

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE
COMMERCES DE GROS

Prévoyance

Contrat collectif obligatoire - Personnel cadre

NOTICE D'INFORMATION N° 3434

1^{er} janvier 2017

Décès – Rente d'éducation

Rente de conjoint

Incapacité temporaire de travail – Invalidité

SOMMAIRE

Document à signer et à remettre à votre employeur	3
Préambule	5
DISPOSITIONS COMMUNES	6
L'OBJET DU CONTRAT SOUSCRIT PAR VOTRE EMPLOYEUR	6
VOTRE AFFILIATION	6
QUAND BÉNÉFICIEZ-VOUS DES GARANTIES ?	6
LES COTISATIONS	8
LES PRESTATIONS	8
EXCLUSIONS – DÉCHÉANCE - PRESCRIPTION	10
QUE SE PASSE-T-IL EN CAS DE RÉSILIATION DU CONTRAT D'ASSURANCE ?	11
COMMENT ÊTES-VOUS INFORMÉ ?	12
DISPOSITIONS PARTICULIÈRES À CHAQUE GARANTIE	14
LA GARANTIE CAPITAL DÉCÈS	14
LA GARANTIE FRAIS D'OBSÈQUES	15
LA GARANTIE RENTE D'ÉDUCATION	15
LA GARANTIE RENTE DE CONJOINT	16
LA GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL - INVALIDITÉ	16
QUELLES FORMALITÉS ACCOMPLIR EN CAS DE DEMANDE DE PRESTATIONS ?	17
PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR POUR TOUTE DEMANDE DE PRESTATIONS	18

IMPORTANT

Document à signer et à remettre
à votre employeur

Je soussigné(e),

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

.....

À, le

Signature

PRÉAMBULE

La présente notice d'information, qui vous a été remise par votre employeur au titre du contrat d'assurance qu'il a souscrit auprès de Malakoff Médéric Prévoyance, se compose de deux parties :

1. le présent document, exposant les dispositions communes à toutes les garanties proposées par Malakoff Médéric Prévoyance (votre employeur pouvant les avoir souscrites en tout ou partie), les dispositions particulières à chaque garantie, les modalités de demande de prestations,
2. un certificat d'inscription en annexe, précisant la catégorie de personnel assurée, à laquelle vous appartenez, ainsi que les garanties effectivement souscrites par votre employeur et le niveau des prestations correspondantes.

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

DISPOSITIONS COMMUNES

L'OBJET DU CONTRAT SOUSCRIT PAR VOTRE EMPLOYEUR

Votre employeur a souscrit un contrat de prévoyance auprès de Malakoff Médéric Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le Code de la sécurité sociale, dans un cadre collectif à adhésion obligatoire, ayant pour objet d'accorder des garanties de prévoyance à ses salariés relevant de la catégorie de personnel assurée.

Dans la suite du document, Malakoff Médéric Prévoyance est dénommée « l'Institution ».

Selon les garanties que votre employeur a effectivement choisies parmi l'offre de l'Institution, vous serez couvert en cas de décès ou invalidité permanente totale, en cas d'incapacité temporaire de travail ou invalidité.

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

L'Institution est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution- 61 rue Taitbout - 75009 PARIS.

VOTRE AFFILIATION

Pour bénéficier des garanties, vous devez accomplir les formalités suivantes :

- compléter et signer un formulaire d'affiliation précisant notamment vos nom, prénom, date et lieu de naissance, situation de famille, domicile, catégorie professionnelle,
- sauf dispense de l'Institution, compléter et signer une « déclaration de santé » ; à défaut de pouvoir signer cette déclaration, vous vous engagez à répondre, complètement, à un questionnaire médical et à vous rendre s'il y a lieu, à une visite médicale auprès du médecin choisi par l'Institution ; dans cette hypothèse, vous pourrez demander toute information audit médecin, qui vous répondra, soit directement, soit par l'intermédiaire de votre médecin.

Votre employeur doit nous adresser le formulaire d'affiliation (et le cas échéant la déclaration de santé ou le questionnaire médical) dans un délai de 15 jours suivant votre entrée dans la catégorie assurée, c'est-à-dire suivant votre embauche ou promotion dans la catégorie de personnel cadre. À défaut, la date d'effet sera reportée.

À la date d'effet du contrat d'assurance, sont concernés tous les salariés présents à l'effectif, y compris dans le cas où le contrat de travail est suspendu au titre d'un arrêt de travail indemnisé par la Sécurité sociale ou lorsque l'employeur maintient en tout ou partie le salaire.

Lorsque le contrat souscrit par votre employeur prévoit un régime à options vous permettant d'avoir le choix entre plusieurs options pour le versement des prestations : capital décès seul ou capital décès et rente d'éducation (le montant de la cotisation globale étant identique quelle que soit l'option), vous exprimez votre choix sur le formulaire d'affiliation. À défaut de choix, l'Institution retient obligatoirement l'option capital décès seul. Le choix peut être ensuite modifié :

- tous les 3 ans avec prise d'effet au 1^{er} janvier, sous réserve que la demande nous parvienne avant le 31 décembre, sans motif particulier,
- à tout moment en cas de modification de votre situation familiale devant nous être notifiée dans les 3 mois qui suivent l'évènement, la prise d'effet étant alors fixée au lendemain du jour de l'évènement.

QUAND BÉNÉFICIEZ-VOUS DES GARANTIES ?

Quand les garanties prennent-elles effet ?

Vous bénéficiez des garanties à compter de la date précisée sur le certificat d'inscription annexé au présent document.

Il s'agit de la date d'effet du contrat d'assurance si vous êtes présent à l'effectif à cette date, ou ultérieurement la date de votre embauche, sous réserve que le formulaire d'affiliation vous concernant nous ait été adressé dans les quinze jours suivant votre entrée dans la catégorie professionnelle assurée. À défaut, la prise d'effet sera reportée au premier jour du mois civil suivant la réception du formulaire.

D'autre part, lorsque les formalités médicales indiquées à la rubrique « Votre affiliation » (cf. ci-dessus) s'avèrent nécessaires, la prise d'effet des garanties est subordonnée à la réalisation de ces formalités.

Si vous êtes salarié en arrêt de travail pour maladie ou accident à la date d'effet du contrat d'assurance

Sous réserve que l'employeur ait déclaré, lors de la souscription du contrat auprès de l'Institution, votre situation de salarié en incapacité temporaire de travail ou en invalidité/incapacité permanente professionnelle, vous bénéficiez des garanties souscrites dans les conditions suivantes.

Si la catégorie de personnel était couverte pour ces risques au titre d'un précédent contrat collectif de prévoyance :

- au titre des garanties décès souscrites, vous êtes couvert sous déduction des prestations, capital ou rente, dues par l'organisme assureur précédent,
- au titre de la garantie incapacité temporaire – invalidité souscrite, vous restez couvert par l'assureur précédent, et bénéficiez de la garantie souscrite à compter de votre reprise d'activité, sauf rechute de l'arrêt de travail précédent ; en outre, l'invalidité constituant une prestation différée de l'incapacité temporaire, demeure de ce fait à la charge de l'organisme assureur précédent.

Si la catégorie de personnel n'était pas couverte pour ces risques au titre d'un précédent contrat collectif de prévoyance, vous bénéficiez des garanties souscrites auprès de l'Institution, dès la date d'effet du contrat.

Que se passe-t-il en cas de suspension du contrat de travail ?

Pendant les périodes de suspension du contrat de travail, les garanties sont maintenues dans les cas suivants :

- en cas de congé ou absence, dès lors que pendant cette période vous bénéficiez d'une rémunération partielle ou totale de votre employeur, ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par votre employeur,
- en cas de maladie ou accident, dès lors que vous bénéficiez à ce titre de prestations en espèces de la Sécurité sociale.

Pendant les périodes de suspension du contrat de travail où les conditions susvisées ne sont pas remplies, les garanties sont suspendues de plein droit.

Que se passe-t-il en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit au régime d'assurance chômage : dispositif de « Portabilité » ?

Le présent contrat organise le maintien des garanties aux anciens salariés, en application des dispositions de l'article L. 911-8 du Code de la sécurité sociale. Vous pouvez bénéficier de ce maintien :

- lorsque les droits à couverture complémentaire au titre du présent contrat ont été ouverts pendant l'exécution de leur contrat de travail,
- lorsque la cessation de votre contrat de travail n'est pas consécutive à une faute lourde et qu'elle ouvre droit à indemnisation du régime obligatoire d'assurance chômage.

Durée/Limites

Sous réserve d'avoir été régulièrement déclaré par l'entreprise adhérente selon les formalités définies ci-dessous, le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur.

Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois.

En tout état de cause, le maintien des garanties cesse lorsque vous reprenez un autre emploi, dès que vous ne pouvez plus justifier de votre statut de demandeur d'emploi indemnisé par le régime obligatoire d'assurance chômage, à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale, en cas de décès, ainsi qu'en cas de non renouvellement ou résiliation du contrat d'assurance.

La suspension des allocations du régime obligatoire d'assurance chômage, pour cause de maladie ou pour tout autre motif, n'a pas d'incidence sur la durée du maintien des garanties qui n'est pas prolongée d'autant.

Formalités de déclaration

L'entreprise adhérente et/ou vous devez informer l'Institution de la cessation du contrat de travail en adressant, dans un délai d'un mois suivant la date de cessation du contrat de travail, le bulletin individuel d'affiliation au présent dispositif de portabilité, complété et signé, accompagné de la copie du ou des derniers contrats de travail justifiant la durée, d'une attestation justifiant du statut de demandeur d'emploi dans l'attente de l'envoi de l'attestation justifiant l'indemnisation par l'Assurance chômage.

Dès que vous en avez connaissance vous vous engagez (ou les ayants droit en cas de décès) à informer l'Institution assureur de toute cause entraînant la cessation anticipée de maintien des garanties. Sont visées notamment les causes suivantes :

- la reprise d'un autre emploi,
- la cessation de l'indemnisation par le régime d'assurance chômage (quel qu'en soit le motif),
- la survenance de la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale.

Garanties

Vous bénéficiez alors des garanties du contrat souscrit par l'entreprise, en vigueur lors de la cessation de votre contrat de travail.

En cas de modification ou de révision des garanties des salariés en activité, les garanties maintenues au titre

du dispositif de portabilité seront modifiées ou révisées dans les mêmes conditions.

Le maintien des garanties ne peut conduire à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qui auraient été perçues au titre de la même période.

Salaire de référence

Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations est celui défini pour les salariés en activité, étant précisé que la période prise en compte est celle précédant la date de cessation du contrat de travail.

Pour la détermination du salaire de référence, sont exclues toutes les sommes liées à la cessation du contrat de travail (indemnités de licenciement, indemnités compensatrices de congés payés, primes de précarité et toutes autres sommes versées à titre exceptionnel).

Cotisations

Le financement de la portabilité fait partie intégrante de la cotisation prévue au contrat d'assurance.

Que se passe-t-il en cas d'arrêt de travail pour maladie ou accident lors de la rupture du contrat de travail ?

En cas de rupture du contrat de travail, tant que vous percevez des prestations de la Sécurité sociale au titre de la maladie ou de l'accident (indemnités journalières, rente d'invalidité ou d'incapacité permanente de travail), sans interruption depuis la rupture du contrat de travail, et au plus tard jusqu'à la date de prise d'effet de votre pension vieillesse, les garanties décès souscrites vous sont maintenues.

Tant que les conditions visées à l'alinéa ci-dessus sont remplies, en cas de reprise d'une activité partielle, le maintien de garantie porte sur le salaire de référence (définition page 8) diminué du salaire de référence afférant à l'activité reprise.

Quand cessez-vous de bénéficier des garanties ?

Vous cessez de bénéficier des garanties, sous réserve des cas de maintien prévus aux trois rubriques précédentes :

- pendant les périodes de suspension de votre contrat de travail,
- à la date de rupture ou fin de votre contrat de travail,
- à la date à laquelle vous cessez d'appartenir à la catégorie de personnel assurée,
- à la date de prise d'effet de la pension vieillesse.
- à la date de résiliation du contrat d'assurance,

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

Toute modification des garanties du contrat s'applique aux salariés en activité ainsi qu'aux anciens salariés bénéficiant du dispositif de portabilité (cf. page 7).

En revanche, les dispositions suivantes s'appliquent aux assurés qui sont en arrêt de travail pour maladie ou accident à la date de la modification :

- En cas de modification de la garantie incapacité temporaire de travail - invalidité, ils restent couverts selon les modalités contractuelles en vigueur à la date d'arrêt de travail.
- En cas de modification des garanties décès :
 - s'ils figurent toujours aux effectifs de l'entreprise ou bénéficient du dispositif de portabilité (voir ci-dessus), alors ils sont couverts selon ces nouvelles modalités,
 - à défaut ils restent couverts selon les modalités en vigueur à la date de leur radiation des effectifs ou à la date d'expiration de la période de portabilité susvisée.

LES COTISATIONS

Le financement des garanties est assuré par le versement, par l'intermédiaire de votre employeur, de cotisations assises sur le salaire brut servant de base aux cotisations de la Sécurité sociale (hors avantages en nature), selon les tranches de salaires définies au contrat (cf. certificat d'inscription) :

- 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.

Le taux de cotisation et sa répartition part salarié/part employeur vous seront communiqués par votre employeur.

LES PRESTATIONS

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

Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations est égal au salaire brut soumis à cotisations

de Sécurité sociale (hors avantage en nature) au cours des 12 mois civils précédant celui au cours duquel est survenu l'évènement entraînant la mise en œuvre des garanties, dans la limite des tranches de salaires définies au contrat (tranches A, B, C).

Pour les anciens salariés bénéficiant du dispositif de portabilité (cf. pages 6/7), la période prise en compte est celle précédant la rupture ou fin du contrat de travail. Sont exclues toutes les sommes liées à la rupture ou fin du contrat de travail (indemnités de licenciement, indemnités compensatrices de congés payés, primes de précarité et toutes autres sommes versées à titre exceptionnel).

La période prise en compte est celle précédant :

- la date du décès ou l'arrêt de travail initial lorsqu'une période de maladie ou d'invalidité a précédé le décès ou l'invalidité absolue et définitive (s'agissant du capital servi au titre de la garantie décès),
- l'arrêt de travail initial (s'agissant des prestations servies au titre des garanties Incapacité temporaire de travail et Invalidité/Incapacité permanente professionnelle)

En cas d'activité incomplète au cours de la période de référence (maladie, embauche en cours d'année, etc.) le salaire est reconstitué prorata temporis.

Lorsque le salaire pris en considération n'est pas celui précédant immédiatement le point de départ de l'incapacité temporaire de travail ou de l'invalidité ou du décès, ce salaire est actualisé tant que le contrat d'assurance est en vigueur.

Les prestations Frais d'obsèques sont déterminées en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS) en vigueur au jour du décès.

Comment les prestations sont-elles revalorisées ?

Les prestations sont revalorisées sur décision du Conseil d'administration de l'Institution, en fonction des résultats de l'institution, et ce tant que le contrat d'assurance est en vigueur.

En cas de résiliation du contrat d'assurance, les prestations continuent d'être servies au montant atteint à cette date, sans revalorisation ultérieure.

À compter de la date du décès de l'assuré et jusqu'à la date de réception par l'Institution des pièces nécessaires au paiement de la prestation, la prestation est revalorisée dans les conditions prévues à l'article R. 132-3-1 du Code des assurances.

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

Pour le calcul et/ou le bénéfice des prestations, au sens du contrat et à la date de l'évènement ouvrant droit à prestations, il faut entendre par :

- **Le conjoint** : votre époux (se), non divorcé(e) par un jugement définitif passé en force de chose jugée.
- **Le partenaire lié par un PACS** : la personne, quel que soit son sexe, avec laquelle vous avez conclu un pacte civil de solidarité tel que défini par l'article 515-1 du Code civil ;
- **Le concubin** : la personne, quel que soit son sexe, vivant en couple avec vous au moment de l'évènement ouvrant droit à prestation (décès ou invalidité absolue définitive) ; la définition du concubinage est celle retenue par l'article 515.8 du Code civil ; de plus le concubinage doit avoir été notoire et permanent pendant une durée d'au moins deux ans à la date de l'évènement susvisé ; aucune durée n'est exigée si un enfant au moins est né de la vie commune ;
- **Les enfants à charge** :

Sont considérés comme enfants à charge, vos enfants ainsi que ceux de votre conjoint ou partenaire lié par un PACS ou concubin tels que définis ci-dessus, qu'ils soient légitimes, naturels, adoptifs, reconnus :

- jusqu'à leur 18^e anniversaire, sans condition ;
- jusqu'à leur 26^e anniversaire et sous conditions, soit :
 - de poursuivre des études dans un établissement d'enseignement secondaire, supérieur ou professionnel ;
 - d'être en apprentissage ;
 - de poursuivre une formation professionnelle en alternance, dans le cadre d'un contrat d'aide à l'insertion professionnelle des jeunes associant d'une part des enseignements généraux professionnels ou technologiques dispensés pendant le temps de travail, dans des organismes publics ou privés de formation, et d'autre part, l'acquisition d'un savoir-faire par l'exercice en entreprise d'une ou plusieurs activités professionnelles en relation avec les enseignements reçus ;
 - d'être préalablement à l'exercice d'un premier emploi : inscrit auprès du Pôle Emploi comme demandeur d'emploi ou stagiaire de la formation professionnelle ;
 - d'être employé dans un établissement ou structure d'aide par le travail en tant que travailleur handicapé ;
- quel que soit leur âge, s'ils sont infirmes et titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L241-3 du Code de l'action sociale et des familles concernant la carte d'invalidité, à condition que l'état d'invalidité soit survenu avant leur 26^e anniversaire, justifiée par un avis médical ou tant qu'ils bénéficient de l'allocation d'adulte handicapé.

Le contrôle médical

Lors d'une demande de prestations ou pendant leur service, l'Institution peut procéder à un contrôle médical, réclamer toutes pièces qu'elle estime nécessaires pour contrôler l'état de santé de l'assuré, et éventuellement suspendre le versement des prestations ou en réviser les conditions.

L'assuré qui conteste la décision relative à son état de santé peut se faire représenter par son médecin dans une entrevue amiable avec le médecin-conseil de l'institution.

En cas de désaccord entre l'assuré et son médecin d'une part, le médecin de l'institution d'autre part, les parties font appel à un troisième médecin pour les départager. Faute d'accord sur le choix de ce médecin, un médecin sera désigné par le tribunal de grande instance de la résidence de l'assuré sur requête de la partie la plus diligente.

L'avis de ce troisième médecin est accepté par les deux parties.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin, ceux du troisième médecin ainsi que ses frais de nomination sont supportés à parts égales par les deux parties.

En cas de refus d'un assuré de répondre à un contrôle médical ou de justifier sa situation médicale ou sa situation au regard de la Sécurité Sociale, le paiement des prestations sera refusé ou suspendu sans droit de rappel ultérieur.

EXCLUSIONS – DÉCHÉANCE – PRESCRIPTION

Exclusions concernant l'ensemble des garanties

Ne sont pas garanties, les conséquences limitativement énumérées ci-après :

- d'une guerre ou d'une guerre civile, française ou étrangère ;
- de la désintégration du noyau atomique ;
- d'accidents ou maladies dus aux effets directs ou indirects d'explosion, de chaleur ou de radiations provenant d'une transmutation du noyau de l'atome, telles que par exemple la fission, la fusion, la radioactivité, ou du fait de radiations provoquées par l'accélération artificielle de particules atomiques ;
- les accidents et maladies régis par la législation sur les pensions militaires et ceux survenant à l'occasion d'exercices de préparation militaire ou en résultant.

Exclusions concernant le capital décès accidentel

Outre les exclusions de garanties précisées au paragraphe précédent, les prestations liées au caractère accidentel du décès ou de l'invalidité absolue définitive ne sont pas dues si le décès 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 ;
- 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.

Déchéance

Le bénéficiaire ayant fait l'objet d'une condamnation pénale pour l'homicide volontaire ou la tentative d'homicide volontaire de l'assuré est déchu de tout droit au capital décès, rente d'éducation, rente de conjoint. Le capital est versé aux autres bénéficiaires déterminés selon la dévolution prévue au contrat, à l'exception de ceux reconnus comme co-auteurs ou complices.

Prescription

Toutes actions et demandes de prestations ne sont pas recevables, sauf cas de force majeure, au-delà d'un délai de 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Ce délai est porté à 10 ans pour les garanties en cas de décès lorsque le bénéficiaire n'est pas l'assuré.

La prescription est de 5 ans en ce qui concerne l'incapacité de travail.

Ces dispositions sont appliquées dans les conditions prévues à l'article L.932-13 du Code de la sécurité sociale.

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 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.

QUE SE PASSE-T-IL EN CAS DE RÉSILIATION DU CONTRAT D'ASSURANCE ?

Quelles que soient l'origine et la cause de la résiliation du contrat d'assurance, il appartient à l'entreprise d'en informer l'ensemble des assurés.

Quels en sont les effets pour les assurés - hors incapacité temporaire de travail/invalidité ?

Les garanties prennent fin de plein droit à la date d'effet de la résiliation, que vous soyez présent à l'effectif ou ancien salarié bénéficiaire du dispositif de portabilité exposé en page 7.

Vous pouvez solliciter une adhésion, à titre individuel, aux conditions et tarifs en vigueur à l'un des régimes présentés par l'Institution, sous réserve d'en faire la demande dans un délai de 6 mois suivant la date d'effet de la résiliation.

Quels en sont les effets pour les assurés en incapacité temporaire de travail ou invalides ?

Si vous êtes en incapacité temporaire de travail ou en invalidité, vous demeurez bénéficiaire de la garantie incapacité temporaire - invalidité souscrite, dès lors que les prestations, immédiates ou différées (invalidité), sont acquises ou nées auprès de l'Institution antérieurement à la résiliation.

Tant que vous percevez des prestations de la Sécurité sociale au titre de la maladie ou de l'accident (indemnités journalières, rente d'invalidité ou d'incapacité permanente de travail) sans interruption depuis la résiliation du contrat d'assurance, et au plus tard jusqu'à la date de prise d'effet de votre pension vieillesse, les garanties décès souscrites vous sont maintenues.

Le salaire de référence servant au calcul des garanties décès ainsi maintenues est celui en vigueur à la date de résiliation. En cas de reprise d'une activité partielle tout en continuant de percevoir les prestations de la Sécurité sociale, le maintien de garantie porte sur le salaire de référence (définition page 8) diminué du salaire de référence afférant à l'activité reprise.

Quels en sont les effets sur les prestations en cours de service ?

Les indemnités journalières, pensions d'invalidité, rentes d'éducation et rentes de conjoint, en cours de service

ou nées auprès de l'Institution antérieurement à la résiliation, sont versées à leur niveau atteint à la date de la résiliation, sans droit à revalorisation ultérieure.

Il appartient à l'entreprise d'organiser la poursuite de la revalorisation de ces prestations, ainsi que de la base de calcul des garanties décès maintenues visées au paragraphe précédent.

COMMENT ÊTES-VOUS INFORMÉ ?

La notice d'information

L'employeur est tenu de remettre à chaque assuré une notice d'information, établie par l'Institution, qui définit les garanties souscrites et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque. Au cours de la vie du contrat d'assurance, l'entreprise informe les assurés des modifications qui sont apportées à leurs droits et obligations.

La loi Informatique et libertés

Conformément à 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'organisme assureur, responsable de traitement des données à caractère personnel collectées, que :

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 des autres contrats souscrits auprès l'organisme assureur ou d'autres sociétés du groupe Malakoff Médéric ; et ce y compris, en qualité d'organisme assureur, l'utilisation du NIR de l'assuré pour la gestion de ses risques d'assurance complémentaire santé, prévoyance complémentaire, retraite supplémentaire (conformément à l'Autorisation unique de la CNIL du 23 janvier 2014 - Pack conformité assurance) ;
- la mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation, à destination de l'assuré,
- la gestion des avis de l'assuré sur les produits, services ou contenus proposés par l'organisme assureur 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 ;
- l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement,
- 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'organisme assureur ou ses partenaires ;
- 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.

L'assuré reconnaît que la collecte et le traitement des données à caractère personnel de l'assuré (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 de ce contrat.

Le traitement des données de santé de l'assuré est soumis à son consentement exprès et préalable.

L'organisme assureur s'engage à ne pas exploiter ces informations à d'autres fins que celles précitées.

Les destinataires des données de l'assuré sont, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités : le personnel de l'organisme assureur, ainsi que les sous-traitants, les délégataires de gestion, les intermédiaires, les réassureurs, les organismes professionnels habilités, les partenaires et les sociétés extérieures, et le souscripteur du contrat.

Les données à caractère personnel relatives à la santé de l'assuré sont traitées dans des conditions garantissant leur sécurité, et ainsi, sont destinées au Service médical de l'organisme assureur et à toute personne placée sous la responsabilité du Service Médical. Les données à caractère personnel relatives à la santé de l'assuré ne sont en aucun cas utilisées à des fins commerciales.

L'organisme assureur s'engage à ce que ces données à caractère personnel ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

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 varient en fonction des finalités susvisées et sont conformes aux durées prévues dans le Pack Assurance. En tout état de cause, les données à caractère personnel sont conservées au maximum pendant la durée de la relation contractuelle puis le temps de la prescription légale en vigueur.

L'organisme assureur et ses partenaires s'engagent à prendre toutes les mesures nécessaires afin d'assurer un niveau suffisant de sécurité et de confidentialité des données traitées.

Les données utilisées pour les statistiques font l'objet d'une anonymisation préalable, excluant tout risque de ré-identification des personnes.

2. En application de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, l'assuré dispose d'un droit d'accès, de rectification et le cas échéant de suppression des données le concernant et peut s'opposer à leur traitement pour des motifs légitimes. Ces droits peuvent être exercés, en justifiant de son identité, sur simple demande écrite adressée par email à l'adresse suivante : sgil.assurance@malakoffmederic.com ou par courrier : Malakoff Médéric, Pôle Informatique et Libertés Assurance, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

3. Sauf opposition écrite, les informations de l'assuré peuvent être communiquées aux organismes de retraite et d'assurance du Groupe Malakoff Médéric, ainsi qu'à leurs filiales et partenaires, dont la liste peut être transmise sur simple demande, à des fins de prospection commerciale.

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

Comment formuler une réclamation ?

En cas de difficultés persistantes dans l'application du contrat, vous devez en priorité contacter l'Institution :

- reclamation-particulier-assurance@malakoffmederic.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 du Centre Technique des Institutions de Prévoyance (CTIP), à l'adresse suivante : 10 rue Cambacérès, 75008 PARIS ou par voie électronique à l'adresse suivante : <http://ctip.asso.fr/mediation/>.

Ce médiateur peut être saisi uniquement après épuisement des procédures internes de traitement des réclamations propres à l'Institution, étant précisé que certains litiges ne relèvent pas de sa compétence (ex : les résiliations de contrat, les augmentations de cotisations ou encore les procédures de recouvrement).

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES À CHAQUE GARANTIE

Les dispositions ci-après présentent les différentes garanties proposées à l'entreprise lors de la souscription du contrat d'assurance. Pour connaître les garanties dont vous bénéficiez effectivement, veuillez-vous reporter au certificat d'inscription établi une fois votre affiliation enregistrée.

LA GARANTIE CAPITAL DÉCÈS

La garantie a pour objet le versement d'un capital si vous veniez à décéder ou être reconnu en invalidité absolue définitive. Son montant est calculé en pourcentage du salaire de référence.

La définition retenue par le contrat pour les bénéficiaires tels que conjoint, partenaire lié par un PACS, concubin, enfants à charge, figure en page 9.

En cas de décès de l'assuré toutes causes

Le capital en cas de décès toutes causes est versé dans les conditions suivantes :

Lorsque le contrat prévoit des majorations de capital pour enfant(s) à charge, celles-ci sont obligatoirement versées aux enfants (ou à leur représentant légal) en considération desquels elles sont attribuées.

Pour le capital hors majorations pour enfant(s) à charge, vous êtes libre de désigner un ou plusieurs bénéficiaires de votre choix au moment de votre affiliation ou ultérieurement.

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

La désignation peut comporter l'acceptation du bénéficiaire. L'acceptation peut prendre la forme d'un écrit signé de l'assuré, du bénéficiaire et de l'Institution ; elle peut également être faite par un acte authentique ou sous seing privé, signé de l'assuré et du bénéficiaire. **Une fois acceptée, la désignation devient irrévocable, 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 plusieurs bénéficiaires n'a d'effet auprès de l'Institution que lorsqu'elle lui aura été notifiée par écrit. Si l'assuré souhaite effectuer une désignation particulière, il lui appartient donc d'en informer l'Institution en temps utile.

L'Institution procède au versement des prestations au profit des bénéficiaires en fonction des informations portées à sa connaissance lors de l'instruction du dossier ; ce versement libère l'Institution de toute obligation dans le cas où une désignation particulière de bénéficiaire lui serait notifiée ultérieurement.

Lorsque 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.

À défaut de désignation d'un bénéficiaire notifiée par vos soins à l'Institution ou lorsque cette désignation est caduque [prédéces de tous les bénéficiaires], le capital est versé comme suit :

- en premier lieu au conjoint survivant de l'assuré non divorcé par un jugement définitif passé en force de chose jugée, à défaut à la personne liée à l'assuré par un pacte civil de solidarité, à défaut au concubin notoire et permanent (ce dernier doit toujours avoir cette qualité au jour du décès), l'assureur n'étant tenu qu'à un seul versement au bénéficiaire apparent ;
- à défaut de ceux-ci, le capital est versé par parts égales entre eux :
 - à vos enfants, vivants ou représentés, légitimes, reconnus ou adoptifs,
 - à défaut, à vos petits enfants,
 - à défaut de descendants directs, à vos parents, à défaut de ceux-ci, à vos grands-parents,
 - à défaut de tous les susnommés, à vos héritiers.

Décès simultané ou postérieur du conjoint

Si la garantie souscrite le prévoit, le décès du conjoint ou personne liée par un PACS ou concubin, survenant postérieurement ou simultanément au décès de l'assuré et alors qu'il reste des enfants à charge, entraîne le versement au profit de ces derniers d'un capital égal au capital décès toutes causes garanti sur la tête de l'assuré à son décès (cf. rubrique ci-dessus).

Ce capital est versé par parts égales aux enfants restés à charge du conjoint ou partenaire de PACS ou concubin qui étaient initialement à charge de l'assuré au jour de son décès, directement à ceux-ci s'ils sont majeurs, à leurs représentants légaux à qualité durant leur minorité.

Le capital prévu est versé sous réserve de l'adhésion effective de l'entreprise au contrat au jour du deuxième décès.

En cas d'invalidité absolue définitive

Si la garantie souscrite le prévoit, vous pouvez demander à percevoir par anticipation un capital, si vous êtes reconnu invalide par la Sécurité sociale avec classement en 3^e catégorie au sens de l'article L 341.4 du Code de la sécurité sociale : « Invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque et devant recourir à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie ». L'incapacité permanente professionnelle d'un taux de 100 % reconnue par la Sécurité sociale avec attribution d'une majoration pour l'assistance d'une tierce personne, est assimilée à l'Invalidité Absolue et Définitive pour la mise en œuvre de la présente garantie.

La situation de famille retenue est celle existant au jour de la notification par la Sécurité sociale.

Le capital est alors versé à vous-même, y compris, le cas échéant, les majorations pour enfant(s) à charge.

Ce versement doit être demandé dans les deux années suivant le classement par la Sécurité sociale, et met fin à la garantie Capital décès (le décès postérieur de l'assuré, voire celui de son conjoint, n'ouvrent pas droit à garantie).

En cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive d'origine accidentelle

Un capital supplémentaire peut être versé lorsque le décès ou l'invalidité absolue et définitive est dû à un accident. Le décès et l'invalidité absolue et définitive sont d'origine accidentelle s'ils sont intervenus dans les douze mois qui suivent cet accident.

Le capital décès accidentel n'est pas dû en cas d'accident postérieur à la date à laquelle l'assuré est reconnu en invalidité absolue et définitive, si celui-ci a perçu par anticipation le capital décès toutes causes.

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 la perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré, ainsi que la preuve de la nature de l'accident, incombent au bénéficiaire.

LA GARANTIE FRAIS D'OBSÈQUES

La garantie a pour objet le versement d'un capital pour frais d'obsèques, en cas de décès :

- de l'assuré : le capital est versé au conjoint, ou au partenaire pacsé ou au concubin ;
- du conjoint, ou du partenaire pacsé ou du concubin : le capital est versé à l'assuré ;
- des enfants à charge de l'assuré : le capital est versé à l'assuré.

La définition des membres de la famille susvisés est précisée en page 9.

À défaut de bénéficiaire tel qu'indiqué ci-dessus, le capital est versé à la personne ayant supporté les frais d'obsèques, sur présentation de la facture acquittée

En cas de décès d'un enfant de moins de 12 ans ou d'une personne sous tutelle, ce capital ne peut excéder le montant des frais d'obsèques réellement engagés.

Le capital prévu est versé sous réserve de l'adhésion effective de l'entreprise au contrat au jour du décès.

LA GARANTIE RENTE D'ÉDUCATION

La garantie a pour objet d'assurer à chacun des enfants à votre charge (définition page 9) le service d'une rente d'éducation, si vous veniez à décéder. Son montant est calculé en pourcentage du salaire de référence.

Les enfants handicapés à charge sont bénéficiaires de la rente sous réserve d'être âgés de moins de 26 ans à la date du décès de l'assuré. La rente leur est versée viagèrement tant que les conditions requises sont remplies.

La rente est doublée lorsque l'enfant est ou devient orphelin des deux parents, **pour autant que la garantie ne soit pas résiliée.**

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 de l'assuré, **sous réserve que la demande ait été présentée dans un délai de douze mois** suivant le décès. À défaut, la date d'effet est reportée au premier jour du mois civil suivant la réception de la demande.

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 en cours.

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 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.

Lorsque le bénéficiaire cesse de remplir les conditions requises (hors la limite d'âge prévue au contrat), lui-même ou son représentant légal doit nous en informer sans délai.

Nos services demandent annuellement de justifier que les enfants bénéficiaires continuent de remplir les conditions requises pour la poursuite du versement des prestations. En l'absence de justification, le versement de la rente est suspendu.

La rente est versée jusqu'à la fin du trimestre civil au cours duquel l'enfant cesse de remplir les conditions requises pour être bénéficiaire. Le service de la rente ne peut en aucun cas être repris.

LA GARANTIE RENTE DE CONJOINT

La garantie a pour objet, si vous veniez à décéder, d'assurer à votre conjoint, ou partenaire de PACS ou concubin survivant, le service d'une rente viagère. Son montant est calculé en pourcentage du salaire de référence.

La définition retenue par le contrat pour ces bénéficiaires figure en page 9.

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, **sous réserve que la demande ait été présentée dans un délai de douze mois suivant le décès**. À défaut, la date d'effet est reportée au premier jour du mois civil suivant la réception de la demande.

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 en cours.

La rente est versée jusqu'à la fin du trimestre civil au cours duquel survient le décès du bénéficiaire.

LA GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL - INVALIDITÉ

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

Incapacité temporaire de travail

Définition

En cas d'arrêt de travail consécutif à une maladie ou un accident, d'ordre professionnel ou non, pris en charge par la Sécurité sociale, l'Institution verse des indemnités journalières en complément de celles de la Sécurité sociale.

En tout état de cause, le total que vous seriez amené à percevoir (prestation au titre du présent contrat, prestation brute de la Sécurité sociale, éventuel salaire, pension de retraite en cas de cumul emploi retraite ainsi que toute autre ressource) ne saurait excéder votre salaire net d'activité (ou le montant des allocations chômage si vous bénéficiez du dispositif de portabilité, tel qu'exposé en page 7).

Franchise – Arrêts de travail successifs

Les prestations sont servies à l'issue de l'indemnisation de l'employeur résultant des obligations de maintien de salaire telles que définies dans la Convention collective nationale des Commerces de gros (art 53 des Dispositions générales de ladite convention et art 6 de l'Avenant catégoriel applicable aux Cadres).

Si vous n'avez pas l'ancienneté minimale requise en application de ces textes pour bénéficier du maintien de salaire, ou si vous n'êtes pas garanti au titre du dispositif de portabilité, les indemnités journalières seront versées à l'issue d'une **franchise fixe et continue de 60 jours**.

Pour les assurés n'ayant pas l'ancienneté minimale requise pour bénéficier du maintien de salaire par l'employeur et relevant de la **franchise fixe et continue**, après un premier arrêt de travail indemnisé, tout nouvel arrêt de travail pendant la durée de l'affiliation de l'assuré au présent contrat, donnant lieu à paiement d'indemnités journalières complémentaires et survenant dans un délai maximum de deux mois suivant la reprise du travail, est considéré comme une rechute. Aucune franchise, en dehors de celle pratiquée par la Sécurité sociale, n'est alors appliquée et les prestations sont calculées sur les mêmes bases que celles de l'arrêt de travail précédent.

Modalités et durée de versement

Les indemnités journalières sont versées après réception des justificatifs de prise en charge par la Sécurité sociale :

- à l'entreprise pour votre compte tant que votre contrat de travail est en vigueur ;
- directement à vous-même après la rupture de votre contrat de travail.

Le versement des prestations complémentaires cesse dès la survenance du premier des événements suivants :

- à la date de reprise du travail ;
- à la date de cessation des prestations de la Sécurité sociale,
- à la date de reconnaissance de l'état d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle ;
- à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale (sauf hypothèse de cumul emploi-retraite),
- au décès de l'assuré.

Invalidité/incapacité permanente professionnelle (IPP)

Définition

Dès la reconnaissance par la Sécurité sociale de l'état d'Invalidité telle que définie à l'article L 341.4 du Code de la sécurité sociale (1^{re} 2^e ou 3^e catégorie) ou d'incapacité permanente professionnelle d'un taux supérieur ou égal à 33 % en application de l'article L.434-2 du Code de la sécurité sociale, l'Institution verse une rente complétant celle versée par cet organisme.

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 de 1^{re} catégorie de la Sécurité sociale,
- égal ou supérieur à 66 %, est assimilée à une invalidité de 2^e catégorie de la Sécurité sociale ; la perception d'une allocation de tierce personne de la Sécurité sociale entraîne l'assimilation à une invalidité de 3^e catégorie de la Sécurité sociale.

En tout état de cause, le total que vous seriez amenés à percevoir (prestation de l'Institution, prestation brute de la Sécurité sociale, éventuel salaire, ainsi que toute autre ressource) ne saurait excéder votre salaire net d'activité (ou le montant des allocations chômage si vous bénéficiez du dispositif de portabilité, tel qu'exposé en page 7). Le complément de prestation accordé par la Sécurité sociale, au titre de l'assistance d'une tierce personne, n'entre pas dans le calcul de la prestation d'une part, et du total défini ci-dessus, d'autre part.

Pour ouvrir droit à garantie, l'arrêt de travail initial doit intervenir postérieurement à la prise d'effet de l'adhésion de l'entreprise au contrat d'assurance (sans préjudice de l'application des dispositions prévues en page 6 s'agissant de la prise en charge des arrêts de travail en cours).

Modalités de versement et durée

La rente d'invalidité vous est versée directement, par mois civil à terme échu. Elle cesse dès la survenance du premier des événements suivants :

- à la date de reprise du travail ;
- le jour où le taux d'incapacité permanente professionnelle est devenu inférieur à 33 % en ce qui concerne les rentes d'incapacité permanente ;
- à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale de l'assuré et en tout état de cause à la date à laquelle il aurait pu y prétendre à taux plein ;
- au décès de l'assuré.

En cas de décès, un paiement prorata temporis est effectué auprès du conjoint survivant ou, à défaut de conjoint survivant, aux enfants à charge au sens fiscal ; en l'absence de conjoint ou d'enfant à charge, aucun arrérage au décès n'est dû.

Modification du montant des prestations servies de la Sécurité sociale

Lorsque la Sécurité sociale, dans le cadre d'un contrôle, suspend ou supprime les prestations qu'elle verse au titre d'une incapacité temporaire, d'une invalidité, d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, l'Institution applique la même décision, dans les mêmes proportions, au versement complémentaire résultant du contrat souscrit.

En cas de réduction par la Sécurité sociale, les prestations complémentaires de l'Institution ne compensent pas cette minoration.

Le recours subrogatoire contre le tiers responsable

Conformément à l'article 29-5 de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accident de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation, l'Institution est, pour le paiement des indemnités journalières et pensions d'invalidité, subrogée dans les droits et actions de l'assuré, du bénéficiaire ou de ses 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 au titre du présent contrat doit fournir, dans les meilleurs délais, tous les éléments nécessaires à la mise en œuvre de la procédure.

QUELLES FORMALITÉS ACCOMPLIR EN CAS DE DEMANDE DE PRESTATIONS ?

Les prestations garanties par l'Institution sont versées soit directement aux bénéficiaires, soit par l'intermédiaire de l'entreprise, sur production d'une demande de prestation (document mis à disposition par l'Institution) accompagnée des justificatifs requis mentionnés dans le tableau figurant en page suivante.

Cette liste n'est pas exhaustive, l'Institution pouvant être amenée à demander des pièces complémentaires au vu d'une situation particulière.

Les prestations sont réglées dans un délai de 30 jours au plus tard, après réception des pièces justificatives demandées.

PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR POUR TOUTE DEMANDE DE PRESTATIONS

DOCUMENTS À FOURNIR	Incapacité temporaire de travail	Incapacité/Incapacité permanente professionnelle	Garantie Décès
Demande d'indemnités journalières, signée de l'entreprise	●		
Décomptes d'indemnités journalières de la Sécurité sociale	●		
Copie des bulletins de salaires couvrant la période de référence correspondant aux 12 derniers mois civils précédant l'arrêt de travail initial (étant précisé que la période prise en compte est celle précédant la date de rupture ou de fin du contrat de travail de l'assuré dans le cadre du dispositif de portabilité)	●	●	
Attestation sur l'honneur de non activité rémunérée	●	●	
Demande de rente, signée de l'entreprise		●	
Notification d'attribution de la pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité permanente professionnelle en cas d'accident du travail/maladie professionnelle, émanant de la Sécurité sociale		●	
Demande de prestations en cas de décès, signée de l'entreprise			●
Acte de décès			●
Copie du livret de famille du défunt ou un acte de mariage, à défaut un acte de naissance du défunt			●
Acte de naissance de chaque enfant bénéficiaire si le livret de famille du défunt n'est pas produit			●
Justificatif de la qualité de conjoint ou à défaut, d'ayant droit ainsi que les numéros de Sécurité sociale des ayants droit			●
S'il y a lieu, une attestation de concubinage délivrée par la mairie, une photocopie du livret de famille pour les concubins ayant des enfants en commun avec l'assuré ou, à défaut, une déclaration sur l'honneur accompagnée d'un justificatif de domicile commun (quittance loyer aux 2 noms, quittance d'électricité, téléphone...)			●
S'il y a lieu, une attestation établissant l'engagement dans les liens d'un PACS, délivrée par le greffe du tribunal d'instance ou de grande instance (attestation de moins de 3 mois)			●
Photocopie du dernier avis d'imposition de l'assuré et, le cas échéant, du concubin ou partenaire de PACS			●
S'il y a lieu, acte de naissance de chaque bénéficiaire lorsque le bénéficiaire est un ascendant de l'assuré ou un bénéficiaire désigné (autre que conjoint, concubin, partenaire de PACS et enfants) ou un héritier			●
En présence d'enfants à charge, un certificat de scolarité pour l'enfant de plus de 16 ans, ou à défaut toutes pièces justifiant de la qualité d'enfant à charge			●
S'il y a lieu, copie de l'ordonnance désignant l'administrateur légal des biens de l'enfant mineur pour le versement des prestations le concernant			●
Notification de la pension d'invalidité de la Sécurité sociale 3 ^e catégorie pour ouvrir droit à l'invalidité absolue et définitive			●

Justificatifs utiles de l'identité, la qualité et l'adresse des bénéficiaires			●
Copie des bulletins de salaires couvrant la période de référence correspondant aux 12 derniers mois civils précédant le décès ou l'arrêt de travail initial lorsqu'une période de maladie ou d'invalidité a précédé le décès ou l'invalidité absolue et définitive (étant précisé que la période prise en compte est celle précédant la date de rupture ou de fin du contrat de travail de l'assuré dans le cadre du dispositif de portabilité)			●
Relevé d'identité bancaire permettant le versement des prestations		●	●

**PIÈCES COMPLÉMENTAIRES À FOURNIR LORS D'UNE DEMANDE DE PRESTATION
AU TITRE DU DISPOSITIF DE PORTABILITÉ**

Déclaration de l'entreprise de l'assuré bénéficiaire dans le délai d'1 mois suivant la date de fin ou de rupture du contrat de travail (transmission du bulletin individuel d'affiliation de l'assuré, signé par l'entreprise et l'intéressé)	●	●	●
Justificatif de l'ouverture de droit au régime obligatoire d'assurance chômage de l'assuré (à défaut dans un 1 ^{er} temps, justificatif de l'inscription au régime obligatoire d'assurance chômage)	●	●	●
Justificatif de versement de l'allocation d'assurance chômage	●	●	●
Attestation sur l'honneur de non activité rémunérée	●		●
Décompte des allocations versées par le régime obligatoire d'assurance chômage	●		

L'Institution se réserve le droit de demander toute autre pièce nécessaire aux paiements des prestations lors de l'instruction du dossier ou en cours de règlement.



MALAKOFF HUMANIS PRÉVOYANCE
Institution de prévoyance régie par le livre IX du Code de la sécurité sociale
Siège social : 21 rue Laffitte - 75009 Paris - N° SIREN 775 691 181
malakoffhumanis.com