

COMMERCE DE GROS

# Garantie maintien de salaire

**Personnel non-cadre**

CONDITIONS GÉNÉRALES N° 3372/1  
1<sup>er</sup> janvier 2021

« Incapacité temporaire de travail »



# SOMMAIRE

ARTICLE 1 - OBJET DU CONTRAT	4
ARTICLE 2 - SOUSCRIPTION DU CONTRAT	4
ARTICLE 3 - DURÉE DU CONTRAT - RENOUVELLEMENT	5
ARTICLE 4 - PRISE D'EFFET DE LA GARANTIE	6
ARTICLE 5 - FAUSSE DÉCLARATION	6
ARTICLE 6 - MODIFICATION DE LA GARANTIE	6
ARTICLE 7 - MODIFICATION DU CADRE LÉGISLATIF OU RÉGLEMENTAIRE	6
ARTICLE 8 - CESSATION DE LA GARANTIE	6
ARTICLE 9 - COTISATIONS	7
ARTICLE 10 - DÉCLARATION NOMINATIVE ANNUELLE	7
ARTICLE 11 - DÉFINITION ET MONTANT DES PRESTATIONS	7
ARTICLE 12 - DEMANDE DE PRESTATIONS - PIÈCES À FOURNIR	10
ARTICLE 13 - RÉSILIATION DU CONTRAT D'ASSURANCE	10
ARTICLE 14 - ÉTENDUE TERRITORIALE	11
ARTICLE 15 - EXCLUSIONS	11
ARTICLE 16 - PRESCRIPTION	11
ARTICLE 17 - CONTRÔLE DE L'INSTITUTION	11
ARTICLE 18 - INFORMATIQUE ET LIBERTÉS	11
ARTICLE 19 - RÉCLAMATIONS ET MÉDIATIONS	12
ARTICLE 20 - RECOURS SUBROGATOIRE	13
ARTICLE 21 - CONTRÔLE MÉDICAL	13

## ARTICLE 1 - OBJET DU CONTRAT

Le contrat est souscrit auprès de Malakoff Humanis Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le code de la Sécurité sociale, et a pour objet d'assurer à l'entreprise souscriptrice le versement d'indemnités journalières couvrant en tout ou partie ses obligations légales ou conventionnelles de maintien de salaire, en cas d'arrêt de travail pour maladie ou accident de l'un de ses salariés, telles que prévues par la **Convention collective nationale des Commerces de gros (IDCC 573)**.

**Le présent contrat ne peut être souscrit qu'en complément d'un contrat de prévoyance garantissant le régime à options.**

## ARTICLE 2 - SOUSCRIPTION DU CONTRAT

Le contrat est formé de deux parties indissociables, d'une part les présentes conditions générales, d'autre part les conditions particulières ou certificat d'adhésion qui comporte(nt) notamment :

- la date d'effet du contrat,
- la définition de la ou des catégorie(s) de personnel assurée(s),
- les assiettes et taux de cotisation correspondant à la garantie souscrite.

### Formalités lors de la souscription du contrat

**L'entreprise s'engage à affilier tous les salariés de plus d'un an d'ancienneté, de la (ou des) catégorie(s) de personnel définie(s) aux conditions particulières, à la date d'effet du contrat s'ils sont présents à l'effectif à cette date.**

L'entreprise qui demande à souscrire le présent contrat doit préalablement fournir à l'institution les éléments lui permettant d'apprécier le risque, notamment :

- la ou les catégorie(s) de personnel assurables,
- un bulletin individuel d'affiliation précisant les nom, prénom, date et lieu de naissance, situation de famille, domicile, ainsi que la catégorie professionnelle et l'ancienneté :
  - des salariés inscrits à l'effectif, y compris ceux dont le contrat de travail est suspendu,
  - des salariés en arrêt de travail en précisant la date de l'arrêt pour maladie ou accident.

En fonction de ces éléments, l'institution propose les conditions de cotisations et de prestations dans lesquelles elle accorde sa garantie.

### Obligation d'information du souscripteur

Afin de permettre à l'organisme assureur d'apprécier le risque assuré et sa modification, le souscripteur a l'obligation de lui déclarer toute situation de cumul emploi-retraite du personnel assurable d'une part à la souscription du contrat et d'autre part en cours de contrat dans un délai de 30 jours à compter de la survenance de la situation ou de nouvelle entrée de salarié assuré concerné.

Cette déclaration s'effectue par les flux mensuels DSN et si nécessaire sur demande de l'organisme assureur au moyen de la liste nominative du personnel assurable ou des bulletins individuels d'affiliation complétés et signés.

Les procédures collectives visées ci-dessus sont les procédures de sauvegarde, de redressement et liquidation judiciaires telles que visées aux articles L.621-1 et suivants, L.631-1 et suivants, L.641-1 et suivants du Code de commerce (consultables sur le site <http://www.légifrance.fr>).

### Obligations d'informations du souscripteur

Le souscripteur doit informer immédiatement l'organisme assureur afin de maintenir, d'adapter ou de résilier le contrat en cas de circonstances nouvelles, telles que :

- toutes procédures de licenciement visant plus de 5 salariés assurés et 5 % de l'effectif assuré, toute diminution des effectifs (y compris les fins de CDD, ruptures conventionnelles ...) visant plus de 5 salariés assurés et 5 % de l'effectif assuré, la mise en place d'un Plan de Sauvegarde de l'Emploi ,
- toutes procédures collective de sauvegarde, de redressement ou de liquidation judiciaire en lui communiquant les coordonnées du mandataire, de l'administrateur et/ou du liquidateur judiciaire.

L'effectif à prendre en compte est celui des actifs au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année.

### Révision du contrat

#### Evolutions réglementaires

En cas d'évolution législative, réglementaire et/ou de l'intervention du régime de la Sécurité sociale, le contrat peut être modifié en cours d'année. Les nouvelles conditions de garanties et/ou de cotisations prennent alors effet à la date d'effet mentionnée sur la notification de la modification. Le souscripteur peut toujours refuser la proposition en respectant les « Modalités de révision » prévues au contrat.

Jusqu'à la date d'effet de cette notification, les dispositions antérieures continuent à s'appliquer sauf si les nouvelles dispositions sont d'ordre public et donc d'application immédiate.

## Evolution du risque assuré

L'organisme assureur propose le paiement d'une cotisation exceptionnelle, en cas d'aggravation du risque dans les cas suivants, ayant notamment un impact sur le coût de la portabilité :

- toutes procédures de licenciement visant plus de 5 salariés assurés et 5 % de l'effectif assuré, toute diminution des effectifs (y compris les fins de CDD, ruptures conventionnelles ...) visant plus de 5 salariés assurés et 5 % de l'effectif assuré, la mise en place d'un Plan de Sauvegarde de l'Emploi,
- toutes les procédures collectives, telles que sauvegarde, redressement et liquidation judiciaires.

L'effectif à prendre en compte est celui des actifs au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année.

Le souscripteur adresse une lettre recommandée avec avis de réception à l'organisme assureur dès connaissance de la survenance de l'un des événements listés ci-dessus.

En cas d'aggravation du risque, l'organisme assureur adresse une lettre recommandée avec avis de réception au souscripteur en vue de lui proposer le paiement de la cotisation exceptionnelle susvisée.

## Modalités de révision

En cas de modification des garanties et/ou de révision des cotisations telle que mentionnée aux articles précédents, le souscripteur peut toujours refuser la proposition de l'organisme assureur dans les trente (30) jours qui suivent la réception dudit courrier en envoyant sa demande de résiliation par l'un des moyens exposés à l'article « Modalités de résiliation du contrat à l'échéance annuelle ». Le contrat est alors résilié dans les dix (10) jours suivants.

En cas d'absence de réponse dans les trente (30) jours de l'envoi de la notification par lettre recommandée de l'organisme assureur, l'organisme assureur considérera que le souscripteur a accepté les nouvelles conditions. Elles prendront effet à la date de modification mentionnée sur le courrier.

Jusqu'à la date d'effet de la modification du contrat, les dispositions antérieures continuent à s'appliquer au contrat.

## Cotisations

### Modalités de paiement

L'organisme assureur peut demander au souscripteur, dès qu'il a connaissance d'une procédure collective telle que définie au lexique, le paiement d'une cotisation exceptionnelle permettant d'assurer le maintien des garanties en cas de cessation d'activité de l'entreprise.

Cette cotisation exceptionnelle est déterminée, notamment, en fonction du taux de cotisation des anciens salariés couverts au titre de la portabilité et de la durée prévisionnelle de maintien au titre de la portabilité.

### Défaut de paiement

En cas de non-paiement d'une cotisation au terme du délai de quinze (15) jours de son échéance ou de la cotisation exceptionnelle résultant de l'aggravation du risque dans un délai de quinze (15) jours suivant l'envoi de la proposition, l'organisme assureur adresse une lettre recommandée de mise en demeure avec avis de réception au souscripteur.

Si le paiement n'intervient pas, les garanties sont suspendues trente jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure et le contrat est résilié dix jours après la date d'effet de la suspension. La résiliation met fin aux garanties.

## ARTICLE 3 - DURÉE DU CONTRAT - RENOUELEMENT

---

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<sup>er</sup> janvier de chaque année.

**Chacune des parties, signataires du présent contrat, peut résilier le contrat DEUX mois au moins avant chaque date de renouvellement soit au plus tard le 31 octobre (le cachet de la poste faisant foi).**

**Le souscripteur peut adresser sa demande :**

- **soit par lettre ou tout autre support durable ;**
- **soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'institution de prévoyance ;**
- **soit par acte extrajudiciaire ;**
- **soit, lorsque l'organisme assureur propose la conclusion de contrat ou l'adhésion au règlement par un mode de communication à distance, par le même mode de communication ;**
- **soit par tout autre moyen prévu par le contrat.**

Le destinataire confirme par écrit la réception de la notification.

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

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

## ARTICLE 4 – PRISE D'EFFET DE LA GARANTIE

---

**La date de prise d'effet de la garantie, pour chaque assuré pour lequel les formalités d'affiliation susvisées ont été préalablement accomplies, est fixée à la date à laquelle l'ancienneté d'un an est atteinte sans pouvoir être antérieure à la date d'effet du contrat.**

**L'ancienneté d'un an est retenue conformément aux dispositions de l'article 5 de l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2008.**

**Seuls les arrêts de travail survenus postérieurement à la date d'affiliation au contrat pourront donner lieu à prise en charge.**

### **Affiliation postérieure à la date d'effet du contrat**

**L'entreprise s'engage à affilier tous les salariés dès lors qu'ils font partie de l'une des catégories de personnel définies aux conditions particulières, et à la date où ils ont l'ancienneté requise.**

Les demandes d'affiliation doivent être adressées, à la diligence et sous la responsabilité de l'employeur, dans un délai de quinze jours suivant l'entrée dans la catégorie de personnel assurée.

Tant que lesdites formalités ne sont pas accomplies, l'institution n'accorde sa garantie qu'en cas d'accident.

L'institution doit être informée dans le même délai des modifications de situation professionnelle des assurés, notamment suspension ou rupture du contrat de travail.

## ARTICLE 5 – FAUSSE DÉCLARATION

---

**L'assurance est nulle en cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré ou de l'entreprise de nature à changer l'objet du risque garanti ou à en fausser l'appréciation par l'institution. Les cotisations payées à ce titre restent acquises à l'institution.**

## ARTICLE 6 – MODIFICATION DE LA GARANTIE

---

En cas d'augmentation de la garantie, l'institution peut subordonner son accord à l'accomplissement de formalités médicales.

En cas de modification de la garantie (franchise et/ou montant des prestations et/ou durée totale d'indemnisation), les salariés affiliés, en arrêt de travail pour maladie ou accident, restent couverts selon les modalités contractuelles en vigueur à la date d'arrêt de travail.

## ARTICLE 7 – MODIFICATION DU CADRE LÉGISLATIF OU RÉGLEMENTAIRE

---

Les modalités de la garantie et les taux de cotisation définis au contrat sont établis en fonction de la législation et de la réglementation en vigueur au moment de sa prise d'effet.

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, l'institution est fondée à majorer à due concurrence les cotisations appelées.

Lorsque les montants et modalités sont établis en considération de conditions en vigueur dans d'autres régimes (notamment Sécurité sociale), les changements apportés à ces conditions postérieurement à la date d'effet du contrat ne sauraient avoir pour effet d'augmenter l'étendue des engagements de l'institution qui sera, en pareil cas, fondée à apporter à l'expression de ses garanties, les aménagements nécessaires.

L'entreprise dispose alors d'un délai de 30 jours, à compter d'envoi de l'avenant portant modification, pour résilier son contrat. Cette résiliation prendra effet le 1er jour du trimestre civil qui suit la date de réception de la demande de résiliation.

## ARTICLE 8 – CESSATION DE LA GARANTIE

---

La garantie cesse :

- à la date de suspension ou de résiliation du contrat d'assurance,
- pendant les périodes de suspension du contrat de travail de l'assuré, sauf en cas d'arrêt de travail indemnisé par la Sécurité sociale ou de maintien de salaire total ou partiel,
- à la date de radiation de l'assuré des effectifs de l'entreprise adhérente, ou celle à laquelle il cesse d'appartenir à une catégorie de personnel figurant aux conditions particulières,
- à la date de prise d'effet de la retraite de la Sécurité sociale de l'assuré, sauf cumul emploi-retraite.

## ARTICLE 9 – COTISATIONS

---

### 1 – Base de calcul et taux de cotisation

Les cotisations sont calculées sur la rémunération brute servant de base aux cotisations à la Sécurité sociale (y compris les indemnités journalières complémentaires versées au titre d'un contrat collectif obligatoire, au prorata de la part financée par l'employeur), à l'exclusion des sommes versées en raison de la rupture du contrat de travail (primes, indemnités et rappels) lors du départ de l'entreprise ou ultérieurement.

Les tranches de rémunérations sont définies comme suit :

- TA : tranche de rémunération au plus égale au plafond annuel de la Sécurité sociale,
- TB : tranche de rémunération comprise entre 1 fois et 4 fois ce plafond.

**Les taux et tranches de cotisations, par catégorie de personnel assurée, sont fixés aux conditions particulières.**

**Les cotisations sont dues pour l'ensemble des salariés de plus d'un an d'ancienneté affiliés au contrat.**

La base de calcul des cotisations permet de définir le montant des cotisations que le souscripteur verse à l'organisme assureur.

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

### 2 – Paiement des cotisations

Les cotisations sont payables trimestriellement à terme échu dans les 10 premiers jours de chaque trimestre civil. Chacun des paiements doit être accompagné de la déclaration trimestrielle mentionnant notamment les assiettes servant de base au calcul des cotisations pour la période concernée.

L'entreprise est seule responsable du paiement des cotisations. A ce titre, elle procède à leur calcul et à leur versement aux échéances prévues sur appel de l'Institution.

### 3 – Non paiement des cotisations

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

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'entreprise.

## ARTICLE 10 – DÉCLARATION NOMINATIVE ANNUELLE

---

Pour chaque exercice d'application du contrat, et au plus tard le 31 janvier suivant, l'entreprise doit retourner l'état nominatif établi par l'institution, dûment complété pour chacun des assurés affiliés au contrat des éléments à prendre en compte pour que l'institution procède au calcul des cotisations annuelles (notamment salaires bruts annuels ventilés selon les tranches de salaire, dates d'entrée ou de sortie des effectifs, catégorie professionnelle, périodes de suspension de contrat de travail, pourcentage de temps partiel etc.).

L'entreprise tient ses états de salaires et de personnel à la disposition de l'institution pour consultation éventuelle.

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

## ARTICLE 11 – DÉFINITION ET MONTANT DES PRESTATIONS

---

En cas d'arrêt de travail pour maladie ou accident, lorsqu'un salarié ayant plus d'un an d'ancienneté bénéficie d'un maintien de salaire de l'employeur au titre des obligations légales ou conventionnelles, ainsi que du versement d'indemnités journalières de la Sécurité sociale, Malakoff Humanis Prévoyance verse à l'entreprise des prestations, dans les conditions précisées ci-après.

Pour l'application de la garantie, l'accident du travail et la maladie professionnelle doivent être reconnus comme tels par la sécurité sociale ; l'accident de trajet est assimilé à l'accident de la vie privée.

Si les conditions particulières ou le certificat d'adhésion le prévoit(ent), l'entreprise peut également percevoir une somme forfaitaire au titre des charges sociales patronales.

L'incapacité permanente résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle correspondant à un taux d'incapacité égal ou supérieur à 33 % et inférieur à 66 % est assimilée à une invalidité permanente de 1ère catégorie de la Sécurité sociale.

Lorsque le taux d'incapacité est égal ou supérieur à 66 %, l'assimilation est faite à une invalidité permanente de 2<sup>ème</sup> catégorie de la Sécurité sociale. La perception d'une allocation de tierce personne de la Sécurité sociale entraîne l'assimilation à une invalidité permanente de 3<sup>ème</sup> catégorie de la Sécurité sociale.

**Aucune prestation n'est due par l'assureur si le taux d'incapacité est, ou devient inférieur à 33 %. (sauf dispositions différentes aux conditions particulières).**

**Il est précisé que le médecin conseil de l'assureur n'est pas tenu par les décisions prises par la Sécurité sociale et se réserve la possibilité de soumettre l'assuré à un contrôle médical dans les conditions prévues au contrat. En cas de contestation, l'assuré peut, le cas échéant, mettre en œuvre la procédure d'arbitrage prévue à ce même article.**

## 1 – Franchise

Le point de départ du service des prestations est fixé :

- à compter du 1<sup>er</sup> jour d'arrêt de travail en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle (à l'exclusion de l'accident de trajet),
- à compter du 1<sup>er</sup> jour d'hospitalisation (y compris hospitalisation à domicile, sauf exclusion prévue à l'article 15),
- à compter du 8<sup>e</sup> jour d'arrêt de travail continu dans tous les autres cas (conformément à l'article 5 de l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2008).

**Chaque arrêt de travail donnera lieu à application de la franchise, sauf dans le cas où la Sécurité sociale détermine qu'il s'agit d'une rechute.**

## 2 – Montant et durée des prestations

Les tableaux ci-après précisent, par catégorie de personnel assurable, les durées et montants de l'indemnisation en fonction des droits à maintien de salaire liés à l'ancienneté.

L'ancienneté prise en compte pour la détermination du droit à prestation s'apprécie au premier jour de l'arrêt de travail.

Au titre de la garantie incapacité temporaire de travail, la base de calcul de la prestation journalière est celle définie au contrat et divisée par 365. Le montant des prestations est fixé en pourcentage de la base de calcul, sous déduction des indemnités journalières brutes de la Sécurité sociale, reconstituées si nécessaire dans le cadre de la garantie en cas d'hospitalisation.

Lors de chaque arrêt de travail, il est tenu compte des indemnités déjà perçues durant 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 est limitée aux périodes ci-dessus fixées, et ce suivant l'ancienneté acquise au 1<sup>er</sup> jour d'arrêt de travail.**

Lorsque sur la période les arrêts de travail sont générés alternativement par la maladie et par l'accident du travail- maladie professionnelle, il sera retenu, **au maximum, la période d'indemnisation la plus longue.**

Les prestations sont suspendues et/ou cessent aux mêmes dates que celles de 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,
- en cas de reprise du travail à temps partiel (mi-temps thérapeutique),
- rupture du contrat de travail,
- expiration de la période d'indemnisation telle que précisée ci-dessus,
- décision à la suite d'un contrôle médical.

L'entreprise est tenue de déclarer à Malakoff Humanis Prévoyance les situations de suspension, cessation ou réduction d'indemnités journalières appliquées par la Sécurité sociale dans le cadre du contrôle de la justification de l'arrêt de travail du salarié qu'elle exerce directement, ou consécutivement à l'exercice du droit de contre visite de l'employeur.

**Les indemnités journalières complémentaires versées indûment font l'objet d'une récupération de l'indu.**

Dans le cas où l'entreprise a souscrit l'option « participation aux charges sociales patronales », les prestations sont majorées forfaitairement de 40 %.



### Personnel « Employé et Ouvrier » (article 53 de la convention collective)

Ancienneté	Durée d'indemnisation à 90 %		Durée d'indemnisation à 66,66 %	
	Maladie Accident vie privée et accident du trajet	AT / MP	Maladie Accident vie privée et accident du trajet	AT / MP
1 à 2 ans inclus	20 jours	30 jours	20 jours	30 jours
de 3 à 7 ans inclus	30 jours	40 jours	30 jours	40 jours
de 8 à 12 ans inclus	40 jours	50 jours	40 jours	50 jours
de 13 à 17 ans inclus	50 jours	60 jours	50 jours	60 jours
de 18 à 22 ans inclus	60 jours	70 jours	60 jours	70 jours
de 23 à 27 ans inclus	70 jours	80 jours	70 jours	80 jours
de 28 à 32 ans inclus	80 jours	90 jours	80 jours	90 jours
33 ans et plus	90 jours	90 jours	90 jours	90 jours

### Personnel « Technicien et Agent de Maîtrise » (Avenant TAM de la convention collective)

Ancienneté	Durée d'indemnisation à 90 %		Durée d'indemnisation à 66,66 %	
	Maladie Accident vie privée et accident du trajet	AT / MP	Maladie Accident vie privée et accident du trajet	AT / MP
1 à 2 ans inclus	20 jours	30 jours	20 jours	30 jours
de 3 à 4 ans inclus	60 jours	75 jours	-	-
de 5 à 9 ans inclus	75 jours	90 jours	-	-
de 10 à 19 ans inclus	90 jours	120 jours	-	-
20 ans et plus	120 jours	180 jours	-	-

### 3 – Base de calcul des prestations

La base servant au calcul des prestations est égale à la moyenne du salaire brut des trois mois civils précédant l'arrêt de travail, c'est à dire correspondant à l'horaire contractuel du salarié **à l'exclusion des éventuelles primes ou gratifications.**

**Le salaire retenu est limité aux tranches A et B.**

Si par dérogation à vos conditions générales, tout ou partie de vos cotisations sont assises sur une ou plusieurs tranches de salaire, les orientations prises dans le cadre de l'unification des régimes AGIRC/ARRCO n'ont pas d'impact sur la définition desdites tranches qui demeurent, pour mémoire :

- Tranche A ou « TA » : tranche de salaire limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale ;
- Tranche B ou « TB » : tranche de salaire comprise entre une fois et quatre fois le plafond annuel de la Sécurité sociale ;
- Tranche C ou « TC » : tranche de salaire comprise entre quatre fois et huit fois le plafond annuel la Sécurité sociale.

**Les cotisations et les prestations de votre contrat demeurent assises sur l'assiette choisie par votre entreprise.**

### 4- Limitation au salaire net

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

Elles ont donc un caractère indemnitaire.

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

- par l'organisme assureur ;
- par la Sécurité sociale (à l'exclusion de la majoration pour tierce personne ou de la prestation complémentaire pour recours à une tierce personne) ;
- par tout autre organisme ;

- le cas échéant, par l'assurance chômage obligatoire ;
- ainsi que les éventuels salaires versés par le souscripteur ou par un autre employeur en cas de reprise d'une activité rémunérée ;

**ne peut excéder le salaire net de l'assuré déterminé à la date de l'arrêt de travail (et qui peut être éventuellement revalorisé dans les conditions prévues au contrat). Le cas échéant, les prestations versées par l'organisme assureur sont réduites à due concurrence.** Le montant du salaire net doit être communiqué à l'organisme assureur en même temps que la déclaration d'arrêt de travail.

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

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

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

## ARTICLE 12 - DEMANDE DE PRESTATIONS - PIÈCES À FOURNIR

**L'entreprise doit déclarer à Malakoff Humanis Prévoyance tout arrêt de travail susceptible d'ouvrir droit à prestations dès lors qu'elle en a connaissance (sauf cas de force majeure). Dans le cas de la garantie incapacité temporaire, en cas d'arrêt de travail de plus de 30 jours et à période de franchise atteinte, un certificat médical d'incapacité de travail, dont le modèle est fourni par l'organisme assureur, ou toute autre pièce médicale pouvant valablement s'y substituer, doit être retourné par l'assuré, dûment rempli par le médecin traitant de l'assuré ou tout autre médecin de son choix, sous pli confidentiel avec la mention « secret médical » au médecin conseil de l'organisme assureur dans un délai de 30 jours.**

Dans l'attente de la réception de ce document, les prestations dues – éventuellement en cours – feront l'objet d'une suspension **et seront réglées rétroactivement après avis favorable de prise en charge par le médecin conseil.**

**Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré ou du souscripteur entraînera la nullité de l'assurance et la déchéance de tous droits aux prestations.**

Le paiement des prestations sera effectué dans un délai de quinze jours suivant la 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 l'assuré était bien garanti à la date de l'arrêt de travail, et les éléments servant au calcul des prestations,
- En cas de temps partiel thérapeutique, les décomptes d'indemnités journalières mi-temps thérapeutique et une attestation mensuelle des salaires maintenus (fixe, primes..) perçus pour la période concernée, à défaut le bulletin de salaire du mois correspondant,
- Décomptes originaux de la Sécurité sociale (excepté en cas de télétransmission de ceux-ci, ou à défaut attestation portant paiement de ses prestations en cas d'arrêt de travail, à compter du début de l'arrêt,
- Notification de la Sécurité sociale mentionnant le classement de l'assuré en 3<sup>ème</sup> catégorie ou l'attribution d'une incapacité permanente égale à 100 % le cas échéant,
- un relevé d'identité bancaire des bénéficiaires.

**L'organisme assureur se réserve le droit de demander toutes pièces complémentaires qu'il jugerait nécessaires y compris après paiement des prestations. Toute somme indûment versée sera réclamée par l'organisme assureur.**

**L'organisme assureur ne peut se trouver engagé que par les déclarations et pièces qui lui seront transmises.**

## ARTICLE 13 - 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 3, le contrat peut être résilié sans attendre l'échéance annuelle, dans les cas suivants :

- non paiement des cotisations, dans les conditions précisées à l'article 9.3,
- non acceptation par l'entreprise des nouvelles conditions contractuelles résultant d'une modification du cadre législatif et/ou réglementaire du contrat, dans les conditions précisées à l'article 7,
- résiliation de fait en cas de dissolution de l'entreprise ou de cessation d'activité.

Quelle qu'en soit la cause, l'entreprise est débitrice de l'ensemble des cotisations dues avant la date d'effet de la résiliation. La résiliation entraîne à sa date d'effet la cessation de la garantie pour tous les assurés. Les prestations en cours de service sont maintenues jusqu'à leur échéance normale.

## ARTICLE 14 - ÉTENDUE TERRITORIALE

---

La garantie n'est acquise que pour les assurés exerçant leur activité sur le territoire français y compris les départements d'outre-mer. Elle s'exerce cependant dans le monde entier (hors pays formellement déconseillés par le gouvernement français) pour les assurés dont les séjours **n'excèdent pas trois mois** et pour le personnel détaché par l'entreprise souscriptrice bénéficiant à ce titre du régime général de la Sécurité sociale.

## ARTICLE 15 - EXCLUSIONS

---

**Les faits intentionnellement et volontairement provoqués par l'assuré ne sont pas couverts.**

**L'absence du salarié en raison d'une cure thermale n'est pas indemnisée.**

**Les arrêts de travail pour consultations, examens et soins externes réalisés à l'hôpital, n'entraînant pas une hospitalisation complète d'une durée au moins égale à 24 heures, ne sont pas couverts par la garantie.**

**L'assuré ou le bénéficiaire de la prestation est déchu de tout droit à indemnisation au titre du sinistre concerné :**

- **s'il fait volontairement une fausse déclaration de sinistre ou à l'occasion d'un sinistre, portant sur la date, la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences du sinistre,**
- **s'il fournit ou utilise sciemment des renseignements ou des documents inexacts, fabriqués ou falsifiés comme justificatifs ou use d'autres moyens frauduleux en vue d'obtenir le versement des prestations.**

**Il s'expose également à des poursuites pénales de la part de l'organisme assureur.**

## ARTICLE 16 - PRESCRIPTION

---

Toutes les actions relatives à la garantie 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.

## ARTICLE 17 - 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 18 - INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

---

Conformément à la réglementation européenne et française en matière de données à caractère personnel, en particulier le Règlement Général sur la Protection des Données n°2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD ») et la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés »), l'assuré et les bénéficiaires sont informés par Malakoff Humanis Prévoyance, ci-après désigné Malakoff Humanis, responsable du traitement des données à caractère personnel collectées, que :

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

1. Les données à caractère personnel de l'assuré et des bénéficiaires peuvent être collectées et traitées pour les finalités suivantes :

- la souscription, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance ainsi que la gestion ou l'exécution de tout autre contrat souscrit auprès de Malakoff Humanis ou d'autres sociétés du groupe Malakoff Humanis ;
- la gestion des avis de l'assuré et des bénéficiaires sur les produits, services ou contenus proposés par Malakoff Humanis ou ses partenaires ;
- l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- l'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par l'assuré et les bénéficiaires ;
- l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement, une fois les données anonymisées par des procédés techniques permettant de s'assurer de la non ré-identification de l'assuré et des bénéficiaires ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme et à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à son inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, incluant un dispositif mutualisé des données des contrats et des sinistres déclarés auprès des assureurs, mis en œuvre par l'Agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance (ALFA).

Malakoff Humanis s'engage à ne pas exploiter les données personnelles de l'assuré et des bénéficiaires pour d'autres finalités que celles précitées.

Sont notamment nécessaires à la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance, les données à caractère personnel suivantes : des données d'identification, des données relatives à sa situation familiale, économique, patrimoniale et financière, professionnelle, à sa vie personnelle, à sa santé, à l'appréciation du risque, à la gestion du contrat, etc. De plus, en sa qualité d'organisme d'assurance, Malakoff Humanis utilise le NIR (dénommé couramment « numéro de sécurité sociale ») de l'assuré et des bénéficiaires pour la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et la mise en œuvre des échanges ou traitements intéressant plusieurs acteurs de la protection sociale.

En dehors des traitements nécessaires aux fins de l'exécution des obligations en matière de protection sociale, le consentement explicite et spécifique de l'assuré et des bénéficiaires est recueilli pour permettre le traitement de données personnelles de santé, conformément à la loi Informatique et Libertés et à l'article 9 du RGPD.

Les destinataires des données à caractère personnel de l'assuré et des bénéficiaires sont, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités réalisées : les services de Malakoff Humanis dont le personnel est en charge des traitements portant sur ces données, ainsi que les sous-traitants éventuels, les délégataires de gestion, les intermédiaires d'assurance, les réassureurs et coassureurs, les organismes professionnels habilités, les partenaires et les sociétés extérieures s'il y a lieu.

Les données de santé de l'assuré et des bénéficiaires sont destinées au Service médical de Malakoff Humanis et à toute personne placée sous la responsabilité du Service Médical, exclusivement aux fins de la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance. Elles ne sont en aucun cas utilisées à des fins commerciales.

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

Les données à caractère personnel relatives à la santé de l'assuré et des bénéficiaires sont traitées dans des conditions garantissant leur sécurité notamment par la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles renforcées.

Si des données à caractère personnel de l'assuré et des bénéficiaires venaient à être traitées chez un tiers situé dans un pays hors de l'Union européenne et ne présentant pas un niveau de protection des données personnelles reconnu adéquat par la Commission européenne, Malakoff Humanis s'assurera que le tiers s'est engagé par contrat, via les clauses contractuelles types de la Commission européenne, au respect de la réglementation européenne en matière de protection des données à caractère personnel.

Les durées de conservation des données à caractère personnel traitées dans le cadre de la gestion des contrats d'assurance et de la relation clients avec l'assuré et les bénéficiaires varient en fonction des finalités susvisées et sont conformes aux recommandations de la CNIL. En tout état de cause, le calcul de ces durées est réalisé en fonction des finalités pour lesquelles les données sont collectées, de la durée de la relation contractuelle, des obligations légales de Malakoff Humanis et des prescriptions légales applicables.

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

2. L'assuré et les bénéficiaires disposent d'un droit de demander l'accès à leurs données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, et de décider du sort de leurs données, post-mortem. L'assuré et les bénéficiaires disposent également d'un droit de s'opposer au traitement à tout moment pour des raisons tenant à leur situation particulière, de limiter le traitement dont ils font l'objet et d'un droit à la portabilité des données à caractère personnel dans les limites fixées par la loi. Ils disposent enfin de la possibilité de s'opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est réalisée de manière ciblée.

Ces droits peuvent être exercés par email à [dpo@malakoffhumanis.com](mailto:dpo@malakoffhumanis.com) ou par courrier à Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

En cas de réclamation relative à la protection des données, l'assuré et les bénéficiaires disposent également du droit de contacter la CNIL directement sur son site internet <https://www.cnil.fr/fr/agir> ou par courrier à l'adresse suivante : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy - TSA 80715, 75334 Paris Cedex 07.

L'assuré et les bénéficiaires disposent également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Opposetel. Pour plus d'informations : [www.bloctel.gouv.fr](http://www.bloctel.gouv.fr).

## ARTICLE 19 - RÉCLAMATIONS ET MÉDIATIONS

---

En cas de difficultés dans l'application du contrat, le souscripteur, l'assuré et/ou les bénéficiaires peuvent contacter dans un premier temps leur conseiller ou contact habituel.

Si la demande ne trouve pas satisfaction, la réclamation peut être adressée comme suit :

- pour le souscripteur : [reclamation-entreprise-assurance@malakoffhumanis.com](mailto:reclamation-entreprise-assurance@malakoffhumanis.com) ou à l'adresse du Service Réclamations Entreprises Assurance – 78288 Guyancourt Cedex,
- pour les assurés et les bénéficiaires : [reclamation-particulier-assurance@malakoffhumanis.com](mailto:reclamation-particulier-assurance@malakoffhumanis.com) ou à l'adresse du Service Réclamations Particuliers Assurance- 78288 Guyancourt Cedex.

Lorsqu'aucune solution à un litige relatif aux garanties n'a pu être trouvée, le souscripteur, l'assuré et/ou les bénéficiaires peuvent, s'adresser au médiateur de la Protection Sociale (Centre Technique des Institutions de Prévoyance - CTIP), à l'adresse suivante :

M. le médiateur de la protection sociale CTIP, 10 rue Cambacérès, 75008 Paris ou par voie électronique : <https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/> **dans un délai maximal d'un an** à compter de l'envoi de sa réclamation écrite à l'organisme assureur et sans préjudice du droit d'agir en justice.

## ARTICLE 20 - RECOURS SUBROGATOIRE

---

Lorsque l'assuré est atteint d'une affection ou est victime d'un accident susceptible d'être indemnisé par un tiers responsable, l'organisme assureur dispose d'un recours subrogatoire légal concernant les indemnités journalières et les rentes d'invalidité qu'il a payées contre la personne tenue à réparation ou son organisme assureur.

Par ailleurs, les prestations que l'organisme assureur verse en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie et dont les modalités de calcul sont en relation directe avec les revenus salariaux de l'assuré, constituent une avance sur recours. En conséquence, l'assuré, le bénéficiaire ou leurs ayants droit subrogent expressément l'organisme assureur dans leurs droits ou actions contre l'organisme assureur du tiers responsable dans la limite des prestations versées.

**L'assuré victime d'un dommage causé par un tiers responsable, le bénéficiaire ou leurs ayants-droit doivent en informer l'organisme assureur lors de la demande de prestation.**

## ARTICLE 21 - CONTRÔLE MÉDICAL

---

L'organisme assureur peut faire procéder par un médecin désigné par lui, au contrôle médical de l'assuré qui formule des demandes ou bénéficie de prestations au titre des garanties prévues au contrat, lorsque ces prestations sont liées à l'état de santé.

À toute époque, les médecins missionnés par l'organisme assureur doivent avoir, **sous peine de déchéance de garantie**, un libre accès auprès de l'assuré en état d'incapacité ou d'invalidité, à son lieu de traitement ou à son domicile tous les jours ouvrables, afin de pouvoir constater son état de santé. De même, l'assuré doit se rendre aux convocations des médecins missionnés par l'organisme assureur.

Si l'assuré refuse ce contrôle médical, les garanties et les prestations sont interrompues après envoi d'une mise en demeure adressée au dernier domicile connu figurant au dossier de l'assuré.

Lors du contrôle médical, l'assuré a la faculté de se faire assister par son médecin traitant, ou tout autre médecin de son choix.

L'organisme assureur se réserve la possibilité, sur la base des conclusions du contrôle médical, de modifier ou d'interrompre le service des prestations concernées.

Préalablement à toute modification ou interruption, l'organisme assureur notifie par lettre recommandée à l'assuré les résultats du contrôle médical et les conséquences sur le service des prestations concernées.

En cas de contestation, l'assuré notifie par lettre recommandée dans un délai de 10 jours à compter de la réception du courrier de l'organisme assureur (cachet de la poste faisant foi) :

- soit, sa volonté de procéder à un arbitrage médical dans le cadre d'un protocole arbitral :
  - l'assuré peut mentionner dans son courrier le nom du médecin qui l'assistera dans le cadre de ce nouveau contrôle.
  - l'assuré, ou le cas échéant, le médecin de l'assuré et celui choisi par l'organisme assureur, nommeront un médecin agissant en qualité d'arbitre, dans le cadre d'un protocole signé par l'organisme assureur et l'assuré.

Faute d'entente sur ce choix, la désignation pourra être faite à la demande de la partie la plus diligente par le Président du tribunal compétent du domicile de l'assuré. Chaque partie conserve les frais et les honoraires de son médecin. Les honoraires du médecin-arbitre et les frais de sa nomination, s'il y a lieu, seront supportés par moitié par chacune des parties, qui se seront engagées par avance à s'en remettre aux conclusions du médecin-arbitre.

- soit, sa volonté de porter sa contestation devant le tribunal compétent, en vue d'obtenir, à ses frais avancés, la désignation d'un expert judiciaire.







**MALAKOFF HUMANIS PRÉVOYANCE**

Institution de prévoyance régie par le livre IX du Code de la sécurité sociale

Siège : 21 rue Laffitte - 75009 Paris - N° SIREN 775 691 181

Une institution de prévoyance du groupe Malakoff Humanis

21 rue Laffitte - 75009 Paris

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



MH-ADHS2010-3372