

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

Prévoyance

ENSEMBLE DU PERSONNEL

**Contrat d'assurance collectif à adhésion obligatoire
CONDITIONS GENERALES PREVOYANCE N°15659**

Edition novembre 2021

SOMMAIRE

LEXIQUE	3	
PRÉAMBULE	6	
TITRE 1 ADHESION AU CONTRAT	7	
1.1	Objet du contrat	7
1.2	Adhésion	7
1.3	Durée du contrat d'adhésion - renouvellement	7
1.4	Obligations du souscripteur	8
1.5	Prise en charge des risques en cours	9
1.6	Révision des cotisations et/ou des garanties	10
TITRE 2 GARANTIES	11	
2.1	Garanties Décès	11
2.2	Bénéficiaires du capital décès	13
2.3	Maintien des garanties décès - invalidité absolue et définitive	14
2.4	Garanties arrêt de travail	14
TITRE 3 DISPOSITIONS GENERALES	18	
3.1	Entrée en vigueur des garanties / conditions de suspension	18
3.2	Maintien des garanties prévoyance au titre de l'article L.911-8 du code de la sécurité sociale	19
3.3	Cotisations	20
3.4	Salaire de référence	20
3.5	Revalorisation	21
3.6	Exonération des cotisations et/ou des garanties	22
3.7	Résiliation du contrat	23
3.8	Exclusions	24
3.9	Déchéance	24
3.10	Recours - prescription	24
3.11	Réclamations - médiation	25
3.12	Autorité de contrôle	25
3.13	Protection des données à caractère personnel	26
TITRE 4 VERSEMENT DES PRESTATIONS	28	
4.1	Déclaration des sinistres	28
4.2	Pièces nécessaires au paiement des prestations	28
4.3	Modalités de règlement des prestations	30
4.4	Obligations de l'assuré	30
4.5	Délai d'envoi des dossiers : déchéance partielle	30
4.6	Contrôles médicaux	31
4.7	Dispositions particulières concernant le versement de la prestation décès	32

LEXIQUE

Dans le présent contrat, les termes suivants sont utilisés :

L'organisme assureur ou les organismes assureurs

Pour la couverture des garanties Décès, Double effet, Décès en mission – rapatriement de corps, Invalidité absolue et définitive, Allocation frais d'obsèques, Incapacité temporaire de travail, Invalidité-incapacité permanente :

- **Malakoff Humanis Prévoyance**, Institution de prévoyance régie par le Livre IX du Code de la sécurité sociale, Siège : 21 rue Laffitte 75009 Paris, N° SIREN 775 691 181.

Pour la couverture des rentes éducation, de conjoint et handicap :

- **OCIRP**, Organisme Commun des Institutions des Rentes et de Prévoyance, Union d'institutions régie par le Code de la sécurité sociale, ayant son siège social 17 rue de Marignan – CS 50 003 - 75008 Paris.

Malakoff Humanis Prévoyance est habilitée, à gérer les garanties rente éducation, rente de conjoint et rente handicap assurées par l'OCIRP.

Le contrat est régi par le Code de la sécurité sociale.

Dans la suite du texte, les termes « membre adhérent » et « membre participant » définis à l'article L931-3 du Code de la sécurité sociale seront remplacés respectivement par « souscripteur » et « assuré ».

Le souscripteur

L'entreprise relevant de la Convention Collective Nationale des cabinets ou entreprises de géomètres-experts, géomètres-topographes, photogrammètres et experts fonciers, signataire du contrat d'adhésion ou des conditions particulières, qui a conclu le contrat d'assurance avec l'organisme assureur au bénéfice des assurés.

La catégorie assurée

L'ensemble du personnel salarié cadre et non cadre du souscripteur :
On entend par :

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

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

L'assuré

La personne physique, affiliée au présent contrat, sur la tête de laquelle repose le risque et appartenant à la catégorie assurée.

Le conjoint

Est considéré comme conjoint :

- le conjoint de l'assuré légalement marié, non séparé de corps (séparation judiciaire ou amiable dès lors qu'elle est transcrite à l'état civil) à la date de l'événement donnant lieu à prestation,
- le concubin de l'assuré, sous réserve que le concubin et l'assuré 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 à l'assuré 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 ci-dessous, ou lorsque le fait générateur de la prestation est d'origine accidentelle.

<p>Les bénéficiaires</p> <p>Enfant à charge</p> <p>L'accord de prévoyance</p> <p>Le contrat d'assurance</p>	<p>Personnes physiques qui recevront la prestation due par l'organisme assureur en cas de réalisation d'un risque garanti au présent contrat.</p> <p>Est réputé à charge de l'assuré, l'enfant dont la filiation, y compris adoptive, est légalement établie, ainsi que celui de son conjoint, à condition que l'assuré 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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ bénéficiaire des prestations Sécurité sociale sous le numéro d'immatriculation de l'assuré, 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. <p>Les conditions d'âge prévues ci-dessus ne sont pas exigées si l'enfant est reconnu en état d'invalidité avant son 26ème anniversaire, équivalente à l'invalidité de 2ème ou 3ème catégorie de la Sécurité sociale ou tant qu'il bénéficie de l'allocation d'adulte handicapé et est titulaire de la carte d'invalidité civil ou la carte « mobilité inclusion » portant la mention « invalidité ».</p> <p>Est considéré comme à charge, l'enfant légitime né ou à naître dans les 300 jours suivant le décès de l'assuré.</p> <p>L'accord du 13 octobre 2005 relatif au régime de prévoyance au profit des salariés de la convention collective nationale des cabinets ou entreprises de géomètres-experts, géomètres-topographes, photogrammètres et experts fonciers.</p> <p>Le contrat d'assurance souscrit dans le cadre des présentes conditions générales, dont les dispositions contractuelles sont conformes à l'Accord de prévoyance.</p>
<p>Accident</p> <p>L'acte authentique</p> <p>L'acte sous seing privé</p> <p>Affection de longue durée (ALD)</p> <p>DSN</p>	<p>Atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de l'assuré, provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.</p> <p>Acte rédigé et reçu par un officier public ayant le droit d'instrumenter dans le lieu où l'acte a été rédigé et avec les solennités requises.</p> <p>Acte juridique rédigé par les parties à l'acte ou par un tiers dès lors que celui-ci n'agit pas en tant qu'officier public.</p> <p>Affections dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessite un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse et pour lesquelles l'assuré bénéficie de l'exonération du ticket modérateur au titre du remboursement de ses frais de santé par la Sécurité sociale.</p> <p>La déclaration sociale nominative est un fichier mensuel centralisé produit à partir de la paie et destiné à communiquer des informations nécessaires à la gestion de la protection sociale des salariés aux organismes et administrations concernées.</p>

Garantie	Engagement de l'assureur de verser une prestation si l'assuré ou, le cas échéant, ses ayants droit sont victimes d'un sinistre.
Maladie	Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.
Plafond annuel de la Sécurité sociale	Salaire de référence fixé annuellement par arrêté publié au journal officiel qui sert au calcul des tranches de cotisations sociales. Son évolution est consultable sur www.securite-sociale.fr
Portabilité	Le maintien des garanties de prévoyance accordé aux anciens salariés demandeurs d'emploi et bénéficiaires de ce dispositif en vertu de l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale
Prestation	Mise en œuvre de la garantie par l'assureur.
Procédures collectives	Les procédures de sauvegarde, redressement et liquidation judiciaires telles que visées aux articles L621-1 et suivants, L631-1 et suivants, L641-1 et suivants du Code de commerce et consultables sur le site www.légifrance.fr
Rémunération brute	Sommes et avantages perçus par l'assuré assujettis à charges sociales dans les conditions prévues à l'article L. 242-1 du Code de la Sécurité Sociale.
Rémunération nette	Rémunération brute déduction faite de toutes les charges sociales et autres contributions salariales légalement ou conventionnellement obligatoires et avant toute éventuelle imposition à la source.
Risque	Événement aléatoire dont la réalisation est indépendante de la volonté de l'assuré ou du bénéficiaire.
Sécurité sociale (Régime obligatoire)	Régime général ou local de Sécurité sociale française dont dépendent les bénéficiaires tels que définis au Lexique.
Sinistre	Réalisation du risque.
Les tranches de salaire A et B	<p>La Rémunération brute est ventilée en tranches de salaire A et B, celles-ci s'entendent ainsi :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tranche A (TA) : tranche de salaire limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale, ▪ Tranche B (TB) : tranche de salaire comprise entre une fois et quatre fois le plafond annuel de la Sécurité sociale, <p>Il est précisé que les orientations prises dans le cadre de l'unification des régimes AGIRC-ARRCO n'ont pas d'impact sur la définition des tranches de salaire ci-avant.</p>

PRÉAMBULE

Votre entreprise relève de la Convention collective nationale des cabinets ou entreprises de géomètres-experts, géomètres topographes, photogrammètres et experts-fonciers.

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.

L'employeur, ci-après dénommé « le souscripteur » relevant de la Convention collective nationale des cabinets ou entreprises de géomètres-experts, géomètres topographes, photogrammètres et experts-fonciers, adhère au contrat collectif prévoyance à adhésion obligatoire du régime mis en œuvre par Malakoff Humanis Prévoyance, ci-après dénommée « l'organisme assureur ».

Les présentes Conditions générales ont pour objet de définir les conditions d'adhésion des entreprises et les conditions dans lesquelles l'organisme assureur, garantit aux salariés, ou à leurs ayants-droit les prestations décès et arrêt de travail conformément aux dispositions prévues à leur 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.

TITRE 1 ADHESION AU CONTRAT

1.1 Objet du contrat

Le contrat est un **contrat d'assurance collectif à adhésion obligatoire**, souscrit auprès de l'organisme assureur.

Seules les entreprises entrant dans le champ d'application de l'Accord de prévoyance peuvent souscrire le contrat.

Le contrat a pour objet d'accorder des garanties Décès et Arrêt de travail, sans sélection médicale, aux salariés appartenant à la catégorie de personnel fixée par l'Accord de prévoyance, à savoir :

- ✦ **Personnel cadre : les salariés affiliés à l'AGIRC,**
- ✦ **Personnel non cadre : les salariés non affiliés à l'AGIRC.**

Le présent contrat a pour objet de fixer les conditions dans lesquelles l'organisme assureur accorde aux membres de la catégorie assurée les garanties de prévoyance souscrites par le souscripteur.

Le contrat relève des branches d'activité 1 (Accidents), 2 (Maladie) et 20 (Vie-décès).

Il se compose de deux parties indissociables :

- **les conditions générales** qui définissent les obligations des parties ainsi que les modalités d'application des garanties,
- **le contrat d'adhésion ou les conditions particulières** qui définissent pour chaque entreprise la date d'effet de l'adhésion, le personnel assuré, les taux de cotisations et les garanties couvertes.

Il est susceptible d'être complété d'avenants et lettres avenant en modifiant les dispositions.

1.2 Adhésion

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

Afin d'adhérer au contrat, l'employeur devra retourner à l'organisme assureur le contrat d'adhésion ou les conditions particulières, dûment daté(es) et signé(es).

L'adhésion est acquise au souscripteur à la date d'effet indiquée au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières et en tout état de cause à l'issue des vérifications réglementaires incombant aux entreprises d'assurance.

1.3 Durée du contrat d'adhésion - renouvellement

Le contrat de l'entreprise expire le 31 décembre de l'année de l'adhésion.

Il se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année pour des périodes successives d'un an.

Chacune des parties, signataires du présent contrat, peut résilier le contrat DEUX (2) mois au moins avant chaque date de renouvellement soit au plus tard le 31 octobre.

Le souscripteur peut adresser sa demande :

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

Le destinataire confirme par écrit la réception de la notification.

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

Il prend fin en cas de résiliation exprimée conformément aux dispositions prévues ci-dessus ainsi qu'à celles des articles 3.4.2 « Paiement des cotisations », 1.6. « Révision des cotisations et/ou des garanties » et 3.7 « Résiliation du contrat ».

1.4 Obligations du souscripteur

1.4.1 Obligations du souscripteur et DSN

Obligations Générales

Le souscripteur doit :

- adresser à l'organisme assureur un exemplaire du contrat dûment signé,
- s'acquitter de la cotisation,
- s'engager à remettre à chacun de ces salariés la notice d'information ainsi que l'imprimé leur permettant de changer de bénéficiaires,
- transmettre les pièces justificatives nécessaires au règlement des prestations dans les délais de transmission prévus au contrat.

Obligations déclaratives

Le souscripteur doit utiliser la fiche de paramétrage DSN transmise par l'organisme assureur et corriger les anomalies de la DSN relevées dans le Compte Rendu Métier (CRM) mis à sa disposition.

Les éléments ci-dessous mentionnés doivent être fournis par les flux mensuels DSN.

A défaut, sur demande de l'organisme assureur, le souscripteur fournit les informations comme indiqué ci-dessous.

A la souscription du contrat

Le souscripteur doit adresser à l'organisme assureur dans un délai maximum de trente jours à compter de la date d'effet du contrat :

- la liste nominative du personnel assurable avec indication pour chaque intéressé de ses nom, prénom, année de naissance, et de sa situation de famille,
La liste précitée doit impérativement indiquer :
 - si le contrat de travail est suspendu, avec indication de la date d'effet de la suspension et du motif,
 - si l'assuré exerce son activité avec réduction d'horaire pour raison de santé,
 - si l'assuré bénéficie du dispositif « cumul emploi-retraite »,
- les formulaires individuels d'affiliation doivent être régularisés par la totalité des personnes répondant à la définition des personnes assurables à la date d'effet du contrat.

Le souscripteur s'engage à déclarer tous les assurés au contrat dont :

- ses anciens salariés bénéficiant d'un maintien de leurs droits à un contrat collectif au titre de la portabilité,
- ses salariés et anciens salariés en incapacité temporaire de travail ou invalidité,
- les bénéficiaires de rente éducation et/ou rente handicap et/ou rente de conjoint en cours de service.

La déclaration doit être accompagnée :

- du montant et de la description des garanties de même nature précédemment assurées par un autre organisme assureur,
- des éléments servant de base au calcul des prestations servies ainsi que de leurs conditions d'attribution et de versement.

En cours de contrat

Le souscripteur doit déclarer, les mouvements de ses effectifs entrants et sortants dans la catégorie assurée et signaler les modifications de situation professionnelle et familiale des assurés.

Les éléments ci-dessous mentionnés doivent être fournis par les flux mensuels DSN.

A défaut de déclaration par les flux DSN, le souscripteur doit dans un délai de trente jours après la date de l'évènement :

- transmettre à l'organisme assureur, à la fin de chaque exercice civil et au plus tard au 31 janvier suivant, la liste nominative du personnel assuré précisant : leurs nom, prénom, date de naissance, numéro d'immatriculation à la Sécurité sociale, situation de famille, date d'entrée et de sortie dans l'exercice et la base de calcul des cotisations et assiette de cotisations individualisée,
- informer de la suspension des contrats de travail des salariés éligibles au maintien des garanties,
- informer de la rupture des contrats de travail et du motif de celle-ci pour les salariés éligibles au maintien des garanties prévues au titre de la portabilité des droits prévue par l'article L911-8 du Code de la Sécurité sociale,
- informer du décès de ses salariés.
- s'assurer que les formulaires individuels d'affiliation soient régularisés par la totalité des nouvelles personnes répondant à la définition des personnes assurables,
- signaler les modifications de situation professionnelle et familiale des assurés,

Si les éléments d'affiliation ne sont pas transmis à l'organisme assureur dans le délai de trente jours après la date de l'événement ou s'ils sont incomplets, l'affiliation ne prend effet qu'après l'accord exprès de l'organisme assureur et à compter de la date prévue dans celui-ci.

L'organisme assureur se réserve la possibilité de réclamer des dommages-intérêts en cas de manquement par le souscripteur à l'une des obligations énoncées ci-dessus.

1.4.2 Information des salariés

Le souscripteur reconnaît avoir été informé par l'organisme assureur 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, le souscripteur s'engage à remettre à chaque assuré la notice d'information qui lui a été communiquée par l'organisme assureur.

Le souscripteur 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'organisme assureur.

Le souscripteur est seul responsable à l'égard de l'assuré en l'absence de remise de la notice d'information ou de l'addenda modificatif à celle-ci.

1.4.3 Affiliation des membres du personnel

Le contrat entraîne l'affiliation, à titre obligatoire, de l'ensemble du personnel cadre et non cadre du souscripteur.

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

Dans certains cas, les données nécessaires à l'affiliation ne sont pas transmises par la DSN. Sur demande de l'organisme assureur, les personnes assurables doivent alors transmettre les formulaires individuels d'affiliation signés.

Les éléments d'affiliation ci-dessus mentionnés doivent être transmis dans les trente jours qui suivent la date d'affiliation demandée par le souscripteur. La prise d'effet de l'affiliation est fixée conformément aux dispositions du contrat.

Il appartient au souscripteur de s'assurer que l'organisme assureur 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 le souscripteur, d'un membre du personnel éligible aux présentes garanties emporte la seule responsabilité du souscripteur.

1.5 Prise en charge des risques en cours

En application de la Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, de la Loi n° 94-678 du 8 août 1994, de la Loi n° 2001-624 du 17 juillet 2001, les salariés des entreprises ayant régularisé leur adhésion auprès de l'organisme assureur sont garantis à la prise d'effet de l'accord pour les prestations suivantes :

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'organisme assureur 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'organisme assureur 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'organisme assureur le formulaire « Etat des risques en cours » de l'organisme assureur 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 1er janvier 2007, l'organisme assureur 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'organisme assureur aux entreprises se trouvant dans cette situation.

1.6 Révision des cotisations et/ou des garanties

Les parties excluent l'application de l'article 1195 du code civil dans sa rédaction issue de l'ordonnance N° 2016-131 du 10 février 2016. Elles conviennent d'appliquer exclusivement les dispositions figurant ci-après aux articles suivants.

Les modifications apportées au contrat font l'objet d'une lettre avenant adressée au souscripteur par l'organisme assureur.

1.6.1 Modifications du régime conventionnel

Lorsque les partenaires sociaux apportent des modifications au régime conventionnel, il pourra être procédé à la révision du contrat et à celle des taux de cotisations correspondants, et ce sans délai.

Toutefois, jusqu'à la date de prise d'effet de ces nouveaux engagements, les prestations demeurent calculées selon les dispositions contractuelles.

1.6.2 Modifications du cadre législatif et/ou réglementaire

Le niveau des garanties ainsi que les taux de cotisations ont notamment pu être définis en fonction de la législation et de la réglementation en vigueur à la date de leur prise d'effet.

Les cotisations et/ou les garanties peuvent être modifiées par l'organisme assureur en fonction de l'évolution de la réglementation et notamment celle relative à la Sécurité sociale, suite par exemple à des mesures de désengagement et à la fiscalité.

Les nouvelles conditions de garanties et/ou de cotisations prennent alors effet à la date d'effet mentionnée sur la **notification de la modification. Le souscripteur peut toujours refuser la proposition en respectant les « Modalités de révision » visées au paragraphe 1.6.3.**

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

1.6.3 Modalités de révision

En cas de modification des garanties et/ou de révision des cotisations telle que mentionnée aux articles précédents, le souscripteur peut toujours refuser la proposition de l'organisme assureur dans les trente (30) jours qui suivent la réception dudit courrier **en envoyant sa demande de résiliation par l'un des moyens exposés à l'article 1.3 « Durée du contrat d'adhésion – Renouvellement »**. Le contrat est alors résilié dans les dix (10) jours suivants. **En cas d'absence de réponse dans les trente (30) jours de l'envoi de la notification par lettre recommandée de l'organisme assureur, l'organisme assureur considérera que le souscripteur a accepté les nouvelles conditions. Elles prendront effet à la date de modification mentionnée sur le courrier.**

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

TITRE 2 GARANTIES

2.1 Garanties Décès

2.1.1 Capital décès toutes causes

En cas de décès de l'assuré, l'organisme assureur verse au(x) bénéficiaire(s) désigné(s), un capital dont le montant est fixé au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières.

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.

2.1.2 Rente éducation (assurée par l'OCIRP)

Cette garantie est assurée par l'OCIRP, Organisme Commun des Institutions de Rente et de Prévoyance, dont Malakoff Humanis Prévoyance est membre.

L'organisme assureur a reçu mandat de l'OCIRP pour gérer la garantie assurée par cette Union (adhésion, gestion des cotisations et des prestations) conformément au règlement général de l'OCIRP.

L'OCIRP est seul responsable de la bonne fin des prestations vis-à-vis des assurés, des bénéficiaires et des ayants droit.

En cas de décès de l'assuré, l'organisme assureur verse à chacun des enfants à charge au moment du décès une rente temporaire d'éducation, dont le montant est fixé au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières (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 de l'assuré. 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 au Lexique.

Lorsque le versement de la rente éducation est effectué directement auprès du bénéficiaire personne physique, l'organisme assureur 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'organisme assureur a la charge du précompte et selon les taux en vigueur lors du versement.

2.1.3 Rente handicap (assurée par l'OCIRP)

Cette garantie est assurée par l'OCIRP, Organisme Commun des Institutions de Rente et de Prévoyance, dont Malakoff Humanis Prévoyance est membre.

L'organisme assureur a reçu mandat de l'OCIRP pour gérer la garantie assurée par cette Union (adhésion, gestion des cotisations et des prestations) conformément au règlement général de l'OCIRP.

L'OCIRP est seul responsable de la bonne fin des prestations vis-à-vis des assurés, des bénéficiaires et des ayants droit.

En cas de décès de l'assuré, l'organisme assureur verse à chacun des enfants handicapés à charge au moment du décès une rente handicap, dont le montant est fixé au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières.

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 de l'assuré, reconnus à la date du décès, dont la filiation, y compris adoptive, est légalement établie.

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 1° 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 de l'assuré, 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 de l'assuré. 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.

Lorsque le versement de la rente handicap est effectué directement auprès du bénéficiaire personne physique, l'organisme assureur 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'organisme assureur a la charge du précompte et selon les taux en vigueur lors du versement.

2.1.4 Rente de conjoint (assurée par l'OCIRP)

Cette garantie est assurée par l'OCIRP, Organisme Commun des Institutions de Rente et de Prévoyance, dont Malakoff Humanis Prévoyance est membre.

L'organisme assureur a reçu mandat de l'OCIRP pour gérer la garantie assurée par cette Union (adhésion, gestion des cotisations et des prestations) conformément au règlement général de l'OCIRP.

L'OCIRP est seul responsable de la bonne fin des prestations vis-à-vis des assurés, des bénéficiaires et des ayants droit.

En l'absence d'enfant à charge au moment du décès, une Rente temporaire de conjoint d'un montant fixé au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières 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.**

Lorsque le versement de la rente de conjoint est effectué directement auprès du bénéficiaire personne physique, l'organisme assureur 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'organisme assureur a la charge du précompte et selon les taux en vigueur lors du versement.

2.1.5 Décès accidentel

Le capital décès « toutes causes » est doublé en cas de décès accidentel, l'accident étant entendu comme défini au Lexique.

2.1.6 Double effet

En cas de décès du conjoint survivant, du concubin ou du partenaire lié par un PACS (sous réserve des conditions prévues au Lexique), qu'il soit simultané ou postérieur au décès de l'assuré, l'organisme assureur verse, par parts égales aux enfants à charge au moment du décès, un capital dont le montant est précisé au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières.

2.1.7 Invalidité absolue et définitive

Le capital décès toutes causes est versé par anticipation à l'assuré 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 assuré 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.

2.1.8 Décès en mission rapatriement de corps

En cas de décès de l'assuré survenant au cours d'un déplacement professionnel en France métropolitaine (y compris Corse), l'organisme assureur prend en charge les frais de rapatriement du corps et les frais de déplacement d'un proche de l'assuré (conjoint, concubin, pacsé, frère, sœur, ascendant, descendant), dont les montants sont fixés au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières.

2.1.9 Allocation frais d'obsèques

En cas de décès de l'assuré, de son conjoint ou d'un enfant à charge tels que définis au Lexique, une allocation dont le montant est fixé au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières 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.

2.2 Bénéficiaires du capital décès

2.2.1 Modalités de désignation de bénéficiaire(s) par l'assuré

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

La désignation peut être effectuée par acte sous seing privé ou par acte authentique. Il appartient à l'assuré de l'adresser à l'organisme assureur ou de l'informer de l'existence de cette désignation particulière.

La désignation peut donner lieu à acceptation du bénéficiaire. Celle-ci peut prendre la forme d'un écrit signé par l'assuré, le bénéficiaire et l'organisme assureur. Elle peut également être faite par un acte authentique ou sous seing privé signé de l'assuré et du bénéficiaire et dans ce cas, elle n'a d'effet à l'égard de l'organisme assureur que lorsqu'elle est notifiée par écrit.

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.

Il appartient donc à l'assuré d'informer l'organisme assureur de l'existence de cette désignation en temps utile.

L'organisme assureur procède au versement des prestations en fonction des informations qui sont portées à sa connaissance lors de l'instruction du dossier. Ce versement libère l'organisme assureur de toute obligation dans le cas où une désignation particulière de bénéficiaire(s) lui serait notifiée ultérieurement.

L'organisme assureur recommande à l'assuré de préciser les coordonnées du ou des bénéficiaires lorsque ceux-ci sont nommément désignés. Ces informations permettront de leur verser les prestations dues dans les meilleurs délais.

En cas de désignation particulière, si à la date du décès de l'assuré, tous les bénéficiaires désignés sont prédécédés ou refusent le capital, ou lorsque le seul bénéficiaire est identifié par un lien familial (conjoint, pacsé, concubin) et que personne n'a cette qualité, alors le capital est réintégré à l'actif successoral. Il appartient à l'assuré d'anticiper cette situation en mentionnant sur sa désignation particulière, si telle est sa volonté, autant de bénéficiaires « par défaut » que nécessaire et/ou en mentionnant de façon générique « à défaut mes héritiers ».

En cas de prédécès de l'ensemble des bénéficiaires désignés, le capital est attribué selon la clause à défaut prévue ci-dessous.

2.2.2 Clause bénéficiaire contractuelle

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 au Lexique ;
- 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).

2.3 Maintien des garanties décès - invalidité absolue et définitive

Les garanties décès – invalidité absolue et définitive sont maintenues, sans cotisation, à tout assuré en arrêt de travail, percevant à ce titre des prestations de l'organisme assureur, 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'organisme assureur, 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 3.6 des présentes Conditions Générales, conformément à l'article I. 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.

2.4 Garanties arrêt de travail

2.4.1 Maintien de salaire

Définition de la garantie

L'organisme assureur verse au souscripteur en cas d'Incapacité Temporaire de Travail de l'assuré des indemnités journalières couvrant tout ou partie de ses obligations conventionnelles selon la franchise retenue.

En complément des indemnités journalières, l'organisme assureur verse une indemnisation forfaitaire au titre des charges patronales assises sur le salaire maintenu.

L'organisme assureur verse ses indemnités sous réserve que l'assuré justifie :

- de son état d'Incapacité par la fourniture d'un certificat médical au souscripteur, 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'organisme assureur ne compensera pas la baisse des prestations.

Début de l'indemnisation

La période de versement des indemnités par l'organisme assureur prend effet au terme de la période de franchise retenue par le souscripteur telle que mentionnée au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières.

La période de franchise est continue ; l'organisme assureur 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 ou en cas de congé légal de maternité ou de paternité, il n'est pas fait application de la franchise ci-dessus ; l'organisme assureur 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 de l'assuré. Le montant s'obtient par application d'un taux, figurant au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières, 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 au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières.**

Règle de cumul

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

Charges sociales patronales

L'organisme assureur verse au souscripteur 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 au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières, aux indemnités complémentaires versées par l'organisme assureur au titre de la garantie Maintien de salaire.

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 l'assuré 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 l'assuré est reconnu en état d'invalidité permanente (totale ou partiel),
- à la fin des obligations conventionnelles du souscripteur au titre du Maintien de salaire.

2.4.2 Incapacité temporaire de travail

Définition des garanties

En cas d'arrêt de travail consécutif à une maladie ou un accident, professionnel ou non, l'assuré bénéficie d'une indemnité journalière en complément de celle versée par la Sécurité sociale dont le montant est fixé au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières.

Les prestations sont versées au souscripteur si l'assuré fait encore partie de l'effectif.

Dans le cas contraire, lorsque le versement des indemnités journalières est effectué directement auprès de l'assuré, l'organisme assureur 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'organisme assureur 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 au souscripteur (contrat de travail de l'assuré en vigueur).

La période de versement des prestations par l'organisme assureur 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 dont les droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale ne sont pas ouverts (car n'effectuant pas un certain nombre d'heures de travail effectué ou montant de cotisation réglé insuffisant), 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.

Cessation du paiement des prestations incapacité de travail

Le service des prestations, au titre de la garantie Incapacité Temporaire de Travail sont versées aussi longtemps que l'assuré perçoit des indemnités journalières de la Sécurité sociale. Le souscripteur 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'organisme assureur.

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

- dès que l'assuré 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.

2.4.3 Invalidité / incapacité permanente professionnelle

Définition des garanties

Il peut être attribué une rente d'invalidité à tout assuré, dès lors qu'il ne peut pas faire valoir ses droits à la retraite à taux plein (sauf poursuite d'une activité partielle salariée), considéré en invalidité permanente partielle ou totale lorsque, par suite d'accident ou de maladie, il est atteint d'une invalidité, réduisant partiellement ou totalement sa capacité à exercer une activité professionnelle, et qui :

- soit, est reconnu par l'organisme assureur, selon les critères retenus par le Code de la sécurité sociale, dans l'une des trois catégories d'invalidité de la Sécurité sociale suivantes :
 - Invalidité de 1ère catégorie : Invalides capables d'exercer une activité rémunérée,
 - Invalidité de 2ème catégorie : Invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque,
 - Invalidité de 3ème catégorie : Invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession, sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie,

et qui bénéficie par ailleurs d'une pension de 1ère, 2ème ou 3ème catégorie par la Sécurité sociale ;

- soit, est reconnu invalide par l'organisme assureur, à la suite d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle, sous réserve que le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par l'organisme assureur selon les critères retenus par le Code de la sécurité sociale soit au moins égal à 66%. L'assuré doit également percevoir, au titre de son incapacité permanente, une rente versée par la Sécurité sociale.

L'incapacité permanente résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle correspondant à un taux d'incapacité égal ou supérieur à 66%, est assimilée à une invalidité permanente de 2^{ème} catégorie de la Sécurité sociale. La perception d'une allocation de tierce personne de la Sécurité sociale entraîne l'assimilation à une invalidité permanente de 3ème catégorie de la Sécurité sociale.

Aucune prestation n'est due par l'organisme assureur si le taux d'incapacité est, ou devient inférieur à 66%.

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

Le montant de la rente d'invalidité est fixé en pourcentage de la base de calcul des prestations sous déduction de la pension d'invalidité brute de la Sécurité sociale.

La rente prend effet à la date à laquelle l'assuré 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 de l'assuré, l'organisme assureur 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'organisme assureur 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 au souscripteur (contrat de travail de l'assuré en vigueur).

Dans le cas des salariés dont les droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale ne sont pas ouverts (car n'effectuant pas un certain nombre d'heures de travail effectué ou montant de cotisation réglé insuffisant), les rentes définies ci-dessus seront calculées en complément d'une prestation Sécurité sociale reconstituée de manière théorique.

Cessation du paiement des prestations

Les rentes cessent :

- à la date à laquelle l'assuré cesse de percevoir par la Sécurité sociale une pension d'invalidité ou une rente d'incapacité au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle,
- à la date à laquelle il ne justifie plus d'un état d'invalidité permanente au sens du présent contrat,
- à la date de son refus de se soumettre au contrôle médical demandé par l'organisme assureur conformément à aux dispositions des présentes conditions générales, sauf cas fortuit et de force majeure,
- à compter de la date d'effet d'une pension de retraite servie par un régime obligatoire,
- à la fin du trimestre suivant le trimestre au cours duquel l'assuré atteint l'âge pour obtenir sa retraite à taux plein du régime de base obligatoire (sauf en cas de poursuite d'une activité partielle salariée dès lors que la condition de versement des rentes d'invalidité du régime général continue d'être remplie),
- en tout état de cause au décès de l'assuré.

2.4.4 Plafonnement des garanties Incapacité Temporaire de Travail et Invalidité / Incapacité permanente professionnelle

Le total des prestations versées par le Régime de Base, l'organisme assureur ou tout autre organisme assureur ainsi que, notamment, les revenus du travail, les traitements, les prestations du régime d'Assurance Chômage, ne peuvent conduire l'assuré 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 3.6.

En tout état de cause, le total des prestations ci-dessus, en cas d'incapacité temporaire de travail ne pourra pas dépasser quatre fois le plafond de la Sécurité sociale.

En cas de versement direct de la prestation à l'assuré, 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'organisme assureur, avant application des prélèvements sociaux à la charge de l'assuré, est réduite à due concurrence. Le cas échéant, il pourra être réclamé à l'assuré 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 assurés doivent fournir à l'organisme assureur toute information utile pour permettre de vérifier le respect de ces dispositions. Si l'assuré refuse de fournir les informations, l'organisme assureur peut suspendre les prestations jusqu'à régularisation.

TITRE 3 DISPOSITIONS GENERALES

3.1 Entrée en vigueur des garanties / conditions de suspension

3.1.1 Prise d'effet des garanties

Les garanties s'appliquent immédiatement à compter de la date d'effet de l'adhésion.

Toutefois, la garantie incapacité temporaire de travail en cas de maladie ou d'accident de la vie privée est acquise à compter du 1er jour suivant la période d'essai applicable au salarié.

Lorsque de nouveaux assurés intègrent l'effectif postérieurement à la date d'effet de l'adhésion, ils sont couverts à compter de la date à laquelle ils remplissent les conditions pour bénéficier des garanties prévues par la Convention Collective Nationale des cabinets ou entreprises de géomètres-experts, géomètres topographes, photogrammètres et experts fonciers, sous réserve d'avoir été déclarés à l'organisme assureur dans les trois mois suivant leur prise de fonction. Au-delà de ce délai, la garantie ne prend effet qu'à compter de la réception par l'organisme assureur de la déclaration du souscripteur.

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 d'un régime de prévoyance complémentaire, l'organisme assureur prendra en charge le versement des prestations complémentaires dans les conditions prévues au titre du contrat. Toutefois, ces dispositions sont conditionnées au paiement par le souscripteur d'une cotisation supplémentaire si ce dernier a adhéré au-delà des délais prévus par l'accord de prévoyance.

S'ils bénéficient des prestations du régime de Sécurité sociale et de prestations complémentaires au titre d'un précédent régime de prévoyance, l'organisme assureur 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.

3.1.2 Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail

Les garanties continuent à s'appliquer aux assurés dont le contrat de travail est suspendu, s'ils sont :

- bénéficiaires d'un maintien total ou partiel de salaire ou d'un revenu de remplacement versé par le souscripteur,
- en arrêt de travail, indemnisés à ce titre par le régime complémentaire de prévoyance que le souscripteur finance au moins pour partie.

Pour les salariés en suspension du contrat de travail bénéficiant d'un maintien de garanties, la base de calcul des cotisations est égale au montant de l'indemnisation perçue dans le cadre de la suspension du contrat de travail.

Toutefois, ces dispositions ne remettent pas en cause l'exonération de cotisations prévue à l'article 3.6 des Conditions Générales.

Les garanties sont suspendues de plein droit pour les assurés 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'organisme assureur en soit informé dans un délai de trois mois suivant la reprise. A défaut, la garantie ne prendra effet qu'à compter de la réception par l'organisme assureur de la déclaration du souscripteur.

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

3.1.3 Conditions de cessation des garanties

Les garanties cessent :

- à la date à laquelle l'assuré n'appartient plus à la catégorie de personnel garantie,
- soit à la date de départ à la retraite, à l'exception des assurés reprenant, sans interruption de fait, une activité salariée en « cumul emploi-retraite », auprès du souscripteur,
- à la date de la suspension ou résiliation du contrat de l'entreprise ;
- en tout état de cause, à la date d'effet de la résiliation du contrat (sauf maintien des garanties).

Dès qu'un assuré cesse d'appartenir à l'effectif assurable, le souscripteur doit le signaler à l'organisme assureur 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 2.3 des présentes Conditions Générales.

3.1.4 Période de couverture

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

Cela signifie que :

- le contrat doit toujours être en vigueur dans l'entreprise,
et
- l'assuré doit faire partie de la population couverte telle que définie à l'article 1.1 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.

3.2 Maintien des garanties prévoyance au titre de l'article L.911-8 du code de la sécurité sociale

3.2.1 Conditions au maintien de l'affiliation

Sous réserve pour l'assuré 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 de l'assuré 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 le souscripteur n'entre pas dans le périmètre de la DSN, il devra retourner à l'organisme assureur le formulaire type « Déclaration de portabilité » dûment renseigné et signé pour permettre le maintien de la couverture.

Il incombe au souscripteur d'informer l'assuré du principe et de l'étendue du droit au maintien des garanties.

L'organisme assureur n'est tenu du maintien des garanties qu'autant que :

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

3.2.2 Effet et durée du maintien de l'affiliation

L'affiliation de l'assuré 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 de l'assuré 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 de l'entreprise, quelle qu'en soit la cause.

3.2.3 Obligations déclaratives

Conformément au 5° de l'article L.911-8 du code de la Sécurité sociale, l'assuré souhaitant bénéficier du maintien des garanties doit fournir à l'organisme assureur :

- 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.

3.2.4 Garanties

L'assuré 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 à l'assuré.

La désignation de Bénéficiaires en cas de décès éventuellement établie par l'assuré durant sa période d'activité demeure valide.

Durant la période de portabilité des droits, le souscripteur s'engage à informer chaque assuré 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'organisme assureur.

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'organisme assureur ou tout autre organisme assureur, ne peuvent conduire l'assuré à percevoir plus de 100 % des allocations nettes du régime chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période.

3.2.5 Financement

Le maintien des garanties est financé par un système de mutualisation permettant à l'assuré d'être couvert sans paiement de cotisations après la cessation du contrat de travail.

3.3 Cotisations

3.3.1 Assiette des cotisations

L'assiette de calcul des cotisations est fixée par référence au salaire brut annuel déclaré par le souscripteur à l'URSSAF dans la limite des Tranches A et B définies au Lexique.

Les taux sont précisés au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières. 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'organisme assureur.

Pour les salariés en suspension du contrat de travail bénéficiant d'un maintien de garanties, la base de calcul des cotisations est égale au montant de l'indemnisation perçue dans le cadre de la suspension du contrat de travail.

Toutefois, ces dispositions ne remettent pas en cause l'éventuelle exonération de cotisations prévue au contrat.

3.3.2 Paiement des cotisations

Les cotisations sont recouvrées trimestriellement à terme échu. Sur demande du souscripteur, elles peuvent être recouvrées mensuellement à terme échu.

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

La répartition du coût des cotisations entre le souscripteur et les assurés est fixée par la Convention collective. Toutefois le souscripteur est seul responsable du paiement de la totalité des cotisations vis-à-vis de l'organisme assureur. A ce titre, il procède lui-même à leur calcul et à leur versement à l'organisme assureur, aux différentes échéances prévues.

En cas de non-paiement ou de paiement partiel des cotisations aux échéances, le souscripteur 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.

En outre, l'organisme assureur se réserve le droit de résilier le présent contrat, dans les conditions légales et réglementaires et conformément aux dispositions ci-dessous.

3.3.3 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'organisme assureur, par lettre recommandée avec avis de réception, au souscripteur. Lorsque la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée. 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'organisme assureur 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'organisme assureur se réserve le droit d'informer directement les assurés de la défaillance du souscripteur.

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

3.4 Salaire de référence

La base de calcul des prestations est identique à la base de calcul des cotisations.

Pour les salariés en suspension du contrat de travail bénéficiant d'un maintien de garanties, la base de calcul des prestations est égale au montant de l'indemnisation perçue dans le cadre de la suspension du contrat de travail.

3.4.1 Salaire de référence servant au calcul des prestations indemnités journalières

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.

Au titre de la garantie incapacité temporaire de travail, la base de calcul de la prestation journalière est celle définie au contrat et divisée par 365.

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

3.4.2 Salaire de référence servant au calcul des prestations invalidité – incapacité permanente

Le salaire de 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 3.6 des Conditions Générales, entre la date de l'arrêt de travail et celle du classement en invalidité ou en incapacité permanente.

Si l'assuré 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.

3.4.3 Salaire de référence en cas de décès

- Concernant les assurés 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 assurés 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 3.6 des présentes Conditions Générales.

- Si l'assuré 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.

3.5 Revalorisation

3.5.1 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.

Les revalorisations des prestations à compter de la date de résiliation du contrat seront effectuées par le nouvel organisme assureur ou à défaut par l'organisme assureur versant les prestations en cours dans les conditions prévues par le contrat.

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.

3.5.2 Revalorisation Post-Mortem

A compter de la date du décès de l'assuré (ou du décès du conjoint ou assimilé, assuré pour la seule garantie double effet conjoint), le versement par l'organisme assureur 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'organisme assureur, 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 de l'assuré, au minimum à un taux égal au moins élevé des deux taux suivants ⁽¹⁾ :

- 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.

⁽¹⁾ Le taux moyen des emprunts de l'Etat français est consultable sur le site internet de la Banque de France.

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 de l'assuré et jusqu'à la date de réception par l'organisme assureur, 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'organisme assureur du décès de l'assuré est la date à laquelle l'organisme assureur est informé du décès, par la réception de l'acte de décès.

3.6 Exonération des cotisations et/ou des garanties

3.6.1 Exonération des cotisations

L'organisme assureur exonère le souscripteur 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'organisme assureur.

L'exonération est :

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

3.6.2 Maintien des garanties

L'assuré 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 assurés 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.

3.6.3 Cessation de l'exonération 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 2.4.2 et 2.4.3 des présentes Conditions Générales,
- en cas de résiliation du contrat sous réserve des dispositions figurant à l'article 2.3 des présentes Conditions Générales.

3.7 Résiliation du contrat

3.7.1 Redressement, liquidation judiciaire ou procédure de sauvegarde du souscripteur

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 du souscripteur.

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 assurés, y compris à ceux bénéficiant de la portabilité.

3.7.2 Défaut de paiement des cotisations

En cas de défaut de paiement des cotisations par le souscripteur, le contrat pourra être résilié selon les conditions définies à l'article 3.4 « cotisations ».

3.7.3 Fausse déclaration

Les déclarations du souscripteur et de l'assuré servent de base à l'application des garanties.

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

3.7.4 Effet de la résiliation ou du non-renouvellement de l'adhésion

Vis-à-vis du souscripteur

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

Le souscripteur 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 du contrat, qu'il soit total ou partiel ne constituera qu'une régularisation du compte entre les parties et ne pourra sauf demande expresse du souscripteur acceptée par courrier de l'organisme assureur, constituer un renouvellement tacite de l'adhésion et par conséquent une remise en vigueur des garanties.

Vis-à-vis de l'assuré

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.

On entend par prestations au niveau atteint, le cumul de la prestation de base et des revalorisations intervenues jusqu'à la date de résiliation du contrat.

En cas de changement d'organisme assureur et en application de l'article L.912-3 du Code de la Sécurité sociale, il incombe au souscripteur de s'assurer que le nouvel organisme assureur :

- prendra en charge la revalorisation des prestations en cours de service au titre de l'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité permanente ainsi que les rentes de conjoint, d'éducation et handicap,
- revalorisera les bases de calcul des différentes prestations relatives à la couverture du risque décès.

En l'absence d'un nouvel organisme assureur, la revalorisation des prestations en cours de service et de la base de calcul des garanties maintenues en cas de décès continue d'être effectuée dans les conditions et modalités prévues au contrat.

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 assurés 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 en présence d'un nouvel organisme assureur. A défaut, le salaire de référence continue d'être revalorisé dans les conditions prévues au contrat.

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

3.8 Exclusions

L'organisme assureur 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 de l'assuré 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 2.2 des présentes Conditions Générales. Toutes les dispositions pourront être prises par l'organisme assureur afin que le bénéficiaire qui a fait l'objet d'une condamnation ne puisse pas percevoir, directement ou indirectement, les prestations prévues.

Le fait que l'organisme assureur ait payé des prestations correspondant à la réalisation d'un risque exclu, même à plusieurs reprises, ne saurait impliquer, de sa part, une renonciation tacite au droit de se prévaloir de ces exclusions.

3.9 Déchéance

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

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

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

3.10 Recours - prescription

3.10.1 Recours subrogatoire

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

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

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

3.10.2 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'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 l'ont ignorée jusque-là.

Lorsque l'action du souscripteur, 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 la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le souscripteur, 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.

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'organisme assureur au souscripteur 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 l'assuré, 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.

3.11 Réclamations - médiation

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

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

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

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

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

3.12 Autorité de contrôle

L'organisme assureur 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.

3.13 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 »), l'assuré et les bénéficiaires sont informés par Malakoff Humanis Prévoyance, ci-après désignée Malakoff Humanis, et l'OCIRP, chacune responsable du traitement des données à caractère personnel qu'elle réalise en sa qualité d'organisme d'assurance, de l'utilisation de leurs données selon les caractéristiques énoncées ci-après.

- **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.

- **OCIRP** a désigné un délégué à la protection des données à caractère personnel qui peut être contacté par email à DPOcirp@ocirp.fr ou par courrier à : OCIRP, Pôle juridique et conformité, 17 rue de Marignan – CS 50 003 - 75008 Paris.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ces droits peuvent être exercés directement sur le site de Malakoff Humanis via les formulaires, 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, l'assuré et les bénéficiaires disposent également du droit de contacter la CNIL directement sur son site internet <https://www.cnil.fr/fr/agir> ou par courrier à l'adresse suivante : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy - TSA 80715, 75334 PARIS CEDEX 07.

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

TITRE 4 VERSEMENT DES PRESTATIONS

4.1 Déclaration des sinistres

Les assurés, le souscripteur et plus généralement tous bénéficiaires des garanties sont tenus, pour bénéficier des prestations correspondant aux garanties du contrat, de fournir à l'organisme assureur les déclarations et pièces justificatives listées ci-dessous.

L'organisme assureur se réserve le droit de demander à l'assuré ou au(x) bénéficiaire(s) toute autre pièce justificative pour tenir compte notamment de sa situation particulière à la date du sinistre (Travail à temps partiel, licenciement, ...), de la nature du sinistre (Accident, ...), ou de certaines spécificités dans les garanties souscrites par le souscripteur (Majorations pour enfant à charge, ...).

Les frais liés à l'obtention des pièces justificatives nécessaires au versement des prestations sont à la charge du ou des bénéficiaires de la prestation.

En cas de déclaration frauduleuse de sinistre, l'organisme assureur n'est redevable d'aucune prestation même pour la part correspondant le cas échéant à un sinistre réel.

4.2 Pièces nécessaires au paiement des prestations

Le paiement des prestations est subordonné à la réception des pièces justificatives suivantes :

Constitution des dossiers pour l'ouverture des droits à prestations en cas de...	DECES TOUTES CAUSES	IAJ TOUTES CAUSES	DOUBLE EFFET	RENTE D' EDUCATION/ RENTE HANDICAP	RENTE DE CONJOINT	FRANS D' OBSEQUES/ DECES EN MISSION RAPATRIEMENT DE CORPS	DECES ACIDENTEL	INCAPACITE TEMPORAIRE	INVALIDITE - INCAPACITE PERMANENTE
Déclaration de sinistre fournie par l'organisme assureur et complétée par le souscripteur certifiant que l'assuré faisait toujours partie de l'effectif à la date de son décès ou de son arrêt de travail et précisant le salaire à prendre en considération pour le calcul des prestations	X	X		X	X	X		X	X
Extrait d'acte de décès du défunt	X		X	X	X	X			
Extrait d'acte de naissance du défunt datant de moins de trois (3) mois et établi postérieurement au décès.	X		X	X	X	X			
Certificat médical attestant que le décès est dû ou non à une cause naturelle	X		X	X	X				
Toutes pièces justifiant valablement la qualité d'enfant à charge à la date de l'évènement (copie de l'avis d'imposition, copie du livret de famille de l'assuré, contrat d'apprentissage, certificat de scolarité, justificatif pôle emploi pour les primo demandeur d'emploi, justificatif de paiement de l'Allocation pour Adulte Handicapé, carte mobilité inclusion ...)	X	X	X	X		X		X	X
Si exonération ou taux réduit de CSG en cas de paiement des prestations directement à l'assuré ou au bénéficiaire : photocopie de l'avis d'imposition sur les revenus du bénéficiaire chaque année				X	X			X	X
Certificat de scolarité ou pour les enfants handicapés tout document justifiant de la persistance du handicap chaque année			X	X		X			

Constitution des dossiers pour l'ouverture des droits à prestations en cas de...	DECES TOUTES CAUSES	IAD TOUTES CAUSES	DOUBLE EFFET	RENTE D' EDUCATION/ RENTE HANDICAP	RENTE DE CONJOINT	FRAIS D' OBSEQUES/ DECES EN MISSION RAPATRIEMENT DE CORPS	DECES ACCIDENTEL	INCAPACITE TEMPORAIRE	INVALIDITE – INCAPACITE PERMANENTE
Copie de la pièce d'identité du bénéficiaire en cours de validité (carte d'identité, passeport), le cas échéant un extrait d'acte de naissance	X	X	X	X	X	X		X	X
Toute preuve établissant la nécessité d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie courante.		X							X
Notification de la Sécurité sociale mentionnant le classement de l'assuré en 3 ^{ème} catégorie ou l'attribution d'une incapacité permanente égale à 100%		X							X
Certificat médical sous pli confidentiel établi par le médecin choisi par l'assuré sous réserve des articles 4.3 et 4.5		X						X	X
Questionnaire/attestation sur l'honneur fourni(e) par l'organisme assureur dûment complété		X						X	X
En cas de temps partiel thérapeutique, les décomptes d'indemnités journalières mi-temps thérapeutique et une attestation mensuelle des salaires maintenus (fixe, primes..) perçus pour la période concernée, à défaut le bulletin de salaire du mois correspondant								X	
Facture acquittée						X			
Attestation du régime obligatoire de retraite précisant que le bénéficiaire n'a pas liquidé sa pension ou qu'il n'y ouvre pas droit			X					X	X
Justificatif d'attribution ou non des droits différés au titre du régime unifié AGIRC-ARRCO pour la rente temporaire à l'ouverture et chaque année					X				
Toutes pièces justifiant que le bénéficiaire de la rente est vivant, (Extrait d'acte de naissance du bénéficiaire datant de moins de trois (3) mois)					X				
Toutes pièces officielles : - relatant les circonstances particulières dans lesquelles est survenu l'événement ouvrant à prestation et prouvant l'origine accidentelle de celui-ci (procès-verbal de police, de gendarmerie, du procureur de la république, le cas échéant une coupure de presse relatant l'accident) - prouvant le lien de causalité entre ledit événement et l'accident.							X	X	X
Décomptes originaux de la Sécurité sociale (excepté en cas de télétransmission de ceux-ci, ou à défaut attestation portant paiement de ses prestations en cas d'arrêt de travail, à compter du début de l'arrêt								X	X
Le cas échéant, attestation de reprise de travail ou toute pièce attestant du licenciement ou de la démission ou la notification de liquidation de retraite								X	X

Constitution des dossiers pour l'ouverture des droits à prestations en cas de...	DECES TOUTES CAUSES	IAD TOUTES CAUSES	DOUBLE EFFET	RENTE D' EDUCATION/ RENTE HANDICAP	RENTE DE CONJOINT	FRAIS D' OBSEQUES/ DECES EN MISSION RAPATRIEMENT DE CORPS	DECES ACIDENTEL	INCAPACITE TEMPORAIRE	INVALIDITE – INCAPACITE PERMANENTE
Notification de la Sécurité sociale mentionnant le classement de l'assuré dans une des catégories d'invalide de la Sécurité sociale ou l'attribution d'un taux d'incapacité permanente au moins égal à 66%.									X
Justificatif de paiement de la rente d'invalidité ou d'incapacité permanente par la Sécurité sociale									X
RIB des bénéficiaires	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Toutes pièces justifiant valablement la qualité de concubin de l'assuré (facture énergétique, bail commun, attestation d'assurance...)	X	X	X		X	X			

L'organisme assureur se réserve le droit de demander toutes pièces complémentaires qu'il jugerait nécessaire y compris après paiement des prestations. Toute somme indûment versée sera réclamée par l'organisme assureur. L'organisme assureur ne peut se trouver engagé que par les déclarations et pièces qui lui seront transmises.

4.3 Modalités de règlement des prestations

Pour les garanties Décès et Arrêt de Travail, l'organisme assureur 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, à l'assuré ou au(x) bénéficiaire(s) en fonction des garanties concernées.

4.4 Obligations de l'assuré

L'assuré s'engage à informer, sans délai, l'organisme assureur de tout changement de situation (professionnelle ou personnelle) ayant des conséquences sur les prestations versées par l'organisme assureur 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 l'assuré perçoit un salaire du souscripteur et d'autres employeurs, l'assuré doit communiquer à l'organisme assureur le montant exact de la rémunération brute qu'il perçoit de ses autres employeurs.

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

4.5 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'organisme assureur dans les conditions suivantes :

Cas général

Tout évènement ouvrant droit à garantie doit être déclaré selon les modalités prévues à cet effet.

Le versement des prestations dans les conditions mentionnées aux présentes Conditions Générales est subordonné à la réception, par l'organisme assureur, de l'ensemble des pièces justificatives, en tant que condition préalable de l'ouverture du droit à garantie. Ainsi, l'organisme assureur effectue le paiement des prestations à compter de la réception de l'ensemble des pièces déclaratives énumérées au titre de chaque garantie.

L'organisme assureur peut vérifier l'exactitude des informations communiquées et réclamer le cas échéant les informations complémentaires qu'il jugera nécessaires.

L'ensemble des pièces déclaratives doit parvenir à l'organisme assureur dans les **trente (30) jours, et à période de franchise atteinte** sauf cas fortuit ou de force majeure, qui suivent la réalisation de l'évènement ouvrant droit à prestation.

La transmission hors délais des pièces déclaratives constituant un préjudice certain à l'organisme assureur (notamment : l'impossibilité pour l'organisme assureur de pouvoir procéder à un contrôle médical pertinent), **ce dernier retiendra sans contrevvenir aux dispositions relatives à la prescription, la date de réception desdites pièces déclaratives comme point de départ du paiement des prestations.**

Cas spécifique de la garantie incapacité temporaire

Dans le cas de la garantie incapacité temporaire, en cas d'arrêt de travail de plus de trente (30) jours et à période de franchise atteinte, un **certificat médical d'incapacité de travail, dont le modèle est fourni par l'organisme assureur**, ou toute autre pièce médicale pouvant valablement s'y substituer, doit être retourné par l'assuré, dûment rempli par le médecin traitant de l'assuré ou tout autre médecin de son choix, sous pli confidentiel avec la mention « secret médical » au médecin conseil de l'organisme assureur **dans un délai de trente (30) jours.**

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

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

4.6 Contrôles médicaux

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

A toute époque, les médecins missionnés par l'organisme assureur doivent avoir, sous peine de déchéance de garantie, un libre accès auprès de l'assuré en état d'Incapacité ou d'Invalidité, à son lieu de traitement ou à son domicile tous les jours ouvrables, afin de pouvoir constater son état de santé.

De même, l'assuré doit se rendre aux convocations des médecins missionnés par l'organisme assureur.

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

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

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

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

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

- soit, sa volonté de procéder à un arbitrage médical dans le cadre d'un protocole arbitral :
 - l'assuré peut mentionner dans son courrier le nom du médecin qui l'assistera dans le cadre de ce nouveau contrôle.
 - l'assuré, ou le cas échéant, le médecin de l'assuré et celui choisi par l'organisme assureur, nommeront un médecin agissant en qualité d'arbitre, dans le cadre d'un protocole signé par l'organisme assureur et l'assuré.
Faute d'entente sur ce choix, la désignation pourra être faite à la demande de la partie la plus diligente par le Président du tribunal compétent du domicile de l'assuré. Chaque partie conserve les frais et les honoraires de son médecin. Les honoraires du médecin-arbitre et les frais de sa nomination, s'il y a lieu, seront supportés par moitié par chacune des parties, qui se seront engagées par avance à s'en remettre aux conclusions du médecin-arbitre.
- soit, sa volonté de porter sa contestation devant le tribunal compétent, en vue d'obtenir, à ses frais avancés, la désignation d'un expert judiciaire.

4.7 Dispositions particulières concernant le versement de la prestation décès

Dans les trente jours qui suivent la réception de l'intégralité des pièces précitées, l'organisme assureur 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.



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



Organisme Commun des Institutions de Rente et de Prévoyance
Siège social : 17, rue de Marignan - CS 50 003 - 75008 Paris
Téléphone : 01 44 56 22 56 - Télécopie : 01 49 24 06 27
Site Internet : <http://www.ocirp.fr> - E-mail : prevoyance@ocirp.fr
Union d'institutions de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale