrêt de travail, et les éléments servant au calcul des prestations,
- les décomptes de la Sécurité sociale,
- si la durée de l'arrêt de travail est inférieure à la franchise appliquée par la Sécurité sociale, la copie du certificat médical délivré par le médecin (volet remis par le salarié à l'employeur).

Les prestations sont ensuite réglées au fur et à mesure de la réception des décomptes de Sécurité sociale.

L'Institution peut demander toutes justifications nécessaires, et peut être amenée à vérifier l'exactitude des déclarations sur les états de salaires mis à disposition par l'entreprise.

ARTICLE 7 – PRESCRIPTION

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

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

Toutefois ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où nous en avons 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 ignoré jusque-là.

Lorsque vous, l'assuré ou le bénéficiaire intentez une action en justice à notre encontre et que celle-ci a pour fondement le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court qu'à compter du jour où ce tiers a lui-même exercé l'action en justice à votre encontre, celle de l'assuré ou du bénéficiaire ou a été indemnisé par vos soins, l'assuré ou le bénéficiaire.

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

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

La prescription est également interrompue par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception soit que nous vous adressons en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, soit que l'assuré nous adresse en ce qui concerne le règlement de la prestation.

ARTICLE 8 – RÉSILIATION DU CONTRAT D'ASSURANCE

Outre l'hypothèse de résiliation à l'échéance annuelle du contrat, à l'initiative de l'entreprise ou de l'Institution, comme précisé à l'article 2, le contrat peut être résilié sans attendre l'échéance annuelle, dans les cas suivants :

- non-paiement des cotisations (article 5.2),
- non-acceptation par l'entreprise des nouvelles conditions contractuelles résultant d'une modification du cadre législatif et/ou réglementaire (article 2.3),
- résiliation de plein droit et à la même date en cas de résiliation du contrat d'assurance couvrant le régime conventionnel (eu égard à la nature complémentaire du présent contrat exposée à l'article 1.1),
- dissolution de l'entreprise ou cessation d'activité, à la même date d'effet.

Quelle qu'en soit la cause, l'entreprise est débitrice de l'ensemble des cotisations dues jusqu'à la date d'effet de la résiliation.

La garantie cesse à la date de résiliation du contrat.

Les prestations en cours de service sont maintenues jusqu'à leur échéance normale, tel que précisé à l'article 6.

ARTICLE 9 – CONTRÔLE DE L'INSTITUTION

Malakoff Humanis Prévoyance est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

ARTICLE 10 – RÉCLAMATION

En cas de difficultés dans l'application du contrat, l'entreprise et les bénéficiaires peuvent contacter l'Institution :

- pour l'entreprise : reclamation-entreprise-assurance@malakoffhumanis.com
ou à l'adresse du Service Réclamations Entreprises Assurance - 78288 Guyancourt cédex,
- pour les salariés : reclamation-particulier-assurance@malakoffhumanis.com
ou à l'adresse du Service Réclamations Particuliers Assurance - 78288 Guyancourt Cedex

Lorsqu'aucune solution à un litige relatif aux garanties n'a pu être trouvée avec l'Institution, l'entreprise et les bénéficiaires peuvent, sans préjudice du droit d'agir en justice, s'adresser au médiateur de la protection sociale (Centre Technique des Institutions de Prévoyance - CTIP) à l'adresse suivante : M. le médiateur de la protection sociale (CTIP) - 10 rue Cambacères - 75008 Paris ou par voie électronique : <https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/>.

ARTICLE 11 – 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, règlementaires 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 Assurance, 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.



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