

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES CABINETS OU ENTREPRISES DE GÉOMÈTRES-EXPERTS, GÉOMÈTRES TOPOGRAPHES, PHOTOGRAMMÈTRES ET EXPERTS FONCIERS

CONDITIONS GENERALES

REGIME DE PREVOYANCE CONVENTIONNEL

GARANTIES PREVOYANCE

(référencées CG-CCN Géomètres – Prévoyance – 2016)

Personnel affilié à l'AGIRC et Personnel non affilié à l'AGIRC

SOMMAIRE

TITRE I – ADHESION AU REGIME CONVENTIONNEL	3
ARTICLE 1 – OBJET DU REGIME	3
ARTICLE 2 - ADHESION.....	3
ARTICLE 3 - DUREE DU CONTRAT D'ADHESION- RENOUELEMENT.....	3
ARTICLE 4 - OBLIGATIONS DE L'ADHERENT	4
ARTICLE 5 - PRISE EN CHARGE DES RISQUES EN COURS	5
ARTICLE 6 - AFFILIATION DES MEMBRES DU PERSONNEL	5
TITRE II – GARANTIES DECES	7
ARTICLE 7 - SALAIRE DE REFERENCE EN CAS DE DECES.....	7
ARTICLE 8 - CAPITAL DÉCÈS TOUTES CAUSES	7
ARTICLE 9 - RENTE ÉDUCATION (assurée par l'OCIRP)	7
ARTICLE 10 - RENTE HANDICAP (assurée par l'OCIRP)	8
ARTICLE 11 - RENTE DE CONJOINT (assurée par l'OCIRP).....	8
ARTICLE 12 - DÉCÈS ACCIDENTEL	8
ARTICLE 13 - DOUBLE EFFET.....	8
ARTICLE 14 - INVALIDITÉ ABSOLUE ET DEFINITIVE.....	9
ARTICLE 15 – DECES EN MISSION RAPATRIEMENT DE CORPS.....	9
ARTICLE 16 – ALLOCATION FRAIS D'OBSEQUES	9
ARTICLE 17 - BÉNÉFICIAIRES DU CAPITAL DÉCÈS	9
ARTICLE 18 - MAINTIEN DES GARANTIES DECES - INVALIDITE PERMANENTE ET ABSOLUE	10
ARTICLE 19 - FORMALITES A ACCOMPLIR EN CAS DE SINISTRE	10
TITRE III – GARANTIES ARRET DE TRAVAIL	11
ARTICLE 20 - MAINTIEN DE SALAIRE.....	11
ARTICLE 21 - INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL.....	12
ARTICLE 22 - INVALIDITÉ / INCAPACITE PERMANENTE	13
ARTICLE 23 - PLAFONNEMENT DES GARANTIES.....	14
ARTICLE 24 - FORMALITES A ACCOMPLIR EN CAS DE SINISTRE	14
TITRE IV – DISPOSITIONS GENERALES.....	16
ARTICLE 25 - CONDITIONS DE CESSATION DES GARANTIES	16
ARTICLE 26 - PERIODE DE COUVERTURE.....	16
ARTICLE 27 - MAINTIEN DES GARANTIES PREVOYANCE AU TITRE DE L'ARTICLE L.911-8 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE	16
ARTICLE 28 - COTISATIONS.....	18
ARTICLE 29 - REVALORISATION DES PRESTATIONS.....	18
ARTICLE 30 – ÉXONÉRATION DES COTISATIONS ET/OU DES GARANTIES.....	19
ARTICLE 31 – RÉSILIATION DU CONTRAT	19
ARTICLE 32 - DÉFINITION DU CONJOINT.....	20
ARTICLE 33 - DÉFINITION DES ENFANTS À CHARGE	21
ARTICLE 34 - EXCLUSIONS.....	21
ARTICLE 35 - RECOURS SUBROGATOIRE.....	22
ARTICLE 36 - PRESCRIPTION	22
ARTICLE 37 - VERSEMENT DES PRESTATIONS.....	23
ARTICLE 38 - PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL.....	25
ARTICLE 39 - CONTROLE - RECLAMATIONS - MEDIATION	27

L'accompagnement social est à vos côtés **28**

TITRE I – ADHESION AU REGIME CONVENTIONNEL

ARTICLE 1 – OBJET DU REGIME

Les partenaires sociaux de la Convention collective nationale des cabinets ou entreprises de géomètres-experts, géomètres topographes, photogrammètres et experts-fonciers (dénommée ci-après « la Convention collective ») ont signé un accord paritaire national en date du 13 octobre 2005, instaurant les garanties du régime de prévoyance au profit des salariés de la branche.

Les présentes Conditions Générales ont pour objet de définir les conditions d'adhésion des entreprises et les conditions dans lesquelles Malakoff Humanis Prévoyance, Institution de prévoyance régie par les dispositions du Livre III du Titre IX du Code de la Sécurité sociale, Immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°775 691 181, dont le siège social est situé au PARIS (75009) 21 Rue Laffitte, régie par le Code de la Sécurité sociale, ci-après dénommée « l'Institution » garantit aux salariés, dénommés ci-après « Participants » ou à leurs ayants droit les prestations décès et arrêt de travail prévues par la Convention Collective.

Malakoff Humanis Prévoyance est par ailleurs habilitée, en application de la Convention collective à gérer les garanties rente éducation, rente de conjoint et rente handicap assurées par l'OCIRP, Organisme commun des Institutions de Rentes et de Prévoyance – Union d'institutions de prévoyance régie par les dispositions du titre IX du Code de la Sécurité sociale dont le siège social est situé au 17, rue de Marignan 75008 Paris.

ARTICLE 2 - ADHESION

L'adhésion au régime résultant de l'accord de prévoyance du 13 octobre 2005 est régie par les présentes Conditions Générales.

Afin d'adhérer au régime, l'entreprise devra retourner à l'Institution le contrat d'adhésion, dûment rempli, daté et signé.

L'adhésion est acquise à l'entreprise, ci-après dénommée « l'Adhérent » à la date d'effet indiquée au contrat d'adhésion contresigné et retourné à l'entreprise et en tout état de cause à l'issue des vérifications réglementaires incombant aux entreprises d'assurance.

ARTICLE 3 - DUREE DU CONTRAT D'ADHESION- RENOUELEMENT

Le contrat d'adhésion de l'entreprise au régime expire le 31 décembre de l'année de l'adhésion. Il se renouvelle par tacite reconduction, au 1^{er} janvier de chaque année, sauf dénonciation par l'une ou l'autre des parties effectuée par lettre recommandée ou recommandée électronique moyennant le respect d'un préavis de deux mois.

La dénonciation doit être adressée à l'Institution au plus tard le 31 octobre de l'année en cours, le cachet de la poste faisant foi ou la date d'expédition certifiée par un horodatage qualifié de l'envoi recommandé électronique faisant foi. Elle ne prend effet qu'au 31 décembre de la même année.

La dénonciation adressée à l'Institution après le 31 octobre est de nul effet. Le cas échéant, elle doit être renouvelée avant le 31 octobre de l'année suivante pour prendre effet au 31 décembre de cette même année.

ARTICLE 4 - OBLIGATIONS DE L'ADHERENT

4.1 OBLIGATIONS DECLARATIVES ET D'INFORMATION

L'Adhérent s'engage à :

1. Affilier l'ensemble de ses salariés sous contrat de travail à la date d'effet de l'adhésion ainsi que ceux embauchés ultérieurement.

Les salariés en arrêt de travail (incapacité temporaire de travail y compris en temps partiel pour raison thérapeutique, ou invalidité) ou les bénéficiaires de rente éducation ou de rente de conjoint en cours de service à la date d'effet de l'adhésion de l'entreprise devront être déclarés à l'Institution au moyen du formulaire "déclaration de reprise de passif".
2. Veiller au paramétrage exhaustif de sa DSN (Déclaration Sociale Nominative) selon la fiche de paramétrage fournie par l'Institution pour son ou ses contrats de prévoyance complémentaire, si l'Adhérent entre dans le périmètre de la DSN.
3. Communiquer à l'Institution, sur support papier ou dématérialisé, la Déclaration d'Affiliation visée ci-dessous dûment renseignée par chaque Participant si les données nécessaires à l'affiliation ne sont pas transmises par la DSN. Cette communication doit intervenir dans un délai de trente jours suivant :
 - soit la date d'effet du contrat d'adhésion,
 - soit la date de l'entrée du Participant dans la Catégorie assurée.
4. L'Adhérent peut communiquer à l'Institution en lieu et place des Déclarations d'Affiliation susvisées, sur tout support de son choix dématérialisé ou non une liste de toutes les personnes physiques travaillant pour le compte de l'Adhérent entrant dans la Catégorie assurée, et comprenant notamment leur nom, prénom, date de naissance et numéro de Sécurité sociale.
5. Déclarer à l'Institution tout salarié qui, au cours du contrat d'adhésion, entre dans l'effectif de l'entreprise si les données nécessaires à l'affiliation et à l'enregistrement des garanties (en cas de choix d'option) ne sont pas transmises par la DSN.
6. Communiquer à l'Institution la liste des anciens salariés bénéficiant à la date d'effet du contrat d'adhésion, du maintien de leurs garanties Prévoyance au titre de la portabilité des droits ou attester que ceux-ci restent couverts par l'ancien organisme assureur.
7. Déclarer à l'Institution tout Participant qui, au cours du contrat d'adhésion, quitte l'entreprise notamment suite à une démission, une rupture conventionnelle, un licenciement ou un départ en retraite, si l'Adhérent n'entre pas dans le périmètre de la DSN. L'Adhérent précise la date et le motif du départ dans les 30 jours du départ de l'entreprise.
8. Déclarer à l'Institution tout Participant dont le contrat de travail est suspendu et qui ne pourrait bénéficier de son maintien d'affiliation en application de l'article 6 des présentes Conditions Générales.
9. Déclarer trimestriellement, à l'Institution, par le biais des appels de cotisations émis par celle-ci, l'effectif et la masse salariale brute correspondant au total trimestriel des Rémunérations Brutes des Participants affiliés au présent contrat, ventilée par Tranche soumise à cotisations sociales tant que ces informations ne sont pas transmises par l'Adhérent ni traitées par l'Institution par les flux DSN.
10. Communiquer annuellement à l'Institution, au plus tard le 31 janvier de l'année N + 1, un état nominatif annuel des salaires par voie dématérialisée tant que ces informations ne sont pas transmises par l'Adhérent ni traitées par l'Institution par les flux DSN.
11. Déclarer à l'Institution, dès qu'il en a connaissance, tous les Participants :
 - en arrêt de travail pour lesquels il a fait diligenter une contre-visite médicale ayant entraîné une mesure de suspension de son obligation de maintien de salaire,
 - qui reprennent leur travail suite à un arrêt de travail indemnisé par l'Institution si l'Adhérent n'entre pas dans le périmètre de la DSN.

4.2 INFORMATION DES PARTICIPANTS

L'Adhérent reconnaît avoir été informé par l'Institution des obligations qui lui incombent en vertu des dispositions de l'article L. 932-6 du Code de la Sécurité Sociale, en sa qualité de souscripteur d'un contrat de prévoyance collective.

Conformément à ces dispositions, l'Adhérent s'engage à remettre à chaque Participant la notice d'information qui lui a été communiquée par l'Institution.

L'Adhérent s'engage à porter à la connaissance de chacun d'eux, par écrit, les modifications des garanties, notamment en leur remettant l'addenda modificatif de ladite notice ou une nouvelle notice d'information rédigée par l'Institution.

L'Adhérent est seul responsable à l'égard du Participant en l'absence de remise de la notice d'information ou de l'addenda modificatif à celle-ci.

ARTICLE 5 - PRISE EN CHARGE DES RISQUES EN COURS

Concernant les salariés en arrêt de travail au moment de la prise d'effet des garanties, s'ils bénéficient des prestations du régime de Sécurité sociale sans être indemnisés au titre du régime de prévoyance complémentaire, l'Institution prendra en charge le versement des prestations complémentaires dans les conditions prévues au titre du présent régime. S'ils bénéficient des prestations du régime de Sécurité sociale et de prestations complémentaires au titre d'un précédent régime de prévoyance, l'Institution ne prendra en charge que la revalorisation des prestations en cours de service, dans la mesure où cela n'a pas été prévu par le précédent organisme assureur.

A cet effet, l'entreprise communique à l'Institution le formulaire « Reprise de Passif » de l'Institution comprenant une liste de toutes les personnes en arrêt de travail et/ou des personnes bénéficiaires d'une rente éducation et/ou rente de conjoint et/ou rente handicap, dûment complété, signé et accompagné de la copie des documents contractuels relatifs au contrat de prévoyance antérieurement souscrit.

Si l'entreprise a adhéré au-delà du 1^{er} janvier 2007, l'Institution calculera la prime nécessaire à la constitution des provisions correspondantes à la sauvegarde de l'équilibre technique des contrats d'assurance. Une cotisation additionnelle ou une prime unique pourra être réclamée par l'Institution aux entreprises se trouvant dans cette situation.

ARTICLE 6 - AFFILIATION DES MEMBRES DU PERSONNEL

6.1 CONDITIONS D'AFFILIATION DES MEMBRES DU PERSONNEL

Le contrat entraîne l'affiliation, à titre obligatoire, de l'ensemble du personnel de l'Adhérent.

On entend par ensemble du personnel :

- le personnel salarié « cadre » : salariés affiliés à l'AGIRC,
- le personnel salarié « non cadre » : salariés non affiliés à l'AGIRC.

Pour le présent contrat, chaque salarié ainsi affilié est appelé « Participant ».

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

Il y précise notamment son état civil.

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

Il appartient à l'Adhérent de s'assurer que l'Institution a bien eu connaissance, dans les conditions visées ci-dessus, de l'ensemble des membres du personnel ayant vocation à profiter des garanties.

Le défaut de déclaration, par l'Adhérent, d'un membre du personnel éligible aux présentes garanties emporte la seule responsabilité de l'Adhérent.

6.2 DISPOSITIONS APPLICABLES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

Les garanties sont suspendues de plein droit pour les Participants qui sont dans les cas suivants :

- congé sabbatique ;
- congé parental d'éducation ;
- congé pour création d'entreprise ;
- journée d'appel pour la défense, périodes d'exercices militaires, de mobilisation, de captivité.

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

Pendant la période de suspension des garanties, aucune cotisation n'est due au titre du Participant concerné.

TITRE II – GARANTIES DECES

ARTICLE 7 - SALAIRE DE REFERENCE EN CAS DE DECES

- Concernant les Participants en activité :

Le salaire de référence servant au calcul des prestations décès est le salaire annuel brut soumis à cotisations sociales au cours des 12 mois civils ayant précédé le décès, y compris les rémunérations variables telles que les commissions, gratifications et primes.

- Concernant les Participants en arrêt de travail ou en mi-temps thérapeutique :

Le salaire de référence servant au calcul des prestations décès est le salaire annuel brut soumis à cotisations sociales au cours des 12 mois civils ayant précédé l'arrêt de travail, y compris les rémunérations variables telles que les commissions, gratifications et primes. La base ainsi déterminée est revalorisée entre la date de l'arrêt de travail et celle du décès, selon les modalités prévues à l'article 29 des présentes Conditions Générales.

- Si le Participant ne compte pas 12 mois de présence à la date de l'évènement couvert, le salaire annuel brut est annualisé à partir de la moyenne mensuelle des salaires soumis à cotisations sociales. Le cas échéant, les éléments variables de rémunération mentionnés ci-dessus sont intégrés dans le calcul de la moyenne mensuelle sur la base de 1/12^{ème} de leur montant.

Le salaire de référence est limité aux tranches A et B.

ARTICLE 8 - CAPITAL DÉCÈS TOUTES CAUSES

En cas de décès du Participant, l'Institution verse au(x) bénéficiaire(s) désigné(s), un capital dont le montant est fixé en annexe des présentes Conditions Générales.

Ce capital dépend de la situation de famille de l'assuré au moment du décès et comporte une majoration pour enfant à charge au sens du régime.

La notion «séparé» s'entend de la personne mariée ou pacsée séparée de droit ou de fait.

ARTICLE 9 - RENTE ÉDUCATION (assurée par l'OCIRP)

En cas de décès du Participant, l'Institution verse à chacun des enfants à charge au moment du décès une rente temporaire d'éducation, dont le montant est fixé en annexe des présentes Conditions Générales (si l'enfant est mineur : à son représentant légal).

Les rentes éducation sont versées sans limite de durée en cas d'invalidité reconnue avant le 26^{ème} anniversaire, équivalente à l'invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie de la Sécurité sociale ou tant que l'enfant bénéficie de l'allocation d'adulte handicapé et est titulaire de la carte d'invalidé civil ou la carte « mobilité inclusion » portant la mention « invalidité ».

Les rentes prennent effet le 1^{er} jour du mois qui suit le décès du Participant. Elles sont servies trimestriellement à terme échoir, au début de chaque trimestre civil.

Le service de la rente cesse au premier jour du trimestre au cours duquel l'enfant ne remplit plus les conditions prévues à l'article 33 des présentes Conditions Générales.

ARTICLE 10 - RENTE HANDICAP (assurée par l'OCIRP)

En cas de décès du Participant, l'Institution verse à chacun des enfants handicapés à charge au moment du décès une rente handicap, dont le montant est fixé en annexe des présentes Conditions Générales.

La rente handicap est indexée sur l'augmentation du montant de l'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH).

Sont bénéficiaires de la garantie rente handicap, le ou les enfants handicapés du participant, reconnus à la date du décès, qu'ils soient légitimes, naturels, adoptifs.

Les enfants handicapés sont ceux atteints d'une infirmité physique ou mentale qui les empêche soit de se livrer, dans des conditions normales de rentabilité, à une activité professionnelle, soit, s'ils sont âgés de moins de 18 ans, d'acquérir une instruction ou une formation professionnelle d'un niveau normal, tel que défini par l'article 199 septies du Code général des impôts.

Pour justifier du handicap du ou des bénéficiaires, doit être joint à la demande de liquidation des prestations, sous enveloppe cachetée destinée au médecin conseil de l'OCIRP, un certificat médical attestant, à la date du décès du Participant, de la nature de l'infirmité physique ou mentale dont est/sont atteint(s) le/les bénéficiaire(s) potentiels.

La reconnaissance du handicap est effectuée par le médecin conseil de l'OCIRP. L'OCIRP se réserve le droit de demander toutes pièces complémentaires qui lui seraient nécessaires pour l'étude du dossier notamment :

- Un justificatif de taux d'incapacité reconnu par la CDAPH (Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées);
- La preuve de l'attribution d'une prestation prévue par la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 sur l'égalité des droits et des chances, la participation et citoyenneté des personnes handicapées ;
- Un certificat d'admission en établissement spécialisé.

Les rentes sont payées trimestriellement à terme d'avance, sous condition de vie.

La rente prend effet à compter du premier jour du mois civil suivant la date de décès du salarié. Si la déclaration est faite après un délai d'un an, les prestations prendront effet à partir du premier jour du mois civil suivant la date de la demande de liquidation des prestations.

La rente cesse d'être due à compter du premier jour du mois suivant le décès du bénéficiaire.

Chaque rente est versée au bénéficiaire s'il a la capacité juridique ou à son représentant légal.

ARTICLE 11 - RENTE DE CONJOINT (assurée par l'OCIRP)

En l'absence d'enfant à charge au moment du décès, une Rente temporaire de conjoint d'un montant fixé en annexe des présentes Conditions Générales est versée au conjoint, pour une durée maximum de 10 années et cesse d'être versée au plus tard à la liquidation de la pension vieillesse du bénéficiaire.

ARTICLE 12 - DÉCÈS ACCIDENTEL

Le capital décès «toutes causes» est doublé en cas de décès accidentel.

L'accident se définit d'une façon générale, comme l'atteinte corporelle, non intentionnelle de la part du salarié, provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

ARTICLE 13 - DOUBLE EFFET

En cas de décès du conjoint survivant, du concubin ou du partenaire lié par un PACS (sous réserve des conditions prévues à l'article 32 des Conditions Générales), qu'il soit simultané ou postérieur au décès du Participant, l'Institution verse, par parts égales aux enfants à charge au moment du décès, un capital dont le montant est précisé en annexe des présentes Conditions Générales.

ARTICLE 14 - INVALIDITÉ ABSOLUE ET DEFINITIVE

Le capital décès toutes causes est versé par anticipation au Participant qui se trouve en état d'invalidité absolue et définitive, à condition qu'il en fasse la demande, indépendamment de la rente d'invalidité ou d'incapacité permanente qui lui sera servie

Un Participant est considéré en état d'invalidité absolue et définitive lorsqu'il est reconnu :

- soit invalide 3^{ème} catégorie au titre de l'article L341-4 du Code de la Sécurité sociale avec l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour les actes ordinaires de la vie,
- soit en situation d'incapacité permanente au titre d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle reconnue par la Sécurité sociale au taux de 100 %, avec l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

Le versement du capital met fin à la garantie décès.

ARTICLE 15 – DECES EN MISSION RAPATRIEMENT DE CORPS

En cas de décès du Participant survenant au cours d'un déplacement professionnel en France métropolitaine (y compris Corse), l'Institution prend en charge les frais de rapatriement du corps et les frais de déplacement d'un proche du Participant (conjoint, concubin, pacsé, frère, sœur, ascendant, descendant), dont les montants sont fixés en annexe des présentes Conditions Générales.

ARTICLE 16 – ALLOCATION FRAIS D'OBSEQUES

En cas de décès du participant, de son conjoint ou d'un enfant à charge tels que définis aux articles 32 et 33 des Conditions Générales, une allocation dont le montant est fixé en annexe des présentes Conditions Générales est versée à celui qui a engagé et réglé les dépenses, sur production de la facture originale acquittée.

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

ARTICLE 17 - BÉNÉFICIAIRES DU CAPITAL DÉCÈS

Les bénéficiaires des capitaux dus, lors du décès du Participant, sont la ou les personnes ayant fait l'objet d'une désignation écrite et formelle de la part du Participant auprès de l'Institution. Le Participant fait connaître son choix en complétant le document de l'Institution intitulé " désignation de bénéficiaire " et en le retournant à l'Institution.

Lorsque le bénéficiaire est nommément désigné, le Participant peut préciser les coordonnées de ce dernier qui seront utilisées par l'Institution en cas de décès de l'assuré.

Il peut modifier cette désignation contractuelle à tout moment pendant la période d'assurance en indiquant, par écrit, à l'Institution, le ou les nouveaux bénéficiaires.

La désignation peut être effectuée par acte sous seing privé ou par acte authentique.

En cas de désignation multiple et à défaut de précision, le capital dû est réparti par parts égales entre les bénéficiaires désignés.

En l'absence de désignation de bénéficiaire(s) ou lorsque l'ensemble des bénéficiaires a renoncé ou disparu, le capital est servi dans l'ordre suivant :

- à son conjoint marié ou au partenaire auquel le défunt était lié par un pacte civil de solidarité ou au concubin tel que défini à l'article 32 ;
- à défaut, à ses enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales ;
- à défaut, à ses parents par parts égales ;
- à défaut, à ses grands-parents, par parts égales ;
- à défaut, à ses ayants droit suivant la dévolution successorale.

Toutefois, lorsqu'il y a attribution de majorations familiales, chacune d'entre elles est versée à la personne au titre de laquelle elle a été accordée (si enfant mineur : à son représentant légal).

ARTICLE 18 - MAINTIEN DES GARANTIES DECES - INVALIDITE PERMANENTE ET ABSOLUE

Les garanties décès – invalidité absolue et définitive sont maintenues, sans cotisation, à tout Participant en arrêt de travail, percevant à ce titre des prestations de l'Institution, à compter du 1er jour d'indemnisation et sous réserve que la date de survenance de cet arrêt soit intervenue en période de couverture, c'est-à-dire entre la date d'effet de l'adhésion et sa date de résiliation.

Le changement d'organisme assureur est sans effet sur le maintien de la garantie décès, par l'Institution, au profit des personnes visées ci-dessus.

Dans ce cas, la revalorisation des rentes éducation continuera d'être assurée par l'OCIRP pour la couverture de cette garantie, selon les modalités prévues à l'article 29 des présentes Conditions Générales, conformément à l'article L. 912-3 du code de la Sécurité sociale et la loi no 89009 du 31 décembre 1989, modifiée par la loi no 2001-624 du 17 juillet 2001.

ARTICLE 19 - FORMALITES A ACCOMPLIR EN CAS DE SINISTRE

Outre les pièces justificatives spécifiques à chaque garantie, l'Institution se réserve le droit de demander toute autre pièce justificative au moment de la survenance de l'événement.

Les pièces justificatives à fournir à l'Institution en cas de sinistre et en cours de service des prestations sont notamment :

- La déclaration de décès (formulaire de l'Institution)
- Un extrait d'acte de décès et/ou un extrait d'acte de naissance du participant ou le cas échéant des ayants droit décédés (Allocation Obsèques)
- La photocopie recto verso de la carte d'identité du ou des bénéficiaires
- Les photocopies des bulletins de salaire correspondant à la période de référence servant au calcul de la prestation
- S'il y a lieu une copie du rapport de police ou du procès-verbal de gendarmerie
- Une photocopie de l'ordonnance désignant l'administrateur légal des biens du ou des enfants mineurs pour le versement des prestations le(s) concernant
- La photocopie du livret de famille du participant, un certificat d'hérédité établi par le notaire, une attestation sur l'honneur de non-séparation judiciaire et de non-divorce
- Un certificat médical précisant la nature et les circonstances du décès du participant
- Une photocopie de dernier avis d'imposition s'il existe des enfants à charge.
- Un certificat de scolarité ou d'apprentissage pour les enfants de plus de 16 ans
- Un extrait d'acte de naissance des enfants pour le versement des prestations de rentes éducation et handicap
- Un certificat médical concernant l'enfant handicapé pour le versement de la rente handicap
- Un relevé d'Identité Bancaire ou Postal du bénéficiaire pour le versement des prestations sous forme de rentes
- Pour la prestation Allocations Obsèques, un justificatif des frais réellement engagés en cas de décès d'un enfant de moins de douze ans ou d'un majeur sous tutelle ou d'une personne placée en établissement psychiatrique.

TITRE III – GARANTIES ARRET DE TRAVAIL

ARTICLE 20 - MAINTIEN DE SALAIRE

20.1 DÉFINITION DE LA GARANTIE

Si l'Adhérent a choisi cette garantie, l'Institution lui verse en cas d'Incapacité Temporaire de Travail du Participant des indemnités journalières couvrant tout ou partie de ses obligations conventionnelles selon la franchise retenue.

En complément des indemnités journalières l'Adhérent peut aussi opter pour une indemnisation forfaitaire au titre des charges patronales assises sur le salaire maintenu.

L'Institution verse ses indemnités sous réserve que le Participant justifie :

- de son état d'Incapacité par la fourniture d'un certificat médical à l'Adhérent, pouvant donner lieu à contre visite par ce dernier.
- d'être pris en charge par la Sécurité sociale,
- d'être soigné sur le territoire français ou dans l'un des autres pays de la Communauté économique européenne ou dans un pays ayant passé une convention de réciprocité.

En cas de réduction de la prestation de la Sécurité sociale dans le cadre de sa politique de contrôle des arrêts de travail ou de lutte contre les déclarations tardives, l'Institution ne compensera pas la baisse des prestations.

20.2 MONTANT ET DURÉE D'INDÉMNISATION

Début de l'indemnisation

La période de versement des indemnités par l'Institution prend effet au terme de la période de franchise retenue par l'Adhérent telle que mentionnée en annexe I des présentes Conditions Générales.

La période de franchise est continue, l'Institution ne verse ses indemnités que si la durée totale de l'incapacité de travail, sans interruption, dépasse la période de franchise.

En cas d'arrêt de travail suite à une maladie professionnelle ou un accident du travail, il n'est pas fait application de la franchise ci-dessus, l'Institution verse ses indemnités à compter du 1^{er} jour d'arrêt de travail.

Montant et durée de l'indemnisation

Le Montant et la durée d'indemnisation dépend de l'ancienneté du Participant. Le montant s'obtient par application d'un taux, figurant en annexe des présentes Conditions Générales, à la base des prestations sous déduction des prestations servies par la Sécurité sociale.

Si plusieurs congés de maladie ou d'accident du travail donnant lieu à indemnisation interviennent au cours d'une période de douze mois consécutifs, **la durée totale d'indemnisation ne pourra excéder les durées maximales d'indemnisation mentionnées en annexe** des présentes Conditions Générales.

20.3 REGLE DE CUMUL

Le total de la rémunération perçue de l'Adhérent, des indemnités versées par la Sécurité sociale, des indemnités complémentaires versées par l'Institution et de tous autres organismes ne peut excéder la rémunération nette qu'il aurait perçue s'il avait continué à exercer son activité.

20.4 CHARGES SOCIALES PATRONALES

Si l'Adhérent a retenu cette option, l'Institution lui verse en plus des indemnités journalières, une indemnité forfaitaire au titre des charges sociales patronales dues sur les prestations complémentaires précitées. Cette indemnité s'obtient par application d'un taux, figurant en annexe des présentes Conditions Générales, aux indemnités complémentaires versées par l'Institution au titre de la garantie Maintien de salaire.

20.5 CESSATION DE LA GARANTIE

Les prestations cessent d'être servies au titre du Maintien de salaire :

- dès que la Sécurité sociale cesse de verser ses indemnités journalières,
- dès que le participant reprend son activité professionnelle y compris à temps partiel pour raison thérapeutique,
- à la date de rupture du contrat de travail,
- à la date à laquelle le participant est reconnu en état d'invalidité permanente (totale ou partiel),
- à la fin des obligations conventionnelles de l'Adhérent au titre du Maintien de salaire.

ARTICLE 21 - INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL

21.1 DEFINITION DES GARANTIES

En cas d'arrêt de travail consécutif à une maladie ou un accident, professionnel ou non, le Participant, l'institution verse des indemnités journalières complémentaires à celles de la Sécurité sociale dont le montant est fixé en annexe des présentes Conditions Générales.

Les prestations sont versées à l'Adhérent si le Participant fait encore partie de l'effectif.

Dans le cas contraire, lorsque le versement des indemnités journalières est effectué directement auprès du Participant, l'Institution verse lesdites prestations après déduction des prélèvements sociaux et fiscaux (C.S.G, C.R.D.S., Impôt à la source) éventuellement applicables, dont l'Institution a la charge du précompte et selon les taux en vigueur lors du versement.

Cette disposition ne s'applique pas aux indemnités journalières lorsqu'elles sont versées à l'Adhérent (contrat de travail du Participant en vigueur).

La période de versement des prestations par l'Institution prend effet en complément et en relais des garanties de maintien de salaire au titre de la convention collective, soit à compter du 121^{ème} jour d'arrêt de travail continu ou discontinu, et à l'issue du délai de franchise.

Le délai de franchise est de 3 jours à compter de l'expiration des droits au maintien de salaire en cas de maladie ou en cas de prise en charge par la Sécurité sociale au titre du régime maladie ou d'accident. Aucun délai de franchise n'est appliqué en cas d'accident du travail ou de trajet, reconnu comme tel par la Sécurité sociale, et sous réserve des recours contre les tiers.

Dans le cas des salariés n'ayant pas effectué un nombre d'heures ouvrant droit aux prestations de la Sécurité Sociale, les indemnités définies ci-dessus seront calculées en complément d'une prestation Sécurité sociale reconstituée de manière théorique.

La prestation pourra être suspendue en cas de fraude avérée ou de contre visite médicale niant la nécessité de l'arrêt.

21.2 SALAIRE DE REFERENCE SERVANT AU CALCUL DES PRESTATIONS INDEMNITES JOURNALIERES

Le salaire de référence servant au calcul des prestations Incapacité Temporaire est le dernier salaire total mensuel complet brut.

Il sera tenu compte de la durée de travail du salarié au moment de l'arrêt ainsi que des rémunérations variables telles que les commissions, gratifications et primes versées au cours des douze derniers mois.

Le salaire de référence est limité aux tranches A et B.

21.3 CESSATION DU PAIEMENT DES PRESTATIONS INCAPACITE DE TRAVAIL

Le service des prestations, au titre de la garantie Incapacité Temporaire de Travail sont versées aussi longtemps que le Participant perçoit des indemnités journalières de la Sécurité sociale. L'Adhérent est dispensé de fournir les décomptes originaux d'indemnités journalières établis par la Sécurité Sociale dès lors qu'ils sont télétransmis directement par la Sécurité Sociale à l'Institution.

Le service des prestations cesse à la survenance d'un des évènements suivants :

- dès que le Participant cesse de percevoir des indemnités journalières de la Sécurité sociale ;
- à la liquidation de la pension de vieillesse de la Sécurité sociale ;
- à la date de reconnaissance par le régime de base d'un état d'incapacité permanente ou d'invalidité ;
- au 1 095^{ème} jour d'arrêt de travail.

ARTICLE 22 - INVALIDITÉ / INCAPACITE PERMANENTE

22.1 DEFINITION DES GARANTIES

En cas d'incapacité permanente consécutive à un accident du travail ou une maladie professionnelle au taux minimum de 66%, ou en cas d'invalidité reconnue par la Sécurité sociale (maladie ou accident de la vie privée) en 1^{ère}, 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie, l'Institution verse au Participant une prestation dont le montant est fixé en annexe du contrat d'adhésion, en fonction du seuil d'invalidité ou du taux d'incapacité.

La rente prend effet à la date à laquelle le Participant est reconnu en invalidité permanente par la Sécurité sociale (date d'effet de la notification). Le paiement de cette rente est effectué mensuellement à terme échu sur présentation des décomptes originaux de la Sécurité sociale.

Lorsque le versement de la rente est effectué directement auprès du Participant, l'Institution verse lesdites prestations après déduction des prélèvements sociaux et fiscaux (C.S.G, C.R.D.S., Impôt à la source) éventuellement applicables, dont l'Institution a la charge du précompte et selon les taux en vigueur lors du versement.

Cette disposition ne s'applique pas aux rentes lorsqu'elles sont versées à l'Adhérent (contrat de travail du Participant en vigueur).

Dans le cas des salariés n'ayant pas effectué un nombre d'heures ouvrant droit aux prestations de la Sécurité sociale, les rentes définies ci-dessus seront calculées en complément d'une prestation Sécurité sociale reconstituée de manière théorique.

22.2 SALAIRE DE REFERENCE SERVANT AU CALCUL DES PRESTATIONS INVALIDITE – INCAPACITE PERMANENTE

Le salaire référence servant au calcul des prestations Invalidité – Incapacité permanente est le salaire annuel brut soumis à cotisations sociales au cours des 12 mois civils ayant précédé l'interruption de travail, revalorisé selon les modalités prévues à l'article 29 des Conditions Générales, entre la date de l'arrêt de travail et celle du classement en invalidité ou en incapacité permanente.

Si le participant ne compte pas 12 mois de présence à la date de l'évènement couvert, le salaire brut est annualisé à partir de la moyenne mensuelle des salaires déclarés. Le cas échéant, les éléments variables de rémunération mentionnés ci-dessus sont intégrés dans le calcul de la moyenne mensuelle sur la base de 1/12^{ème} de leur montant.

Le salaire de référence est limité aux tranches A et B.

22.3 CESSATION DU PAIEMENT DES PRESTATIONS INVALIDITE

Les prestations de l'Institution sont versées aussi longtemps que le Participant perçoit une rente de la Sécurité sociale.

Le versement cesse d'être versé à la survenance d'un des événements suivants :

- à la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale ;
- à la date à laquelle le bénéficiaire cesse de percevoir une rente d'invalidité de la Sécurité sociale (pour la garantie invalidité) ;
- à la date à laquelle le taux d'incapacité accident du travail ou maladie professionnelle devient inférieur à 66 % (pour la garantie incapacité permanente) ;
- à la date de liquidation de la pension de vieillesse servie au titre de l'incapacité au travail, sous réserve de modification des dispositions légales concernant les pensions de retraite des invalides.

ARTICLE 23 - PLAFONNEMENT DES GARANTIES

Le total des prestations versées par le Régime de Base, l'Institution ou tout autre organisme assureur ainsi que, notamment, les revenus du travail, les traitements, les prestations du régime d'Assurance Chômage, ne peuvent conduire le Participant à percevoir plus de 100 % de son dernier salaire annuel net d'activité, revalorisé sur la base de l'indice de revalorisation défini par l'article 29.

En cas de versement direct de la prestation au Participant, lorsque le montant net des éléments est pris en compte pour l'application de la règle de cumul, il s'entend du montant net avant toute éventuelle imposition à la source. Il en est de même pour la rémunération nette éventuellement applicable.

En cas de dépassement, la prestation servie par l'Institution, avant application des prélèvements sociaux à la charge du Participant, est réduite à due concurrence. Le cas échéant, il pourra être réclamé au Participant les prestations ou fractions de prestations indûment versées.

Le complément de prestation accordé par la Sécurité Sociale, au titre de l'assistance d'une tierce personne, n'entre pas dans ce calcul.

Les Participants doivent fournir à l'Institution toute information utile pour permettre de vérifier le respect de ces dispositions. Si le Participant refuse de fournir les informations, l'Institution peut suspendre les prestations jusqu'à régularisation.

ARTICLE 24 - FORMALITES A ACCOMPLIR EN CAS DE SINISTRE

Outre les pièces justificatives spécifiques à chaque garantie, l'Institution se réserve le droit de demander toute autre pièce justificative au moment de la survenance de l'événement.

Les pièces justificatives à fournir à l'Institution en cas de sinistre et en cours de service des prestations sont notamment :

Indemnités journalières

- La déclaration d'arrêt de travail (formulaire de l'Institution),
- Les décomptes d'indemnités journalières de la Sécurité sociale,
- Le certificat médical initial d'arrêt de travail,
- Les photocopies de bulletins de salaire correspondant à la période de référence servant au calcul des prestations,

En cas de rechute reconnue comme telle par la Sécurité sociale, un certificat médical précisant qu'il s'agit de la même affection.

Rentes

- La déclaration d'arrêt de travail (formulaire de l'Institution),
- La notification d'attribution de pension ou de rente d'invalidité permanente, émanant de la Sécurité sociale au moment de l'ouverture des droits,
- Le justificatif de paiement de la rente de la Sécurité sociale,
- Les photocopies de bulletins de salaire correspondant à la période de référence servant au calcul des prestations,
- Un RIB du bénéficiaire,
- En cas d'invalidité 1ère catégorie ou d'incapacité de travail, une attestation du Pôle Emploi si le participant est licencié et perçoit à ce titre des prestations de cet organisme.

TITRE IV – DISPOSITIONS GENERALES

ARTICLE 25 - CONDITIONS DE CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent :

- à la date à laquelle le Participant n'appartient plus à la catégorie de personnel garantie,
- soit à la date de départ à la retraite, à l'exception des Participants reprenant, sans interruption de fait, une activité salariée en « cumul emploi-retraite », auprès de l'Adhérent,
- à la date de la suspension ou résiliation du contrat d'adhésion souscrit par l'entreprise ;
- à la date d'effet de la résiliation du présent contrat (sauf maintien des garanties prévu à l'article 27).
- en tout état de cause, à la date d'effet de la dénonciation de l'Accord conventionnel de prévoyance.

Dès qu'un participant cesse d'appartenir à l'effectif assurable, l'Adhérent doit le signaler à l'Institution dans un délai de quinze jours suivant l'événement.

La cessation des garanties est sans effet sur le maintien des garanties Décès prévu à l'article 18 des présentes Conditions Générales.

ARTICLE 26 - PERIODE DE COUVERTURE

Pour ouvrir droit aux prestations, l'événement garanti doit survenir en période de couverture.

Cela signifie que :

- le régime doit toujours être en vigueur dans l'entreprise,
- et
- le Participant doit faire partie de la population couverte telle que définie à l'article 6 des Conditions Générales.

Il est rappelé, conformément à la loi, que les prestations arrêt de travail et rentes en cours de service sont maintenues en cas de disparition de l'entreprise ou après cessation du contrat de travail du salarié indemnisé.

ARTICLE 27 - MAINTIEN DES GARANTIES PREVOYANCE AU TITRE DE L'ARTICLE L.911-8 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE

CONDITIONS AU MAINTIEN DE L'AFFILIATION

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

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

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

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

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

EFFET ET DUREE DU MAINTIEN DE L’AFFILIATION

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

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

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

OBLIGATIONS DECLARATIVES

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

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

GARANTIES

Le participant bénéficie des garanties au titre desquelles il était affilié lors de la rupture de son contrat de travail, **à l’exception de la garantie Incapacité temporaire de travail dite « Mensualisation / Maintien de salaire ».**

Les évolutions des garanties du contrat sont opposables au Participant.

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

Durant la période de portabilité des droits, l’adhérent s’engage à informer chaque participant bénéficiaire de la portabilité des droits de toute modification de garanties qui interviendrait au régime en lui remettant l’addenda modificatif de la notice d’information ou la nouvelle notice établie par l’Institution.

La base de calcul des prestations reste constituée par le salaire défini contractuellement, précédant la date de cessation du contrat de travail, **à l’exclusion des sommes devenues exigibles du fait de la rupture du contrat de travail.**

Le total des prestations d’incapacité temporaire de travail versées par le Régime de Base, l’Institution ou tout autre organisme assureur, ne peuvent conduire le Participant à percevoir plus de 100 % des allocations nettes du régime chômage qu’il aurait perçues au titre de la même période.

FINANCEMENT

Le maintien des garanties est financé par un système de mutualisation permettant au Participant d’être couvert sans paiement de cotisations après la cessation du contrat de travail.

ARTICLE 28 - COTISATIONS

28.1 ASSIETTE DES COTISATIONS

L'assiette de calcul des cotisations est fixée par référence au salaire brut annuel déclaré par l'Adhérent à l'URSSAF ou à une ou plusieurs tranches de ce salaire déterminées comme suit :

- Tranche A : fraction inférieure ou égale au plafond de la Sécurité sociale
- Tranche B : fraction comprise entre une fois et quatre fois le plafond de la Sécurité sociale.

Les taux sont précisés au régime. L'assiette de calcul des cotisations dues au titre des garanties arrêt de travail n'inclut pas les prestations arrêt de travail versées par l'Institution.

28.2 PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont recouvrées trimestriellement à terme échu. Sur demande de l'Adhérent, elles peuvent être recouvrées mensuellement à terme échu.

Elles sont payables dans les 10 jours qui suivent l'échéance.

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

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

28.3 DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

A défaut de paiement d'une seule des cotisations dans les dix jours de son échéance, les garanties peuvent être suspendues trente jours après l'envoi d'une mise en demeure adressée par l'Institution, par lettre recommandée avec avis de réception, à l'Adhérent. A défaut de paiement des cotisations dues après l'expiration d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi de la mise en demeure, le cachet de la poste faisant foi, l'Institution pourra résilier l'adhésion sans préjudice de la faculté de poursuivre en justice le recouvrement des sommes qui lui sont dues y compris les majorations de retard prévues ci-avant.

L'Institution se réserve le droit d'informer directement les Participants de la défaillance de l'Adhérent.

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

ARTICLE 29 - REVALORISATION DES PRESTATIONS

Les prestations périodiques sont revalorisées pour les garanties arrêt de travail en fonction de l'évolution de la valeur du salaire conventionnel, prévu par la Convention collective nationale des géomètres experts, géomètres topographes, photogrammètres et experts fonciers.

Les rentes éducation, de conjoint et handicap sont revalorisées en fonction de celle du point OCIRP.

En cas de changement d'organisme gestionnaire des garanties, la revalorisation des prestations prévues en cas d'arrêt de travail sera prise en charge par le nouvel organisme, conformément à l'article L. 912-3 du code de la Sécurité sociale.

Par dérogation à ce principe, en cas de changement d'organisme gestionnaire, la revalorisation des prestations rente éducation, rente de conjoint et rente handicap sera poursuivie par l'OCIRP assureur de ces garanties.

ARTICLE 30 – ÉXONÉRATION DES COTISATIONS ET/OU DES GARANTIES

30.1 EXONERATION DES COTISATIONS

L'Institution exonère l'Adhérent du paiement des cotisations afférentes aux garanties Décès, et Arrêt de Travail :

- dès le premier versement des prestations correspondant aux garanties Incapacité Temporaire de Travail ou Invalidité-Incapacité Permanente Professionnelle par l'Institution :

L'exonération est :

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

30.2 MAINTIEN DES GARANTIES

Le Participant exonéré des cotisations visées ci-avant bénéficie du maintien de l'ensemble des garanties souscrites :

- pour les garanties Incapacité Temporaire de Travail et Invalidité-Incapacité Permanente Professionnelle, dans les conditions contractuelles en vigueur à la date d'arrêt de travail ou à la date d'effet de l'adhésion pour les Participants faisant l'objet d'une reprise de passif et ne bénéficiant pas d'un contrat de prévoyance antérieur,
- pour les garanties Décès, dans les conditions contractuelles en vigueur à la date du décès.

30.3 CESSATION DE L'EXONERATION DES COTISATIONS ET DU MAINTIEN DES GARANTIES

L'exonération et le maintien des garanties cessent :

- dans les cas de cessation des prestations Incapacité Temporaire de Travail et Invalidité tels que prévues aux articles 21 et 22 des présentes Conditions Générales,
- en cas de résiliation du contrat d'adhésion sous réserve des dispositions figurant à l'article 18 des présentes Conditions Générales.

ARTICLE 31 – RÉSILIATION DU CONTRAT

31.1 REDRESSEMENT, LIQUIDATION JUDICIAIRE OU PROCÉDURE DE SAUVEGARDE DE L'ADHÉRENT

Conformément à l'article L. 932-10 du Code de la Sécurité sociale, le contrat subsiste en cas de redressement, de liquidation judiciaire ou de procédure de sauvegarde de l'Adhérent.

Toutefois, le contrat peut être résilié dans les cas et conditions posés à l'article L.622-13 du Code de Commerce.

La résiliation est alors opposable à l'ensemble des Participants, y compris à ceux bénéficiant de la portabilité.

31.2 DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

En cas de défaut de paiement des cotisations par l'Adhérent, le contrat pourra être résilié selon les conditions définies à l'article « cotisations ».

31.3 EFFET DE LA RÉSILIATION OU DU NON-RENOUVELLEMENT DE L'ADHÉSION

Vis-à-vis de l'Adhérent

En cas de résiliation ou de non-renouvellement de l'adhésion, l'Adhérent n'a aucun droit à faire valoir sur le patrimoine de l'Institution et sur ses différents fonds de réserve.

L'Adhérent reste tenu de payer l'intégralité des cotisations dues, des intérêts de retard et des différents frais y afférents.

Tout paiement de cotisation après la résiliation de l'adhésion, qu'il soit total ou partiel ne constituera qu'une régularisation du compte entre les parties et ne pourra sauf demande expresse de l'Adhérent acceptée par courrier de l'Institution, constituer un renouvellement tacite de l'adhésion et par conséquent une remise en vigueur des garanties.

Vis-à-vis du Participant

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

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

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

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

En cas de résiliation ou de non-renouvellement de l'adhésion, conformément à l'article 7-1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (loi Évin), les garanties décès, sont maintenues aux Participants se trouvant, à la date de ladite résiliation ou de non-renouvellement, en Incapacité Temporaire de Travail ou en Invalidité. Ce maintien cesse dès que les prestations Incapacité Temporaire de Travail ou Invalidité cessent elles-mêmes selon les dispositions prévues dans les présentes Conditions Générales.

Les prestations seront calculées en fonction de la situation de famille à la date du sinistre et la revalorisation du salaire de référence, cessera de produire ses effets à la date de la résiliation ou de non-renouvellement.

Toutefois, si le Participant a été affilié au présent contrat, alors qu'il percevait une rente Incapacité Temporaire de Travail ou Invalidité par un précédent assureur, l'Institution versera ses prestations décès en déduisant celles éventuellement maintenues par ledit assureur.

ARTICLE 32 - DÉFINITION DU CONJOINT

Est considéré comme conjoint :

- le conjoint du Participant légalement marié, non séparé de corps judiciairement à la date de l'événement donnant lieu à prestation,
- le concubin du Participant, sous réserve que le concubin et le Participant soient tous les deux célibataires, veufs ou séparés de corps, que le concubinage ait été établi de façon notoire et déclaré comme tel depuis plus d'un an, et que le domicile fiscal des deux concubins soit le même,
- le partenaire lié au participant par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) depuis plus d'un an.

La condition de durée d'un an dans les deux cas précités est supprimée lorsqu'un ou plusieurs enfants sont nés de cette union et répondent à la définition donnée à l'article ci-après des présentes Conditions Générales, ou lorsque le fait générateur de la prestation est d'origine accidentelle.

ARTICLE 33 - DÉFINITION DES ENFANTS À CHARGE

Est réputé à charge du Participant, l'enfant légitime, naturel reconnu ou non, adopté, ainsi que celui de son conjoint, à condition que le Participant ou son conjoint en ait effectivement la charge, c'est-à-dire s'il pourvoit à ses besoins et assure son entretien directement ou par le biais d'une pension alimentaire, à la date de l'événement couvert et s'il remplit l'une des conditions suivantes :

- bénéficiaire des prestations Sécurité sociale sous le numéro d'immatriculation du Participant, ou de son conjoint, sauf pour les enfants de plus de 16 ans déjà immatriculés,
- ne pas avoir dépassé la date anniversaire de ses 26 ans s'il est en apprentissage, en contrat d'alternance ou de professionnalisation, ou s'il est à la recherche d'un premier emploi et inscrit à ce titre au Pôle Emploi,
- ne pas avoir dépassé la date anniversaire de ses 28 ans s'il n'est pas salarié, reconnu à charge par l'administration fiscale ou non imposable et s'il justifie de la poursuite d'études secondaires ou supérieures à temps plein dans un établissement public ou privé.

Les conditions d'âge prévues ci-dessus ne sont pas exigées si l'enfant est reconnu en état d'invalidité avant son 26^{ème} anniversaire, équivalente à l'invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie de la Sécurité sociale ou tant qu'il bénéficie de l'allocation d'adulte handicapé et est titulaire de la carte d'invalidé civil ou la carte « mobilité inclusion » portant la mention « invalidité ».

- Est considéré comme à charge, l'enfant légitime né ou à naître dans les 300 jours suivant le décès du participant.

ARTICLE 34 - EXCLUSIONS

L'Institution ne garantit pas :

- **les conséquences directes ou indirectes des guerres civiles ou étrangères ;**
- **les conséquences directes ou indirectes d'explosions, de dégagements de chaleur, d'irradiation lorsque ceux-ci proviennent de la transmutation de noyaux d'atome ou de la radioactivité ;**
- **les conséquences directes ou indirectes d'actes de terrorisme liés à l'utilisation de moyens nucléaires, biologiques ou chimiques.**

Outre les exclusions énoncées ci-dessus, il est également exclu de la garantie décès :

- **le versement des prestations au bénéficiaire désigné lorsque le décès du participant a été provoqué volontairement par ce bénéficiaire et que celui-ci fait l'objet d'une condamnation pour meurtre, assassinat ou empoisonnement à ce titre. Dans ce cas, l'ensemble des prestations est versé aux autres bénéficiaires désignés et en l'absence d'autre bénéficiaire, selon l'ordre prévu à défaut à l'article 17 des présentes Conditions Générales. Toutes les dispositions pourront être prises par l'Institution afin que le bénéficiaire qui a fait l'objet d'une condamnation ne puisse pas percevoir, directement ou indirectement, les prestations prévues.**

ARTICLE 35 - RECOURS SUBROGATOIRE

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

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

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

ARTICLE 36 - PRESCRIPTION

Conformément à l'article L.932-13 du code de la Sécurité sociale, toutes les actions dérivant des opérations du présent contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois ce délai ne court :

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

Lorsque l'action de l'Adhérent, du Participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre l'Institution a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Adhérent, le Participant, 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.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations dépendant de la durée de la vie humaine, le bénéficiaire n'est pas l'assuré.

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

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

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

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

- de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique avec avis de réception adressé(e) par l'Institution à l'Adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation
- et de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique avec avis de réception adressé(e) par le participant, le Bénéficiaire, ou l'ayant droit en ce qui concerne le règlement de la Prestation.

La date d'expédition certifiée par un horodatage qualifié de l'envoi du recommandé électronique fait foi de la date d'envoi.

Lorsque le bénéficiaire est mineur ou incapable majeur, les délais de prescription ne courent qu'à compter du jour où l'intéressé atteint sa majorité ou recouvre sa capacité

ARTICLE 37 - VERSEMENT DES PRESTATIONS

37.1 MODALITÉS DE REGLEMENT DES PRESTATIONS

Pour les garanties Décès et Arrêt de Travail, l'Institution effectue le règlement de la prestation dans les 15 jours suivant la constitution complète du dossier et après réception des pièces justificatives nécessaires au règlement du dossier.

Les règlements parviendront, par virement ou par chèque, à l'entreprise, au Participant ou au(x) bénéficiaire(s) en fonction des garanties concernées.

37.2 OBLIGATIONS DU PARTICIPANT

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

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

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

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

37.3 DÉLAI D'ENVOI DES DOSSIERS : DÉCHÉANCE PARTIELLE

Les demandes de prestations accompagnées des documents justificatifs visés dans le tableau ci-dessus doivent être produites à l'Institution :

- au titre du risque Incapacité Temporaire de Travail :

Au plus tard dans le délai maximum de quatre-vingt-dix jours qui suit la date d'arrêt de travail

Tout retard dans cette déclaration cause un préjudice à l'Institution qui n'est pas en mesure de diligenter son contrôle médical. De ce fait, si ce délai n'est pas respecté, et sauf en cas de force majeure à justifier auprès de l'Institution, les prestations périodiques ne prennent effet au plus tôt qu'au lendemain de cette déclaration après expiration de la franchise applicable le cas échéant.

- au titre du risque Invalidité (y compris Invalidité Absolue et Définitive) :

Dans un délai maximum de deux ans à compter de l'événement qui donne naissance à la demande de prestation (soit, selon les conditions posées à la mise en œuvre des garanties, à compter de la notification d'attribution d'une pension d'Invalidité, d'une rente d'Incapacité Permanente, du classement dans une catégorie d'Invalidité par la Sécurité sociale) ;

- au titre du risque Décès :

- dans un délai maximum de deux ans suivant la date du décès de l'assuré si le bénéficiaire est le Participant ;

- si le bénéficiaire est distinct du Participant, dans un délai maximum de dix ans suivant la date du décès ou la date à laquelle le bénéficiaire en a eu connaissance, sans que ces demandes puissent être postérieures au dépôt des sommes garanties auprès de la Caisse des dépôts et Consignation.

En effet au-delà du délai de dix ans courant à compter de la date de prise de connaissance du décès par l'Institution, les sommes garanties qui n'ont pas fait l'objet d'une demande de versement des prestations de la part du ou des bénéficiaires sont déposés à la Caisse des Dépôts et Consignations. Les bénéficiaires en sont informés par tout moyen par l'Institution, six mois avant l'expiration du délai précité.

Ainsi, sous réserve des règles de prescription, les demandes de prestations intervenant après le dépôt par l'Institution des sommes entre les mains de la Caisse des Dépôts et Consignation doivent être formulées auprès de cette dernière.

Les sommes en cas de décès non réclamés sont acquises à l'Etat à l'issue d'un délai de vingt ans à compter de la date de leur dépôt à la Caisse des Dépôts et Consignations.

37.4 CONTRÔLES MÉDICAUX

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

37.5 DISPOSITIONS PARTICULIERES CONCERNANT LE VERSEMENT DE LA PRESTATION DECES

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

La revalorisation ne peut être inférieure au taux minimum réglementaire.

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

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

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

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

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

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

Il est précisé que la date de prise de connaissance par l'Institution du décès du Participant est la date à laquelle l'Institution est informée du décès, par la réception de l'acte de décès.

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

ARTICLE 38 - PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

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

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

1. Les données à caractère personnel du participant et des bénéficiaires peuvent être collectées et traitées pour les finalités suivantes :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le participant et les bénéficiaires disposent également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Opposetel. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr. »

ARTICLE 39 - CONTROLE - RECLAMATIONS - MEDIATION

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

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

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

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

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

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

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

Médiateur de la protection sociale du CTIP
10 rue Cambacérès – 75008 Paris
<https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/>

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

L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL EST A VOS COTES

L'accompagnement social Malakoff Humanis soutient l'entreprise autour de 5 thématiques : handicap, aidants, cancer, bien-vieillir et fragilités sociales.

Pour en savoir plus sur la réglementation, les aménagements possibles, les impacts dans l'entreprise et auprès des autres collaborateurs... des webinaires et des ateliers en présentiel, inter ou intra entreprises, peuvent être mis en place sur de nombreuses thématiques : Handicap en entreprise, Règlementation cancer & travail, Burn out des aidants, Santé mentale en entreprise...

Ces services sont proposés à l'issue d'une première phase de diagnostic, dans le cadre d'un plan d'action défini avec votre expert accompagnement social, n'hésitez pas à le contacter.